

Tabell 19.7 Landstingens beräknade merkostnad med särskild ersättning för digital utomlänsvård vid läkarbesök jämfört med om vården hade ersatts som inomlänsvård för listad patient

Landsting	Merkostnad för hemlandstinget (läkare)		Merkostnad för hemlandstinget (psykolog)		Merkostnad för hemlandstinget (övrigt besök)	
	Procent	Summa	Procent	Summa	Procent	Summa
Stockholm	150 %	85 351 110	131 %	1 902 980	15 %	786 440
Västra Götaland		54 871 700		1 455 600		3 030 600
Skåne		44 515 900		1 151 400		3 065 100
Uppsala	150 %	7 561 710	131 %	258 060	15 %	144 920
Östergötland	225 %	8 026 650	200 %	236 000	50 %	239 500
Jönköping		334 750		13 800		346 800
Värmland		7 996 300		231 000		443 100
Halland	225 %	5 554 350	200 %	117 600	50 %	118 500
Sörmland	191 %	3 924 300	163 %	105 600	-75 %	-299 300
Västmanland	491 %	4 912 920	445 %	146 510	173 %	268 090
Örebro		5 839 600		186 000		441 600
Dalarna		5 099 250		158 400		362 700
Gävleborg	225 %	3 366 900	200 %	138 800	50 %	131 800
Väster- norrland	225 %	2 634 750	200 %	98 800	50 %	100 000
Kalmar		3 677 700		161 400		253 800
Västerbotten		3 651 700		150 000		264 600
Norrbottn	225 %	2 485 350	200 %	107 200	50 %	79 800
Kronoberg		3 351 400		124 800		232 200
Blekinge		2 518 750		70 800		162 300
Jämtland Härjedalen	117 %	1 123 150	100 %	39 600	0 %	0
Götland	713 %	1 187 310	650 %	44 200	275 %	53 240
Totalsumma	340 %	257 985 550	321 %	6 898 550	126 %	10 225 790

Kapiteringsersättningen kvarstår oförändrad i majoriteten av landstingen

Utredningen antar att landstingen i princip inte får ökade kostnader för kapiteringsersättning, eftersom alla landsting utom Stockholm redan tillämpar ickevalsalternativ, dvs. alla medborgare är listade någonstans.

Bättre upphandlingar av bemanningstjänster

Region Skåne nytt ramavtal etc. sedan 2016 och arbetssättet sparar dem 30–35 miljoner kronor årligen. Det är dock inte givet att denna siffra kan skalas upp på samma sätt i alla landsting givet att landstingen har olika förutsättningar. Region Skåne har exempelvis ett universitetssjukhus, ytterst lite glesbygd och en relativt stor befolkningsökning.

Samtidigt bör det också påpekas att utredningens förslag endast i ett sekundärt (eller ännu mer avlägset) skede kan förväntas leda till minskade kostnader för landstingen. Förslagen handlar om att ta fram stöd och vägledning till regionerna, därefter är det upp till dem att rigga upphandlingarna. Därefter kan det förhoppningsvis uppstå minskade kostnader.

19.4.3 Kostnader eller intäkter för företag eller andra enskilda

Utförare inom primärvården kan komma att påverkas på olika sätt av förslagen om reformerat vårdvalssystem.

Dagens vårdvalsutförare

Dagens vårdvalsutförare kan komma att påverkas på olika sätt. För de utförare som verkar inom ett landsting som utkräver kostnadsansvar för att patienter gör enskilda besök hos annan vårdgivare blir förslagen positiva ur ett kostnadsperspektiv.

Små vårdvalsutförare

För små utförare kan det vara svårare att konkurrera både vad gäller tillgänglighet och med ekonomiska förutsättningar att köpa in exempelvis plattformar, jämfört med utförare som driver flera vårdcentraler. Vad gäller plattformar gör utredningen bedömningen att landstingen gemensamt, via SKL eller Inera kan tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan abonnera på. En sådan upphandling har gjorts inom Västra Götalandsregionen där landstinget har upphandlat en plattform för digitala vårdmöten. Avtalet rymmer ett erbjudande till privata vårdgivare som kan välja att ansluta sig till regionens app och använda den för att ta emot sina patienter. Utföraren får då stå för utbildning av personal, en löpande månadskostnad samt en månatlig licenskostnad per användare. Det andra alternativet är att de via samma leverantör kan få utforma sin egen app. Samma kostnader som ovan plus en lite större engångskostnad för att rigga appen.

Genom denna typ av stöd i digitaliseringen bör små vårdvalsutförare kunna hänga med i digitaliseringen och ta del av de effektiviseringar det kan ge.

Mindre utförare är i dagsläget troligtvis mer drabbade vad gäller kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök. När vårdval inte längre görs via besök utan via listning bör denna börda lättas.

Större vårdvalsutförare

Utöver frågan om kostnadsansvar ser inte utredningen att de större vårdvalsutförarna som arbetar i dag kommer att ha några särskilda kostnader eller intäkter.

Övriga utförare

Digitalt profilerade aktörer, eller så kallade nätläkare, kommer också att påverkas av förslagen eftersom de inte alltid i dag är vårdvalsutförare och patienter enbart kommer att kunna lista sig hos en vårdvalsutförare i det reformerade vårdvalssystemet.

Under 14.2.1 beräknade utredningen den minskning i kostnad som landstingen skulle få om digitala utomlänsbesök framöver och i enlighet med utredningens förslag ersätts som besök inom vårdvals-

systemen. Den siffran ligger något för högt för att motsvara nätläkarbolagens intäkter från ersättningen för digital utomlänsvård, men ger en fingervisning om hur deras intäkter ser ut i dag.

Som vi ser det finns det två vägar för utförare som primärt bedriver vården i digital form (s.k. nätläkare) att fortsätta sina verksamheter i det reformerade vårdvalssystemet.

- Som vårdvalsutförare kommer de att ersättas på samma sätt som övriga vårdvalsutförare, dvs. kapiteringsersättning per listad patient och därefter besöksersättning vid besök. För att kunna bli vårdvalsutförare måste de kunna erbjuda fysisk tillgänglighet också. Det finns olika modeller för hur de kan göra, exempelvis genom att starta egna vårdcentraler, eller genom att ha vårdcentraler som underleverantörer.
- Som underleverantörer till vårdvalsutförare. Här sätts ersättningen mellan vårdvalsutföraren och underleverantören. Rimligtvis kommer ersättning sättas till en nivå som är gynnsam för båda. Man kan tänka sig olika typer av avtal, dels att den digitala leverantören ska ha tillgänglighet hela dygnet, eller exempelvis kvällstid och helg när vårdcentralen är stängd.

Företag inom bemanningsbranschen

Utredningen lägger ett antal förslag som rör området inhyrd personal, eller mer generellt hög omsättning av personal, i vården. Exempelvis syftar ett förslag till att ge landstingen stöd i att göra bättre upphandlingar av bemanningstjänster, bl.a. med syftet att få ner kostnaderna. Utredningen ser dock att dessa förslag främst på ett indirekt eller sekundärt plan har en inverkan på företagen inom bemanningsbranschen, själva förslagen tar främst syfte på att påverka landstingens beteende. Utredningen gör därmed ingen ekonomisk konsekvensanalys av hur företag inom bemanningsbranschen påverkas av utredningens förslag.

19.4.4 Förslag till finansiering

Utredningen bedömer att de förslag som utredningen lämnar utan undantag rymms inom ändamålen för anslaget 1:6 inom utgiftsområde 9 samt inom ramen för de insatser som anges i den nyligen beslutade överenskommelsen om omställning till en god och nära vård.

För anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* inom utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* anges att anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en *god tillgänglighet och kvalitet*, baseras på kunskap, är *behovsanpassad och effektiv*, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för *ökad bemanning* inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och *mer jämlik vård*.

Regeringen och SKL har i juni 2019 träffat överenskommelsen *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården* (Socialdepartementet 2019). Överenskommelsen för 2019 omfattar totalt 2 430 000 000 kronor för insatser som ska bidra till:

- omställningen till en god och nära vård,
- förbättra tillgängligheten i primärvården, samt
- bidra till införandet av sammanhållna vårdplaner bl.a. genom patientkontrakt.

Överenskommelsen avser 2019 men samtidigt aviseras en fortsatt överenskommelse för 2020. Överenskommelsen finansieras genom det ovan nämnda anslaget 1:6.

När det gäller insatser som stödjer *omställningen* till en god och nära vård ska landstingen genomföra:

Insatser som stödjer omställningen till god och nära vård med särskilt fokus på primärvård. Det kan t.ex. handla om insatser som bidrar till att utveckla samordning inom eller mellan vårdgivare, kontinuitet och relationsbyggande, tillgänglighet, delaktighet för patienter och närstående, en säkrad kompetensförsörjning i den nära vården, anpassa vårdinsatserna till de målgrupper som i hög grad besöker vården, t.ex. patien-

ter med psykisk ohälsa. Det kan även handla om utveckling av ersättningsystem, utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser samt proaktiva arbetssätt, utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik samt att hantera utmaningar som finns i glesbefolkade områden med stora geografiska avstånd och de möjligheter som digitalisering bär med sig där t.ex. via digitala vårdgivare m.m.

När det gäller att förbättra och utveckla *tillgängligheten* i primärvården omfattas:

insatser som syftar till att stärka arbetet med den förstärkta vårdgarantin. På detta sätt ska patienten snabbare få rätt vård genom förbättrad tillgänglighet. Medel i överenskommelsen kan exempelvis användas till **nya och utvecklade arbetssätt**, till att säkra kompetensförsörjningen med åtgärder för att attrahera och behålla **personal, digitala kontaktvägar** (t.ex. via digitala vårdgivare) för patienterna utifrån deras behov, förändrad väntetidsuppföljning, ökade öppettider och liknande åtgärder som ger patienten en snabbare vård än med tidigare vårdgaranti.

Den nu föreliggande utredningen ställer sig helt bakom de intentioner som kommer till uttryck i överenskommelsen, bl.a. i form av en fortsatt satsning på primärvården och en mer renodlad styrning på hälso- och sjukvårdens område. I avsnitt 17.1.9 rekommenderar vi staten och landstingen att utveckla och förstärka överenskommelsen med ekonomiska åtaganden från både staten och landstingen.

Finansieringen av utredningens förslag bedömer vi samtliga ryms inom anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård inom utgiftsområde 9 samt inom ändamålen och insatserna enligt den ovan nämnda överenskommelsen. I tabellen nedan specificeras finansieringen av de kostnader som anges i avsnitt 19.4.1 och 19.4.2.

Den nationellt reglerade patientavgiften för besök i primärvården inom vårdvalssystemet kommer att kräva en permanent finansiering. Utredningen bedömer att detta bör regleras vid ett tillfälle, i samband med ikraftträdandet, genom en omfördelning från det ovan nämnda anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård till anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom Utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*.

Tabell 19.8 Samlad redovisning av finansieringskällor för utredningens förslag:

Förslag	Mnkr	Finansieringskälla	Typ av kostnad
Utredning om prioriterings-ordningen	4 (8)	Regeringskansliets kommittébudget	Engångskostnad under 2 år
Utredning om infrastruktur och informationshantering	4 (8)	Regeringskansliets kommittébudget	Engångskostnad under 2 år
Utredning om välfärd i glesbygd	0	Kommittébudget för välfärdskommissionen	–
Stöd för upphandling av bemanningstjänster inom vården	1	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Kartläggning av ansvarsfördelning	1	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Uppdaterad vägledning för prövning enligt LOV och LOU	1	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Checklista för patientsäkerhet vid personalomsättning	1	Inom förvaltningsanslag	Engångskostnad under 1 år
Kunskap om vård i glesbygd	2	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Uppföljning av vårdvalsreformen	2 (6)	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 3 år
Nationellt reglerad patientavgift	740	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Permanent överföring
Listningstjänst	–	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad för införande

19.5 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Några av utredningens förslag bedöms ha viss påverkan på den kommunala självstyrelsen. I samtliga fall bedömer utredningen vid en proportionalitetsbedömning att intrånget är motiverat.

Avvägningar kring kommunala självstyrelsen genomsyrar arbetet

Ett grundläggande övervägande i utredningens arbete (liksom för alla statliga utredningar som utreder hälso- och sjukvården) är hänsynen till den kommunala självstyrelsen och att det på grund av denna

inte är möjligt att göra förslag av allt utredningen ser bör hända framöver. Av det skälet har utredningen valt att i stora delar lämna rekommendationer till huvudmännen och därmed överlämna till dem att närmare utforma t.ex. styrningen. Utredningen ser också att förutsättningarna att uppnå goda resultat är större om landstingen ges utrymme att inom en tydlig nationell ram anpassa styrningen utifrån regionala och lokala förutsättningar. I något fall ges landstingen dessutom ett ökat utrymme för självstyrelsen, t.ex. genom förslaget att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

Reformerat vårdvalssystem och patientens val av utförare i annat landsting

I avsnitt 17.1.2 föreslår utredningen ett nytt system, där patientens val av utförare i primärvården ska ske genom listning. Detta innebär en justering av den nuvarande definitionen av vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § HSL. Enligt utredningens bedömning innebär *införandet av vårdvalssystem* ett tydligt intrång i självstyret (se även prop. 2008/09:74), vilket balanserades av att landstingen fortsatt bedömdes ha beslutanderätt över styrningen av vårdvalssystemen. Den nu föreslagna justeringen av vårdvalssystemen påverkar inte dessa förhållanden och blir snarast till landstingens fördel ur ett självstyrelseperspektiv. I jämförelse med den hittillsvarande obegränsade valfriheten, som landstingen genom sin styrning på olika sätt försökt hantera konsekvenserna av, innebär utredningens förslag ett mer långsiktigt och förutsebart system. Detta kan väsentligen stärka landstingens förutsättningar att uppfylla ansvaret för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård (7 kap. 2 § HSL). Vi bedömer således att förslaget inte innebär ett intrång i det kommunala självstyret.

Förslaget om tydliggörande i HSL om att landstingen får dela in landstinget geografiskt i flera vårdvalsområden stärker den kommunala självstyrelsen eftersom förslaget ger landstingen ökad tydlighet i vilka verktyg de har till sitt förfogande.

Listningstjänst

I avsnitt 17.1.3 föreslår utredningen att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas en ny skyldighet för landstingen att tillhandahålla en öppen listningstjänst. Listningstjänsten ska möjliggöra patientens val, innehålla information om samtliga listningsbara utförare samt om deras tillgänglighet för listning. Införandet av en skyldighet att upprätthålla en sådan tjänst innebär att landstingens självbestämmande minskar i den frågan. Samtidigt kan konstateras att samtliga landsting redan i dag har system för att administrera listning, vilket är en central del i ersättningssystemen för primärvården. I den delen uppstår i praktiken ingen skillnad för landstingen.

En skillnad mot nuvarande situation är att tjänsten ska användas av patienten för att göra valet genom listning och att landstingen inom tjänsten öppet ska redovisa eventuell kö hos utförarna. En sådan transparens bedömer utredningen är motiverad av både rätts-säkerhets- och likvärdighetsskäl och utgör därför ett motiverat intrång i självstyret.

En annan skillnad mot nuvarande situation är att tjänsten ska kunna utbyta information mellan landstingen i syfte att hantera en nationell listning. Landstingen har under flera år bedrivit ett utvecklingsarbete i syfte att skapa just en sådan tjänst, utifrån målsättningen att skapa likvärdighet. Utredningen bedömer därmed att intrånget i självstyret är motiverat.

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som har föranlett den (14 kap. 3 § Regeringsformen). Utredningen har vid utformningen av förslaget utgått från att landstingen till stor del redan har och använder liknande tjänster och att ett utvecklingsarbete pågår i linje med vad utredningen föreslår. Till stor del är utredningens förslag därmed en kodifiering av vedertagna arbetsätt. Vid en proportionalitetsbedömning konstaterar utredningen att förslaget inte går utöver syftet som föranlett det.

Införande av listningsbegränsningar

I avsnitt 17.1.6 föreslår utredningen att landstinget får besluta att begränsa det antal patienter som får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.

Förslaget innebär en kodifiering av hur utredningen och ett antal landsting tolkar rättsläget, dvs. att det är möjligt att begränsa åtagandet för utförare (och att de därmed inte kan väljas av patienten) om det finns skäl till det. Med hänsyn till bl.a. den kommunala självstyrelsen har förslaget utformats som en fakultativ regel som ger landstingen *möjlighet* att fatta beslut. Någon inskränkning av den kommunala självstyrelsen föreligger således inte i den delen.

Däremot ska ett beslut föregås av samråd mellan landsting och utförare. Detta kan ses som ett mindre intrång i självstyrelsen. Samtidigt kan det uppfattas som en självklarhet att upprätthålla en dialog med dem som på landstingets uppdrag utför verksamheten, oavsett om det handlar om utförare i egen regi eller utförare som kontrakterats. Det gäller i synnerhet frågor som avser verksamhetens uppfyllelse av åligganden enligt lag, t.ex. patientsäkerhet och arbetsmiljöfrågor, vilket också är exempel på sådant som kan motivera att införa en listningsbegränsning (se avsnitt 17.1.6). Vid en proportionalitetsbedömning framstår intrånget som välmotiverat.

Nationellt reglerad patientavgift i primärvården

I avsnitt 17.4.2 föreslår utredningen att det i hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny paragraf som innebär att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Förslaget innebär ett tydligt intrång i landstingens nuvarande självbestämmande över patientavgifter i primärvården. Förslaget innebär dessutom minskade intäkter totalt sett från patientavgifter i primärvården, vilket närmare beskrivits i avsnitt 19.4.2. Utredningen har i avsnitt 17.4.2 gjort bedömningen att starka rättviseskäl motiverar att ensa patientavgifterna över landet, bl.a. mot bakgrund av att individer med lägre socioekonomi i högre grad avstår från att söka vård av ekonomiska skäl. Utredningen bedömer att det inte ska ha betydelse var i landet man bor för viljan att söka vård. Intrånget i självstyret är därmed motiverat av likvärdighetsskäl.

Utredningen har i kapitel 5 och 6 konstaterat att den förhoppning som fanns om att införandet av en ”regional vårdvalsmodell” skulle leda till enhetlighet och likvärdighet mellan landstingen inte

har realiserats. Det mindre ingripande alternativet att låta landstingen själva ensa patientavgifterna kan således sägas ha prövats under en längre tid och utredningen bedömer att förslaget inte går utöver syftet med det.

19.6 Konsekvenser för enskilda och små företag

År 2017 var det 264 olika privata vårdgivare som drev vårdcentraler. Av dessa drev 189 av vårdgivarna en enda vårdcentral (Vårdföretagarna 2018a). För små utförare kan det vara svårt att finansiera exempelvis inköp av en plattform. Utredningens bedömning är att landstingen eller Inera bör tillhandahålla en plattform för de utförare som vill abonnera.

Med tanke på underkapaciteten är det svårt att bedöma de dynamiska effekterna, och det beror också på hur företag väljer att agera. Men en del i våra förslag är att det ska vara tydligare villkor, tydligare åtagande, ökad stabilitet med möjlighet till rimligt åtagande vilket kan ha stor betydelse för arbetsmiljö.

För små utförare kan det vara svårare att konkurrera både vad gäller tillgänglighet och med ekonomiska förutsättningar att köpa in exempelvis plattformar, jämfört med utförare som driver flera vårdcentraler. Vad gäller plattformar gör utredningen bedömningen att landstingen gemensamt, via SKL eller Inera kan tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan abonnera på. En sådan upphandling har gjorts inom Västra Götalandsregionen där landstinget har upphandlat en plattform för digitala vårdmöten. Avtalet rymmer ett erbjudande till privata vårdgivare som kan välja att ansluta sig till regionens app och använda den för att ta emot sina patienter. Utföraren får då stå för utbildning av personal, en löpande månadskostnad samt en månatlig licenskostnad per användare. Det andra alternativet är att de via samma leverantör kan få utforma sin egen app. Samma kostnader som ovan plus en lite större engångskostnad för att rigga appen.

Utredningen ser också ett annat alternativ som innebär att en utförare kan undersöka möjligheten att ha en annan vårdgivare som underleverantör för att erbjuda digital tillgänglighet till sina listade patienter. Ersättningen dem emellan sköter då de två parterna.

Mindre utförare är i dagsläget troligtvis mer drabbade vad gäller kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök. När vårdval inte längre görs via besök utan via listning bör denna börda lätta.

Det finns samtidigt en risk att mindre utförare får svårare att klara sig i konkurrens med exempelvis en digitalt profilerad leverantör som går in i vårdvalet. Denna risk torde vara störst för små leverantörer som är belägna på orter där användandet av vårdappar är som störst i dag, dvs. i storstadsområdena. Det som då kan ske är att de förlorar listade patienter till förmån för en annan utförare och därmed förlorar kapiteringsinkomst. Sådana framtida patientströmmar är svåra att bedöma men baserat på erfarenheterna av vårdvalet hittills kan konstateras att det verkar vara ytterst få utförare som slagits ut i konkurrensen med andra, vilket vi bedömer bl.a. beror på den bristande matchningen mellan utbud och behov, se kapitel 6.

Företag som agerar inom digitala utomlänsersättningen

Nästan samtliga så kallade nätläkarbolag räknas som små företag beräknat på omsättning. Ofta har de dock fler anställda än vad ett vanligt småföretag har.

Om en fysisk vårdcentral klarar sig på valda ersättningsnivåer så torde även en digital vårdgivare kunna klara sig vid samma ersättningsnivåer. Den digitala vårdgivaren torde även ha utökade möjligheter att undvika väntetider mellan patienter med stöd av de digitala verktygen, vilket i sin tur resulterar i en högre besöksfrekvens och därmed ökade intäkter per tidsenhet (allt annat lika). Viktigt att komma ihåg är att det även finns nackdelar, som ökade kostnader till följd för teknisk utrustning, utveckling av tekniska lösningar (dock redan utvecklade av de etablerade aktörerna) med mera.

19.7 Konsekvenser för jämställdhet, de integrationspolitiska målen samt för barn och unga

Utredningen ser inte att de förslag som läggs har någon särskild påverkan på jämställdhet, integrationspolitiska mål eller för barn och unga.

Det finns en viss relevans inom de områden som utredningen har utrett, så som att det är fler kvinnor som arbetar inom primärvården, och det är fler med utländsk bakgrund som arbetar som anställd av bemanningsföretag, jämfört med arbetsmarknaden i övrigt. Generellt borde en satsning på primärvården kunna innebära möjligheter för ökad sysselsättning av personer med utländsk bakgrund.

Kvinnor som arbetar i vården har en hög sjukfrånvaro, inte minst på grund av psykisk ohälsa. Det är också känt att den typen av frånvaro kan ha koppling till brister i arbetsmiljön. Flera av de förslag som utredningen lämnar syftar till att förbättra arbetsmiljön och borde därmed ha potential att minska sjukfrånvaron, framför allt hos kvinnor.

Som visats i utredningens delrapport har kvinnor högre vårdkonsumtion än män. Det är också känt att det fortfarande finns individer som avstår från vård av ekonomiska skäl. Utredningens förslag om sänkt vårdavgift inom primärvården borde därmed kunna gynna kvinnor. Dessutom är det känt att ensamstående kvinnor ofta har en låg pension, i en ålder där behovet av vård är som störst. Utredningens förslag bedöms ha potential att gynna denna grupp.

19.8 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Utredningen ser att frågor som rör långsiktig kompetensförsörjning bör vara högt prioriterade av staten och huvudmännen och att staten bör ta sitt ansvar som övergripande systemansvarig. Utredningen lägger inga förslag om statens roll eftersom det redan finns många förslag under beredning.

Utredningen rekommenderar landstingen att fortsatt driva digitaliseringen i vården och att främja att alla vårdvalsutförare arbetar digitalt. Utredningen ser att det skapar goda förutsättningar för att

skapa en minskad arbetsbörda och att skapa flexiblare arbetssätt i primärvården. Detta ser utredningen kan bidra till att fler stannar i vårddyrket, och att fler söker sig till vårdens yrken.

Utredningen föreslår också ett förtydligande om att landstingen får besluta om begränsning av lista hos vårdgivare samt att utförare får begära samråd om att begränsa lista. Utredningen ser detta som nödvändigt för patientsäkerheten men också för arbetsmiljön. Också detta kan bidra till vårddyrkenas attraktivitet.

19.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Utredningen ser inte att utredningens förslag kommer att ha en påverkan vad gäller brottsligheten eller för det brottsförebyggande arbetet.

19.10 Konsekvenser för miljön

Utredningen ser inte att utredningens förslag har några konsekvenser för miljön.

19.11 Konsekvenser för EU-rätten

Utredningen ser inte att utredningens förslag påverkar EU-rätten.

20 Författningskommentar

20.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. *möjligheten att få välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad,*
3. *den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten,*
4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
5. vårdgarantin, och
6. möjligheten att hos försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.1.2. och 17.1.3.

Utredningen föreslår som del i en reform av vårdvalet att definitionen av vårdvalssystem ändras i 7 kap. 3 § HSL (se nedan). Det innebär enligt utredningens förslag att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan *välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt* (vårdvalssystem).

Utredningen föreslår därför att det av en ny *andra punkt* i paragrafen framgår att patienten ska få information om att det är där patienten är listad som denne kan få välja fast läkarkontakt.

I en ny tredje punkt föreslås att patienten ska få information om den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten. Listningstjänsten behandlas i kommentaren till den föreslagna 7 kap. 3 § HSL (se nedan).

6 kap.

3 §

Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare inom primärvården, där patienten är listad.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.1.2.

Den ändring som föreslås är tänkt att stärka patientens redan befintliga möjlighet till val av fast läkarkontakt inom primärvården. I och med det föreslagna tillägget att den fasta läkarkontakten ska erbjudas av den utförare som patienten har valt att lista sig hos, förtydligas patientens förutsättningar att få veta var valmöjligheten till den fasta läkarkontakten kan/ska tillhandahållas. Eftersom patienten gör sitt val av utförare genom listning som därmed utgör en följdändring med anledning av förslaget till ändring i 7 kap. 3 § HSL med samma innebörd, skapas bättre förutsättningar för en relationell och kontinuitetsbaserad primärvård med förväntad ökad patientsäkerhet som följd där patienten kan känna att denne ”hör hemma”. Detta i sin tur innebär att utföraren, med ett tydligare och mer synkroniserat regelverk med administration och styrning, ges bättre planeringsförutsättningar för att kunna tillhandahålla en god och säker vård till patienterna genom fast läkarkontakt. Utföraren ska härigenom inte längre behöva planera, administrera och tillhandahålla fast läkarkontakt till alla patienter som genom enstaka besök kommer i kontakt med utföraren, utan i första hand tillgodose behovet av fast läkarkontakt för de ”egna” listade patienterna, dvs. de som är listade hos utföraren.

9 kap.**2 §**

Patientens val av utförare inom primärvården, ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren. Listning kan ske hos utförare i landstingets egna regi eller hos utförare som är godkänd och har ett kontrakt enligt 1 kap. 1 § andra stycket lagen (2008:962) om valfritetssystem eller därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitten 17.1.2 samt 17.3.1.

Paragrafens första mening utgör en följdreglering av förslaget till ändring i 7 kap. 3 § HSL, vari regleras att möjligheten att välja utförare ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren. Det föreslagna listningskravet avgränsar sig till enbart listningsbara primärvårdsutförare och är således inte tänkt att omfatta övriga offentligt finansierade utförare inom öppenvården enligt 9 kap. 1 § PL, såsom exempelvis utförare som bedriver vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Så kallad utomlänsvård som är av omedelbar karaktär och som regleras i 8 kap. 4 § HSL, är inte heller tänkt att omfattas av förslaget krav på listning. Förutsättningarna däri är således alltså oförändrade.

Den utförare som enligt förslaget till andra meningen är godkänd och har ett kontrakt enligt LOV eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt LOU, blir därmed också en listningsbar utförare. Rekvisiten utgörs således av att det rör sig om hälso- och sjukvård som ges av utförare (leverantör) som

- bedriver hälso- och sjukvårdstjänster,
- inom primärvården,
- med landstinget som huvudman,
- i form av privat vårdgivare som är godkänd och har ett vårdvalskontrakt enligt LOV alternativt har ett vårdkontrakt enligt LOU, eller
- utgörs av landstingets egna regi inom ramen för vårdvalssystemet.

Utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som inte utgörs av egenregiverksamhet eller har ett eget kontrakt med landstinget utgör därmed inte listningsbara utförare enligt förslaget. Vård som exempelvis erbjuds genom en underleverantör till utföraren, ska även fort-

sättningsvis kunna väljas av och ersättas inom ramen för fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag, dock under förutsättning att patienten är listad hos huvudleverantören och underleverantören i tillräcklig utsträckning medverkar till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag. Om underleverantören däremot erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster till egna eller andra utförarens patienter som inte är listade hos huvudleverantören kan, enligt förslaget, sådan vård inte fortsatt vara valbar inom ramen för det aktuella vårdvalsavtalet, utan underleverantören behöver då vara huvudleverantör för ett eget vårdvals- eller vårdavtal för att patienter ska kunna välja dennes tjänster och därmed lista sig hos densamme, alternativt vara underleverantör och bistå andra huvudleverantörer.

9 kap.

3 §

Omlistning får ske två gånger under ett år, om det inte finns skäl för annat.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 17.1.5.

Paragrafen utgör en viktig del i det föreslagna reformerade vårdvalssystemet. Den syftar till att stärka banden och relationerna mellan patient och utförare och till att upprätthålla ett stabilare, kontinuitetsbaserat och mer effektivt system, vilket i sin tur ger en mer patientsäker vård. Valfriheten som princip ska fortsatt gälla, men utredningen ser behov av justeringar i densamma för att mer långsiktigt styra mot vård efter behov och samtidigt till viss del hindra utvecklingen mot fler och fler tillfälliga besök, obegränsade omlistningar, och konsumtion av vård som styrs av efterfrågan och inte behov. Utredningen föreslår därför att patienten kan utöva sin valfrihet genom att lista om sig om sådant behov finns, men som huvudregel endast två gånger under ett år, dvs under en löpande 12-månadersperiod.

Patienten kan dock ha skäl till att önska byta utförare fler än två gånger under året. Enligt förslaget ska därför patienten kunna lista om sig under återopande av skäl för detta. Exempel på sådana skäl kan vara att patienten flyttar och byter adress flera gånger under året t.ex. vid studier. Patienten kan också ha en fast läkar- eller annan

vårdkontakt som byter arbetsplats och som patienten önskar följa med. Det kan också röra sig om andra, såväl medicinska som mer personliga skäl, som exempelvis hot eller jävssituationer som kan föranleda behov av fler omlistningar under ett år.

Utredningen bedömer att en prövning bör göras av landstinget, men där utredningen tills vidare förordar en pragmatisk hållning med hänsyn till syftet med förslagen i denna del samt i avvaktan på eventuella riktlinjer och/eller föreskrifter avseende hur frågan ska hanteras i den föreslagna listningstjänsten (se förslag till 7 kap. 3 § HSL. Patienten ska också kunna vända sig till Patientnämnden, vilken inom ramen för sitt uppdrag enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, bör vara patienten behjälplig i situationer där landstingets prövning av patientens skäl skulle gå patienten emot.

20.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap.

3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster *genom att lista sig hos utföraren*, samt *hos denne* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). *Landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska tillhandahålla en listningstjänst för patientens val av utförare. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om listningstjänstens innehåll.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. *Landstinget får besluta om en begränsning av det antal patienter som enligt första stycket får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.*

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Paragrafen behandlas i avsnitten 17.1.2, 17.1.3, 17.1.6 och 17.3.4

I paragrafens första stycke omdefinieras vårdvalssystemet. Patientens val av utförare inom primärvården avgränsas till att ske genom listning. På så sätt skapas en större kongruens mellan lagstiftning och administration av vårdvalssystemet. Av detta följer också att den fasta läkarkontakten som patienten i dag har rätt att få tillgång till och välja, också avgränsas till att ske hos den utförare där patienten har valt att lista sig. Detta skapar bättre förutsättningar för en mer jämlik vård efter behov, kontinuitet och ett mer patientsäkert förhållande mellan patienter och utförare. Det ger också bättre planeringsförutsättningar och arbetsmiljö för utförare som inte längre ska ha beredskap för att potentiellt ta hand om och tillhandahålla fast läkarkontakt till hela landets befolkning, utan huvudsakligen till de listade patienterna. Utförarens ansvar för patienter med mer akuta behov omfattas inte av kravet på att val ska ske genom listning.

Motsvarande följdändringar när det gäller val genom listning samt tillgång till fast läkarkontakt regleras i förslaget till ändring i 6 kap. 3 § samt till ny 9 kap. 2 § PL.

I första stycket införs också en ny bestämmelse som förtydligar att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. Förslaget innebär ett förtydligande av regleringen av vårdvalssystem genom HSL och LOV. Förslaget innebär att det geografiska område som landstinget har ansvar att organisera primärvården inom, *får* delas upp i två eller flera delar med olika uppdrag och olika villkor om landstinget ser ett sådant behov. Avsikten med förslaget är inte att en geografisk uppdelning måste ske eller att någon geografisk del av landstinget därmed får lämnas utanför den övergripande skyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvalssystem. Nuvarande reglering, att landstinget inte får begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget, kvarstår.

Styckesindelningen i paragrafen ändras och ett nytt andra stycke införs. Av detta framgår att landstinget ska tillhandahålla en listningstjänst. I stycket ges också ett bemyndigande till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om listningstjänstens innehåll. Närmare reglering av densamma föreslås i en ny bestämmelse, 7 kap. 3 § HSF. I förslaget till bestämmelsen i

HSF, regleras förutom övergripande innehåll i listningstjänsten, även ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter gällande den aktuella listningstjänsten (se avsnitt 17.1.3).

I tredje stycket införs en ny bestämmelse som innebär att landstinget får besluta att begränsa det antal patienter som enligt första stycket får lista sig hos en utförare. Begränsningar av antalet listade patienter hos en utförare ska införas efter samråd mellan utförare och landsting och på begäran av endera parten. Detta anses nödvändigt för att skapa förutsättningar för att tillhandahålla en kontinuitetsbaserad, god och nära vård till patienterna där såväl dialog som styrning är mer transparent. Utförarna får därmed bättre förutsättningar för att skapa en mer rimlig och patientsäker arbetsmiljö som är till gagn både för dem som arbetar hos utföraren som för patienterna.

17 kap.

1 a §

Avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 17.4.2.

I förslaget regleras en enhetlig nationell patientavgift inom vårdvalssystemen i primärvården som beräknas på liknande sätt som avgiftsnivån per vård dygn för slutenvården (se 17 kap. 2 § HSL). I 17 kap. 1 § regleras bl.a. att vårdavgifter får tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer. Patienter som omfattas av ett landstings eller en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1–3 §§ respektive 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § ska behandlas lika. Enligt bestämmelsens andra stycke gäller inte första stycket om annat är särskilt föreskrivet. Utredningen bedömer att det finns skäl att särskilt reglera den föreslagna ändringen, varvid en ny 1 a § föreslås i 17 kapitlet. Enligt förslaget ska den enhetliga patientavgiften för primärvård fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor. Avgränsningen till besök innebär att den mångfald av kontaktformer som för närvarande växer fram inom hälso- och sjuk-

vården inte behöver avgiftsbeläggas. I många fall kan sådana kontakter, t.ex. asynkrona digitala kontakter genom chat-funktioner, antas förbli avgiftsfria för patienten. Avgränsningen till vårdvals-systemen i primärvården innebär att det är i samband med besök till den utförare där patienten är listad som den enhetliga patientavgiften gäller. Vid andra besök får avgift tas ut enligt huvudregeln i 17 kap. 1 §, dvs. enligt de grunder som landstinget bestämmer.

20.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30)

6 kap.

1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),

3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin enligt 1 § 1 och 2 gäller, med undantag för vad som sägs i 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), där patienten är listad.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.1.7.

Ett nytt andra stycke införs i paragrafen som reglerar att vårdgarantin gäller där patienten är listad. Detta innebär en inskränkning i tillhandahållandet av vårdgarantin inom primärvården. Eftersom

patienten också kan lista sig i annat landsting, skulle av detta följa att även vårdgarantin gäller i annat landsting. I 8 kap. 3 § HSL, den s.k. utomlänbestämmelsen, regleras att en patient som omfattas ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska ges vård på samma villkor som gäller för de egna invånarna, frånsett vårdgarantin, som uttryckligen inte gäller för en sådan patient. Hänvisning till detta undantag görs därmed i det föreslagna sista stycket.

7 kap.

3 §

Listningstjänsten i 7 kap. 3 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska utgöra en tjänst som för patienten möjliggör genomförande av listning samt informerar patienten om samtliga listningsbara utförare och deras tillgänglighet för listning.

Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om drift och administration av denna listningstjänst.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 17.1.3

Paragrafen utgör en följdreglering av förslaget om en listningstjänst och om möjligheten till begränsning av en utförarens patientlista (se 7 kap. 3 § HSL samt avsnitten 17.1.2, 17.1.3 och 17.1.6). I paragrafen regleras att den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten ska innehålla information om samtliga listningsbara utförare (se rekvisiten för listningsbarhet i förslag till ny 9 kap. 2 § PL samt avsnitt 17.3.1) och om utförarnas tillgänglighet för listning.

En grundläggande förutsättning för ett listningssystem där det finns möjlighet till begränsning av utförarens lista är att patienten kan se hur många personer som står i kö för att lista sig hos utföraren. På detta sätt kan patienten skapa sig en bild av eventuell väntetid på att få lista sig hos den önskade utföraren. Den föreslagna listningstjänsten är avsedd att utföra ett enkelt, transparent och likvärdigt nationellt listningssystem där patienten kan lista sig, lista om sig, ställa sig i kö hos utförare samt få relevant och uppdaterad information om samtliga dessa delar. Utredningen bedömer att ett system som på ett transparent och sammanhållet sätt uppvisar utbudet och som ger en bild av behovet eller efterfrågan kan få betydelse för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet och där det tydligare

framgår om utbudet matchar behoven, vilket i sin tur kan ge bättre underlag för prioriteringar.

I paragrafens andra stycke bemyndigas Socialstyrelsen att meddela föreskrifter med anledning av listningstjänsten.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av experten Eva Domanders

1. Inledning

Utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård” har bl.a. haft i uppdrag att *”Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.”* Det är vällovligt att regeringen tar sitt ansvar för den kommande vårdutmaningen genom att tillsätta denna utredning. Dessvärre anser jag dock att utredningens ingångsvärden rörande vårdbemanning präglas av en politisk värdegrund där språk, formuleringar och ordval har en negativ inställning till bemanning i allmänhet och vårdbemanning i synnerhet. Utredningen har vidare inte i tillräckligt hög utsträckning redovisat den egentliga anledningen till varför regioner har en kommande utmaning med kompetensförsörjning. Det handlar främst om stora brister i den egna organisationen vilket ställer krav på bättre arbetsvillkor och arbetsmiljö. Det är ett av skälen till varför sjukvårdspersonal väljer andra former för att utöva sitt yrke. Anonyma personer uttalar sig kritiskt till ”problematiken” med vårdbemanning medan positiva röster saknas. Jag hade önskat en mer saklig och neutral ton.

Detta särskilda yttrande fokuserar på de kapitel som beskriver branschen, och då framför allt valda delar av kapitel 13–17.

2. Invändningar

Beskrivning av branschen

Betänkandets beskrivning av inhyrd personal på den svenska arbetsmarknaden brister i stringens och kvalitet och saknar i vissa stycken väl underbyggda fakta. Som exempel kan nämnas att uttrycket ”överrepresenterade” nyttjas för att beskriva fördelningen av ålder och etnicitet i branschen. Det tyder snarare på fördomar och förutfattade meningar om branschen. Det stämmer att branschen har fler unga och utlandsfödda, men det beror främst på att vi är bryggan in på arbetsmarknaden för dem som ligger långt ifrån densamma.

Vidare dras felaktiga slutsatser kring löneutvecklingen inom branschen då man hänvisar till gamla källor. Konsulter har inte lägre löner än andra på arbetsmarknaden generellt om man tar hänsyn till bl.a. ålder och erfarenhet. Bemanning återfinns i samtliga yrken och är branschöverskridande, men vårdbemanning står för en förhållandevis liten del av den totala bemanningsbranschen. Upplysningsvis kan nämnas att på arbetarområdet så beräknas lönen för den inhyrde utifrån genomsnittslönen på arbetsplatsen. Att lönerna ökat i branschen som helhet beror på att branschen organiserade sig och tecknade kollektivavtal.

Källor och data

Betänkandets beskrivning av kompetensbranschen är baserad på gamla rapporter (Andersson, Joonas och Wadensjö 2010) med faktafel som leder till missförstånd. Branschen är under ständig utveckling varför den data som refereras till från 1998, 2005 och 2010 troligen inte är relevant när man ska beskriva branschen i dag. Det är beklagligt att utredningen inte använder sig av tillgänglig senare statistik. Kompetensföretagens årsrapporter, kvartalsstatistik och övrigt faktamaterial finns tillgängligt på kompetensforetagen.se. På några ställen i betänkandet hänvisas till ”chefläkare” vilket inte i sig skulle kunna anses vara en tillförlitlig, statistiskt säkerställd källa. Sådana uttalanden borde få stöd av någon annan tillförlitlig källa.

Definition av kostnader

Utredningen gör ett antal kostnadsuträkningar där det saknas en tydlig definition av vad som avses med kostnader. Typiskt vid inhyring är att kunden endast betalar för faktiskt arbete. Sjukdom, semester, föräldraledighet och annan frånvaro står vårdbemänningsföretaget för. Därutöver betalar kompetensföretaget för pensionsavsättning och andra premier för avtalsförsäkringar. Utredningen redogör inte för huruvida dessa kostnader eller kostnader för administration och annan tid som inte läggs på det faktiska arbetet, ingår eller inte. Som exempel kan nämnas att enligt Kompetensföretagens egna beräkningar träffar inhyrda läkare upp till dubbelt så många patienter, än en regionanställd läkare. Vi menar att oavsett vilken arbetsgivare en läkare har så utgår alltid en kostnad för utförande av arbetet.

Upphandling

Vad gäller utredningens förslag på upphandlingsområdet finns en del synpunkter att ge. I och för sig ser jag inte att branschen skulle ha några egentliga synpunkter på att upphandlingarna sker mer samordnade men grunden måste ändå vara en marknadsmässig bedömning. En samordning kan innebära färre aktörer på den offentliga marknaden med minskad konkurrens som följd. Däremot är det positivt om upphandlande myndigheter samarbetar för att ge marknaden bättre förutsättningar för sunda affärsvillkor, exempelvis genom att ta fram bättre uppföljningsverktyg.

Kompetensföretagen anser att auktorisation ska ses som en kvalitetsstämpel och vill se att landstingen använder det som viktning när de upphandlar. Utredningen konstaterar att regionerna inte kan ställa krav på auktorisation eftersom företag måste vara medlemmar i Kompetensföretagen för att kunna bli auktoriserade. Kompetensföretagen menar dock att auktorisationen kan ge mervärdespoäng i en upphandling. Flera upphandlingar har genomförts på sådant sätt och prövats i domstol varför det sålunda är förenligt med LOU. Kompetensföretagens auktorisation tillkom för cirka 15 år sedan i samband med införlivandet av Bemänningsdirektivet. Lagstiftarens tankar kring en statlig ”certifiering” ledde till att branschen beslutade om en självreglering i form av en auktorisation, vilken beskrivs i utredningen.

Utredningen har vid kontakter med tjänstemän inom en region erfarit att egenföretagare sällan själva lämnar anbud vid ramavtalsupphandling. Det beror på att det inte är möjligt med hänsyn tagen till kraven vid upphandling. Denna typ av missuppfattningar kring förutsättningarna vid upphandling är beklagligt.

Utredningen konstaterar att Upphandlingsmyndigheten arbetar med att stödja och att bidra till strategiskt arbete på områden som rör upphandling. Myndigheten har också tagit fram stödmaterial för just upphandling enligt LOU varför utredningen föreslår att myndigheten därmed är en lämplig aktör för att gå ett steg längre. Enligt Kompetensföretagen brister upphandlingar främst i dialog, uppföljning och förståelse för kostnadsdrivande avtalskrav hos leverantörerna. Vi vet att det finns en rad andra effektiva insatser som utredningen inte nämner såsom affärsmannaskap, ledarskap, verktyg, uppföljning, upphandlings- och leverantörsdialog.

Utredningen anser att landsting och utförare i vården ska fortsätta arbetet med att främja att göra det attraktivt att arbeta som anställd eller som ambulerande inom en intern bemanningspool. Branschen har sedan länge konkurrerat ut de många gånger ineffektiva och dyra bemanningspoolerna och inlemmat lösningen i sitt erbjudande.

3. Avslutande synpunkter

Slutligen kan jag konstatera att det inte går att åtgärda bristande kontinuitet och kompetensförsörjning genom att endast begränsa vårdbemanning. Regionerna behöver arbeta långsiktig med sin egen organisation och arbetsmiljö för att bli en attraktiv arbetsgivare, snare än att på olika sätt försvåra och reglera användandet av inhyrda medarbetare. Det är ofta tack vare de inhyrda medarbetarna som patienter får tillgång till säker vård, framför allt i glesbygd. Samtidigt avlastas, de hårt belastade ordinarie medarbetarna. På så sätt är vårdbemanning en del av lösningen för att lösa bristen på kompetens och kontinuitet.

Utredningen nämner alternativa förslag som har övervägts, men inte fullt ut analyserats, som till exempel någon form av begränsning eller reglering av utbudet, exempelvis bestämmelse om att legitimerade professioner inte får hyras ut och införande av en statlig auktorisation av bemanningsföretag. Vad gäller det förstnämnda ifrågasätter

jag möjligheten och till och med lagligheten av ett sådant förslag utifrån Bemanningsdirektivets uttryckliga förbud mot begränsning av bemanningsmarknaden.

Branschen är naturligtvis även framgent intresserad av att ha en fortsatt dialog med beslutande instanser för att förbättra, förenkla och förtydliga branschens villkor till gagn för, och garanterandet av, en patientsäker och effektiv vård.

Eva Domanders,
Styrelseordförande Kompetensföretagen

Särskilt yttrande av experten Karin Liljeblad

Som expert i utredningen ställer jag mig i allt väsentligt bakom utredarens förslag. Utredningens uppdrag och betänkande ger dock anledning till några påpekanden ur den privat drivna sjukvårdens perspektiv

Underfinansiering orsaken till bristerna i primärvården – inte vårdvalet

Utredningen har haft i uppdrag att se över vårdvalet (enligt LOV) och överväga hur systemen kan förändras och utvecklas. I utredningens analys dras slutsatser om att vårdvalet inte har bidragit till en mer jämlik vård eller till mer kontinuitet i vården, att tillgängligheten brister och att patientnöjdheten i primärvården inte har ökat. Vårdföretagarna vill understryka att primärvårdens problem i allt väsentligt inte handlar om vårdval som styrsystem, utan om mångårig underdimensionering och underfinansiering av primärvården. Vårdföretagarna har i kartläggningar visat att regionernas egenregiverksamhet drivs med underskott i de flesta regioner och att det i ett antal av dem har skett varje år sedan vårdvalets start. Mångåriga brister även i kompetensförsörjningen gör att både regiondrivna och privat drivna vårdcentraler har svårt att rekrytera specialistläkare i allmänmedicin och annan kvalificerad vårdpersonal till sina vårdcentraler, även om läget i den privat drivna primärvården tycks något bättre. När ersättningarna i vårdvalen inte räknas upp med kostnadsökningarna och uppdrag och ersättningar inte längre hänger ihop uppstår problem som påverkar verksamheternas möjligheter till tillgänglighet och att möta patienter behov av kontinuitet. Det måste skapas en rimligare koppling mellan finansiering, uppdrag, arbetsmiljö och kompetensförsörjning om primärvården ska fungera väl. Vårdföretagarna vill därför peka på det politiska ansvaret hos huvudmännen att vårda vårdvalssystemen.

Olyckligt att konkurrensneutralitetsproblemen inte adresseras

En grundprincip i vårdvals-/LOV-systemen är konkurrensneutralitet mellan verksamhet i olika driftsformer. Utredningen redovisade i sitt delbetänkande sin avsikt att till slutbetänkandet göra en fördjupad analys av konkurrensneutraliteten i LOV: ”Hur säkerställs lika villkor mellan offentliga och privata vårdgivare och vad bör avses med lika villkor givet de olika krav som lagstiftningen ställer på offentliga och privata verksamheter?” (SOU 2018:55)

Likvärdiga villkor oavsett driftsform är en central styrningsfråga för såväl huvudmän som vårdgivare. Vårdföretagarna har i upprepade kartläggningar visat att de ekonomiska villkoren mellan offentlig och privat regi är synnerligen olika i många regioners vårdval, då den regiondrivna primärvården har gått och går med stora underskott. Den landstingsdrivna primärvården gick med underskott i 20 av 21 landsting år 2017. Det totala underskottet i landstingens egenregi i primärvården uppgick till nästan 740 miljoner kronor. Det är det största samlade underskottet på de landstingsdrivna vårdcentralerna ett enskilt år sedan vårdvalet infördes. I vissa regioner är problemet bestående och har växt över tid. Förutom att underskotten indikerar underfinansiering av primärvården resulterar de också i att de ekonomiska förutsättningarna mellan privat och offentlig drift inte blir likvärdiga.

Förutom de rent ekonomiska förutsättningarna finns det andra områden där privata vårdgivare upplever att villkoren är olika för privata och offentliga vårdgivare, t.ex. när det gäller möjligheten att ta del av statliga satsningar eller informationsöverföring till vårdgivarna.

Konkurrensverket fattade 2013 ett vägledande beslut i ett ärende rörande vårdval i Jämtland, som innebär att landstinget (eller kommunens) egenregi inte är att betrakta som leverantör i ett LOV-system. Det gör att Konkurrensverket som tillsynsmyndighet för konkurrensfrågor inte agerar i ärenden som rör just de konkurrensproblem som vårdföretag upplever i förhållande till den offentligt drivna verksamheten. I de flesta kommuner och regioner är den offentligt drivna verksamheten dominerande och därmed den mindre privata vård- eller omsorgsgivarens huvudsakliga konkurrent. Mot bakgrund av att kommunen eller regionen i dessa fall dessutom är både huvudman och utförare är risken för särbehandling av den egna verksamheten stor. Konkurrensverkets tolkning av lagen öppnar möjligheter för kommuner och regioner att göra särskilda lösningar för

den offentligt drivna verksamheten i en rad olika sammanhang. Förvaltningsrätten i Härnösand har i en dom angående konkurrensneutralitet i vårdvalet i Region Västernorrland ett liknande synsätt. Domen fick olyckligt nog inte prövningstillstånd i högre rättslig instans. Domen togs dock till intäkt av regioner att slopa regelverk om konkurrensneutralitet, trots att det enbart är en dom från lägsta instans. Dessa ställningstaganden förstärker behovet av skarpare lagstiftning som säkrar konkurrensneutraliteten mellan privat och offentligt driven verksamhet i vårdval/LOV.

Den centrala frågan om konkurrensneutralitet låg i linje med utredningens uppdrag. Vi kan vidare konstatera att Januariöverenskommelsen mellan regeringen och dess samarbetspartier Centerpartiet och Liberalerna i punkt 63 slår fast att "... Konkurrensneutralitet ska råda mellan offentliga och fristående vårdgivare, såväl vad gäller ekonomiska villkor, en fungerande tillståndsgivning, som kvalitetskrav." Det är därför en besvikelse att sittande utredning inte fick tilläggsdirektiv av regeringen att lägga skarpa förslag för att åtgärda bristerna i konkurrensneutraliteten genom lagändringar. Nu riskerar dessa problem att bestå i ytterligare år framåt.

Behov av nationella principer för vårdvalen i primärvården

Som utredningen förtjänstfullt redovisat så spretar regelverken för vårdvalen mellan regionerna. I praktiken har vi 21 olika regelverk. Vårdföretagarna vill understryka att vi delar utredningens bedömning att vårdvalssystemen behöver ensas. Vår bedömning är att det hade varit önskvärt om utredningen hade lagt skarpare förslag om gemensamma nationella principer

Stimulanser för att främja nyetableringar i vårdvalen

En viktig fråga för utvecklingen av primärvården är möjligheterna till nytillträde för nya vårdgivare. Vid vårdvalssystemets start öppnade många nya vårdcentraler, men under senare år har nyetableringarna varit få. En viktig fråga är hur nyetableringar ska främjas i ett vårdvalssystem som, på goda grunder, baseras på listning och kapitering. Då etableringströsklarna är höga behövs stimulanser i vårdvalssystemen för att främja nyetableringar.

Utveckling av valfrihetsinformation

Som utredningen konstaterar har patienten i dag liten vägledning när det gäller att jämföra kvalitetsinformation mellan olika verksamheter. Det begränsade information som trots allt tidigare fanns på 1177 i funktionen ”hitta och jämför vård”, med tillgänglighetsdata och patientnöjdhet (från nationella patientenkäten), finns inte längre kvar på sajten sedan designen gjordes om. Utvecklingen har med andra ord gått åt fel håll. Vårdföretagarna bedömer det som ett mycket angeläget nationellt utvecklingsområde att utveckla möjligheterna för patienten att jämföra vårdcentraler och andra verksamheter i sjukvården, också avseende kvalitetsdata.

Lagändring för att undanröja vårdmomsens effekter

I kapitlen och förslagen om inhyrd personal i vården behandlar utredningen översiktligt vårdmomsen. Förändringar av momslagtiftningen ligger utanför utredningens direktiv, men då Skatteverkets nya tolkning av momsreglerna (efter en dom i HFD) får stora effekter på kompetensförsörjningen i den privat drivna vården måste problemet adresseras. Skatteverkets tolkning gör att inte bara inhyring av legitimerad vårdpersonal från bemanningsföretag nu har blivit momsbelagd, utan också vårdtjänster från läkare och annan legitimerad vårdpersonal som verkar som konsulter hos andra vårdgivare. Många underentreprenörlösningar i vård och omsorg har det också blivit moms på. Detta trots att vården och omsorgen ska vara momsfri.

Vårdmomsen slår direkt mot möjligheterna att bemanna vården, särskilt i landsbygden. Effekterna blir särskilt stora i den privat drivna vården och omsorgen, då kommuner och regioner får ersättning från staten för sina momskostnader. Vårdföretagarna föreslår att regeringen nu snabbt kompletterar moms lagen för att inte äventyra en stor del av sjukvårdens och omsorgens möjligheter att bemanna sina verksamheter.

Karin Liljeblad,
Vårdföretagarna

Särskilt yttrande av experten Sven Söderberg

Svensk primärvård lider av dålig tillgänglighet och bristande kontinuitet. Det bästa sättet – av empiri och internationella erfarenheter att döma – att uppnå en god kontinuitet för patienten är genom ett listningsförfarande på enskild läkare. Utöver listning på enskild läkare behövs givetvis flera andra reformer för primärvården och övrig hälso- och sjukvård. Men listning för hela befolkningen på läkare är av central betydelse för att säkra en god kontinuitet och en bättre tillgänglighet.

I det avseende delar Sveriges läkarförbund ej utredningens slutsatser och förslag i sitt slutbetänkande.

Det är mycket välkommet att utredningen framhåller vikten av kontinuitet och tillgänglighet i primärvården. Som utredningen konstaterar är det listningen som är det begrepp som är det vanligt gällande, såväl i flera andra länder som i Sverige. Det är också lika bra som nödvändigt att utredaren öppnar för någon form av listningsbegränsning som en nödvändighet både för patientsäkerhet, vårdkvalitet och arbetsmiljö för personalen.

Men där utredarens tydliga argumentation om vikten av kontinuitet borde resultera i listning på läkare tar det stopp. I stället blir förslaget listning på utförare. Möjligheten ska därefter hos utföraren finnas att lista på läkare, på annan profession eller på vårdteam.

Enligt min och Läkarförbundets bestämda bedömning innebär detta i praktiken inte den genomgripande förändring som behövs för att öka rekryteringen av läkare till primärvården och patienternas tillit till densamma. Listning på utförare är redan i dag det vanliga och måste ses som ett av grundfelen som kraftigt bidrar till de stora problem som finns i dagens primärvård där patienterna saknar kontinuitet och trygghet och där det är svårt att rekrytera läkare.

En formalisering av listning på utförare kommer inte att öka kontinuiteten för den enskilde patienten. En utförare är fortfarande ett hus – en vårdcentral. Ett team är inte en personlig relationell kontakt och en annan profession än läkare är inte en läkare som är den som bäst i kraft av sin kompetens sköta vidarelussningen till andra professioner. Det är inte exempelvis en fysioterapeut som är bäst lämpad att ta hand om en allergiker eller en multisjuk äldre. Tvärtom är det först när en läkare har ställt diagnos som patienten kan hänvisas till en fysioterapeut för sina besvär. Det är läkaren som

allra oftast är bäst lämpad att slussa patienten vidare. Så fungerar det i dem av utredningen ofta nämnda goda exemplen Danmark och Norge. Där är det den läkare som patienten är listad på som slussar patienten vidare till rätt nivå och profession vid behov.

Ska vi uppnå en tydlighet i kontinuitet för patienten är det fortfarande listning på läkare som är den naturliga slutstationen för argumenteringen i utredningen. Det är också först med ett tydligt ansvar för den enskilde läkaren och annan personal som förutsättningar för en god arbetsmiljö skapas, både för läkare och övrig personal.

Vi konstaterar också här att vi inte delar utredarens resonemang och slutsats kring patientansvarig läkare.

Den enskilt viktigaste förklaringen till att det inte finns fler specialister i allmänmedicin är att det inte förekommer listning på läkare i Sverige. Förutom ett par år i början av 1990-talet – Husläkarlagen – har Sverige inte haft något försök att med nationell lagstiftning säkra befolkningens behov av en egen läkare i primärvården.

Inför Husläkarlagens införande saknades det specialister i allmänmedicin. Men det var uppenbarligen inget hinder för Husläkarlagens införande. Under de tre åren 1991–1994 ökade antalet tillgängliga allmänläkare från cirka 2 450 till nästan 3 900, alltså en ökning med drygt 1 400 läkare, nästan 60 procent. Det motsvarade en ökning med cirka 40/månad. Enligt en slutrapport från Husläkardelegationen sommaren 1994 skulle det dåvarande målet med en husläkare per 2 000 invånare i praktiken ha uppnåtts. Under de följande fyra åren efter Husläkarlagens avskaffande ökade enligt Socialstyrelsen antalet med cirka 60 stycken eller med drygt en i månaden!

Erfarenheterna från Norge är också tydlig. 2001 när fastläkarreformen infördes saknades cirka 800 allmänläkare i Norge. Men redan efter fyra år, 2005, var bristen nästan åtgärdad och alla patienter som ville hade listat sig på en egen läkare.

Reformer som innebär listning på läkare som en bärande del i en nationell primärvårdsreform verkar per se vara ett kraftfullt incitament för att antalet fastläkare och specialister i allmänmedicin ökar.

Dessutom behövs det en förstärkning av antalet specialister i allmänmedicin. Det är något som Läkarförbundet har lyft i olika sammanhang och preciserat vilka andra specialiteter som bör komma i fråga för att få verka som läkare i primärvården som befolkningen kan lista sig hos. Förslag om detta återfinns också i Anna Nergårdhs utredning, vilka Läkarförbundet i den delen ställer sig bakom, även

om vi vill kompletterar dem med fler specialiteter, främst från det internmedicinska området.

I de länder (ex. Danmark och Norge) som länge har haft listning på läkare sker i dag en utveckling mot mer samarbete mellan små läkarenheter i större team, och liknande. Men det sker utan att listningen på läkare ifrågasätts. Vårdteamets arbete har nämligen inget att göra med listning på läkare för befolkningen. Däremot underlättar listning på läkare ett gott teamarbete genom att det för teamet tydliggörs att det är läkaren som är den ytterst medicinskt ansvarige för patienten. Att vårdteam skulle kunna fungera bra utan fasta läkare är ett uppenbart felslut. För att teamen ska fungera bra krävs att alla yrkeskategorier finns med och att läkare leder teamen.

Listning på läkare innebär att varje person i befolkningen vet vem som är dess läkare och som kan deras sjukdomshistoria och som känner dem. Behöver de gå till sin diabetessjuksköterska kan de göra det även fortsättningsvis. Vill de träffa en psykolog kan de göra det även fortsättningsvis och behöver de besöka akuten eller den öppna specialistvården kan de också göra det. Men deras egen läkare som de är listad hos är navet i deras vård; hen vet om var i vården de varit och kan deras sjukdomshistoria. Det är listningen på en fast läkare som ger kontinuiteten och tryggheten. Den påstådda motsättningen mellan listning på läkare och teamarbetet i vården är uteslutande en konstruerad motsättning.

Inte heller finns en koppling mellan listning på läkare och läkares anställningsform. Även anställda läkare kan givetvis vara "listbärare" och ta samma ansvar som en egenföretagare. Så fungerar det i Norge och så fungerade det i Sverige under Husläkarreformen.

Att lista på hus eller team ger varken bättre kontinuitet eller "personlig kontakt" – tvärt om. Listar man på utförare blir det inte färre patienter per läkare – tvärt om. Läkarna på dessa "överlistade" enheter blir inte flera på grund av detta. Däremot maskerar man problemen ett tag. I praktiken blir det ingen garanti för ökad kontinuitet i primärvården. Risken är även stor att allmänläkararbetet utarmas och inte blir attraktivt för yngre läkare varför rekryteringen ytterligare försvåras i en redan underbemannad primärvård. Uteblir en reform om listning på läkare blir det svårt för Läkarförbundet att rekommendera nya yngre läkare att söka sig till primärvården.

Sverige har sedan 1980-talet ett världsunikt system med vårdcentraler där teamet betonas. Det har inte fungerat på över 30 år och

det måste anses entydigt bevisat att det inte fungerar. Vi måste nu inse att vård utan personligt ansvar inte är framtiden utan se till att svenskarna får samma läkarkontinuitet som befolkningen har i våra närmaste grannländer.

Sven Söderberg,
Sveriges Läkarförbund

Referenser

Utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1948:14: *Den öppna läkarvården i riket*. Utredning och förslag av Medicinalstyrelsen.
- SOU 1994:126: *Husläkarreformens första halvår*: Delbetänkande av husläkardelegationen.
- SOU 1995:5: *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
- SOU 1997:58: *Personaluthyrning*. Slutbetänkande av Kommittén för utvärdering av avregleringen av arbetsförmedlingsmonopolet.
- SOU 2008:15: *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*. Betänkande av Frittvalutredningen.
- SOU 2008:37: *Vårdval i Sverige*. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt.
- SOU 2012:2: *Framtidens högkostnadsskydd i vården*. Betänkande av Vårdavgiftsutredningen.
- SOU 2013:2: *Patientlag*. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.
- SOU 2013:15: *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*. Betänkande av Läkarutbildningsutredningen.
- SOU 2014:19: *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande*. Betänkande av Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet.
- SOU 2014:23: *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Slutbetänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.
- SOU 2014:55: *Inhyrning och företrädesrätt till återanställning*. Betänkande av Utredningen om inhyrning och företrädesrätt till återanställning.

- SOU 2015:7: *Krav på privata aktörer i välfärden*. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen.
- SOU 2015:32: *Nästa fas i e-hälsoarbetet*. Betänkande av E-hälsokommittén.
- SOU 2015:66: *En förvaltning som håller ihop*. Slutbetänkande av E-delegationen.
- SOU 2016:2: *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden*. Delbetänkande av Välfärdsutredningen.
- SOU 2017:1: *För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd*. Slutbetänkande av Parlamentariska landsbygdskommittén.
- SOU 2017:15: *Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden*. Delbetänkande av Nya apoteksmarknadsutredningen.
- SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.
- SOU 2017:48: *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:56: *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Delbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU 2018:39: *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2018:47: *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU 2018:55: *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Delbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

- SOU 2018:77: *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*. Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar.
- SOU 2019:20: *Stärkt kompetens i vård och omsorg*. Utredningen Reglering av yrket undersköterska föreslår en skyddad yrkestitel för undersköterskor.
- SOU 2019:29: *God och nära vård – Vård i samverkan*. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2019:31: *F-skattesystemet – en översyn*. Slutbetänkande av F-skatteutredningen.
- Socialutskottets betänkande 2001/02:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor m.m.

Propositioner

- Prop. 1970:166: *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring i lagen (1935:113) med vissa bestämmelser om arbetsförmedling*.
- Prop. 1981/82:97: *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Prop. 1989/90:81: *Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m.*
- Prop. 1989/90:111: *Om reformerad mervärdesskatt m.m.*
- Prop. 1992/93:160: *Om husläkare m.m.*
- Prop. 1993/94:75: *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*
- Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Prop. 1995/96:176: *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*.
- Prop. 1996/97:60: *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2008/09:29: *Lag om valfribetssystem*.
- Prop. 2008/09:62: *F-skatt åt fler*.
- Prop. 2008/09:74: *Vårdval i primärvården*.
- Prop. 2009/10:210: *Patientsäkerhet och tillsyn*.

- Prop. 2012/13:1: *Budgetproposition för 2013.*
- Prop. 2013/14:106: *Patientlag.*
- Prop. 2014/15:15: *Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården.*
- Prop. 2015/16:1: *Budgetproposition för 2016.*
- Prop. 2017/18:1: *Budgetpropositionen för 2018.*
- Prop. 2017/18:83: *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*
- Prop. 2017/18:158: *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*
- Prop. 2017/18:159: *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.*

Rapporter och litteratur

- Anderrson Joonas, Pernilla & Wadensjö, Eskil. *Bemanningsbranschen 1998–2005: En bransch i förändring?* Working Paper 6/2010. Swedish Institute for Social Research (SOFI), Stockholm University.
- Anell, Anders; Dackehag, Margareta; Dietrichson, Jens (2018). *Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices?* BMC health services research vol. 18, 179. 14 Mars 2018, doi:10.1186/s12913-018-2983-3.
- Arbetsmarknadsekonomiska rådet (2018). *Olika vägar till jobb.*
- Blix, Mårten; Levay, Charlotta (2018). *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.* Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2018:6. Finansdepartementet, Stockholm 2018.
- Boodman, Sandra, G (2018). *Spurred By Convenience, Millennials Often Spurn The 'Family Doctor' Model.* Kaiser Health News, Kaiser Family Foundation 2018.
- Borgquist & Engström (2019). *Läkares personkännedom sparade liv och resurser.* *Läkartidningen* Volym 166, 2019.

- Burström, Bo; Burström, Kristina; Nilsson, Gunnar; Tomson, Göran; Whitehead, Margaret; och Winblad, Ulrika (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping Review. *International Journal for Equity in Health* (2017) 16:29.
- Campbell, John L.; Fletcher, Emily; Britten, Nicky; Green, Colin; Holt, Tim A.; Lattimer, Valerie; Richards, David A.; Richards, Suzanne H.; Salisbury, Chris; Calitri, Raff; Bowyer, Vicky; Chaplin, Katherine; Kandiyali, Rebecca; Murdoch, Jamie; Roscoe, Julia; Varley, Anna; Warren, Fiona C.; Taylor, Rod S. (2014). *Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a clusterrandomised controlled trial and cost-consequence analysis*. *Lancet* 2014; 384: 1859–68. August 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61058-8.
- Carlsson, Tobias (2018). *Primärvård, vinster och geografisk jämlikhet – driftsformens påverkan på vårdcentralernas etableringsmönster*, Uppsala universitet 2018.
- Clauwaert, Stefan (2000), Survey of legislation on temporary agency work Brussels, October 2000 Dépot Légal: D/2000/3163/10 ISBN: 2-930143-56-8
- Culyer, A J; Wagstaff, Adam (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*. Volume 12, Issue 4, December 1993, s. 431–457.
- DO – Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport*. Stockholm 2012.
- Ekman, Björn; Thulesius, Hans; Wilkens, Jens; Lindgren, Anna; Cronberg, Olof & Arvidsson Eva. (2019) Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomics, and diagnoses. *International Journal of Medical Informatics* 127 (2019) 134–140.
- Enfeldt, Johan (2019). *Hyrsköterskor i vården Hur det gick till när politikerna tappade kontrollen och hur beroendet av hyrsköterskor kan brytas*. Arena Idé. Författare Lisa Pelling. 2019. <https://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2019/04/rap-hyrskoterskor-ver2-compressed-1.pdf>

- Gabrielsson-Järhult, Felicia; Areskoug-Josefsson, Kristina; Kammerlind, Peter (2019). *Digitala vårdmöten med läkare – Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie*, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, School of Health Sciences, Jönköping University, 2019.
- Glenngård, Anna H. (2017). *Dialog och prestationsmätning – mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård*. KEFU – Institutet för ekonomisk forskning vid lunds universitet, skriftserie 2017:2, Lund 2017.
- Glenngård, Anna Häger (2015). *Primärvården efter vårdvalsreformen – valfrihet, kvalitet, produktivitet*. SNS förslag, Stockholm 2015.
- Helsedirektoratet (2018). *E-konsultation hos fastlege og legevakt*. Rapport till Helse- og omsorgsdepartementet 2018-11-30.
- Hammersmith and Fulham & NHS England (2019). *Evaluation of Babylon GP at hand – Final evaluation report*.
- Håkansson, Kristina & Isidorsson, Tommy (2010). *Användningen av inhyrd arbetskraft i Sverige*. Arbetsmarknad & Arbetsliv. Årg 22, nr 3/4, höst/vinter 2016. Studien är finansierad av Forte, dnr 2011-0386.
- Irving, G.; Neves, A.L., Dambha-Miller, H. m.fl. (2017). *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries*. BMJ Open, 2017:7.
- Isaksson, David; Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika (2016). *Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity*. BMC Health Services Research (2016) 16:28 Uppsala 2016.
- Johansson, Naimi; Jakobsson, Niklas; Svensson, Mikael (2019). *Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender*. European Journal of Health Economics. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01095-6>
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016a). *Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården*. Rapport 2016:43. Stockholm 2016.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2017). Bilaga 4 Uppföljning av åtgärdsbeslut. Oktober 2017.

- Jakobsson, Niklas (2016). *Copayments and physicians visits: A panel data study of Swedish regions 2003–2012*.
- Kammarkollegiet (2011). *Upphandling enligt LOV – en processbeskrivning. Vägledning*. Rapport 2011:03. Publicerad av Upphandlingsmyndigheten.
- Kommunal (2018). Odeberg, Elinor. *Ordning och reda i bemanningsbranschen – en rapport om hyrpersonal i vård och omsorg*. Art.nr 978 91 7479 701 5.
www.kommunal.se/sites/default/files/ordningochredaibemanningsbranschen.pdf
- Kompetensföretagen (2017). *Inhyrda medarbetare i vården*.
- Kompetensföretagen (2018a). *Kompetensrebellerna – entreprenörerna som utvecklar svenskt arbetsmarknad*.
www.almega.se/app/uploads/sites/5/2018/05/kompetensrebellerna_webb.pdf
- Kompetensföretagen (2018b). *Årsrapport 2018*. Almega.
- Konkurrensverket (2015a). *Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader*. Rapport 2015:10. Stockholm 2015.
- Konkurrensverket (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2. Stockholm 2014.
- Konkurrensverket (2010a). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar*. Rapport 2010:3. Stockholm 2010.
- Kringos, Dionne S.; Boerma, Wienke G.W.; Hutchinson, Allen; Saltman, Richard B. (2015). *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 1, 2015.
- Lindgren, Peter (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. SNS förlag. Stockholm 2019.
- Mullin, Chris (2018). *NHS Agency Staffing and the Impact of Recent Interventions*. January 2018. Seminar Briefing 22. Office of Health Economics Research.

- Nordgren, Lars; Åhgren, Bengt (2010). *Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler*. Uppdragsforskningsrapport: 2010:3. Konkurrensverket, Stockholm 2010.
- OECD *Doctors' consultations*.
<https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>, hämtad den 3 september 2019.
- Pereira Gray, Denis J.; Sidaway-Lee, Kate; White, Eleanor; Thorne, Angus; Evans, Philip H (2018). *Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. *BMJ Open* 2018;8:e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161.
- Region Örebro län (2017). Oberoende av inhyrd personal. Handlingsplan Region Örebro län. Datum: 2017-06-05.
- Riksrevisionen (2014a). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Rapport 2014:22. Stockholm 2014.
- Rognes, Jon; Winberg, Hans; Tyrstrup, Mats; Krohwinkel, Anna (2016). *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. LHC Working Paper 2016-01. Stiftelsen Leading Health Care. Stockholm 2016.
- Savage, Carl; Bjessmo, Staffan; Borisenko, Oleg; Larsson, Henrik; Karlsson, Jacob; Mazzocato, Pamela (2019). *Translating 'See-and-Treat' to primary care: opening the gates does not cause a flood*. *International Journal for Quality in Health Care*, 2019, 1–7, doi: 10.1093/intqhc/mzy244.
- Skatteverket (2013). Rapport om effekterna av den ändrade ordalydelsen i 13 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229). Datum 2013-10-07 Dnr 131-165148-13/113.
- Skog, Rolf (2015). Om betydelsen av vinstsyftet i aktiebolagslagen. *Svensk juristtidning*, 2015 s. 11.
- SLF (2019). Fortbildningsenkät 2018 Fortbildning hos Sveriges läkarförbunds medlemmar.
- Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vård – delresultat från LEV-projektet*. Stockholm 2010.
- Socialstyrelsen (2018a). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Rapport 2018-2-16. Stockholm 2018.

- Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Artikelnummer 2016-3-2. Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2016. Stockholm 2016.
- Socialstyrelsen (2012a). *Nationell datainsamling i primärvården – Förslag till utökning av patientregistret*. Rapport 2012-3-36. Stockholm 2012.
- Socialstyrelsen (2007). *Lägesrapport 2006, Hälso- och sjukvård – primärvård*. Stockholm 2007.
- Socialstyrelsen (2005). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*. Stockholm 2005.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012a). *Vårdval i Primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm 2012.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). *Rekommendation om en för alla landsting och regioner lägsta nivå för patientavgift vid digitala vårdkontakter i primärvården*. Meddelande från styrelsen nr 5/2018.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019a). *Primärvårds-kvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> [hämtad 2019-01-16].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019b). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 – Befolkningen attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*. Edmonton 2017.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019c). *Enkät till landstingen om ersättningsmodeller och nivåer*. Stockholm 2019.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019d). *Rekommendation om gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.* Meddelande från styrelsen nr 8/2019.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019e). *Projekt – Oberoende av inbyrd personal – Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018*. Stockholm 2019-05-02.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019f). *Sammanfattning av planerade insatser 2019 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper*. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan. Stockholm 2019.
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2018). *Universitet och högskolor årsrapport 2018*. Rapport 2018:5.
- Vetenskapsrådet (2018). ALF i siffror. www.vr.se/analys-och-uppdrag/klinisk-forskning-i-sverige/alf-i-siffror.html den 3 september 2019.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Allmän tillgång – Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport 2018:5. Stockholm 2018.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4. Stockholm 2018.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018c). *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Rapport 2018:12. Stockholm 2018.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport 2017:3. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2017:6. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017d). *Primärvården i Europa – En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*. PM 2017:4. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017e). *För säkerhets skull – Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*. Rapport 2017:10. Stockholm 2017.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm 2016.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*. Rapport 2013:4. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården*. Rapport 2013:1. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013c). *Ur led är tiden*. Rapport 2013:9. Stockholm 2013.
- Vårdföretagarna (2019). *Privat vård fakta*. Almega.
- Vårdföretagarna (2015). *Partners i hälso- och sjukvården? Så fungerar dialogen mellan landsting och privata vårdgivare*. Rapport 2015.
- Västerbottens läns landsting (2016). *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting – Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden*. Februari 2016.
- Wenell, Adam (2019). *Momsplikt driver fram ny bemanningsidé*. *Dagens Medicin*. 2019-03-27.
- Winblad, Ulrika; Isaksson, David; Bergman, Patrik (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget*. Rapport 2012:2, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Stockholm 2013.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

- Regeringen (2016)
[www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/07/samverkan-for-
vardens-kompetensforsorjning/](http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/07/samverkan-for-vardens-kompetensforsorjning/)
- Regeringen (2019). Pressmeddelande från Finansdepartementet
Regeringen inrättar en välfärdskommission för att stärka
välfärden. Publicerad 5 juli 2019.
[www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/07/regeringen-
inrattar-en-valfardskommission-for-att-starka-valfarden/](http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/07/regeringen-
inrattar-en-valfardskommission-for-att-starka-valfarden/)
hämtad den 3 september 2019.
- Skatteverket (2018). Skatteverkets pressmeddelande 2018-10-25
Moms ska betalas vid uthyrning av vårdpersonal.
[www.skatteverket.se/omoss/press/pressmeddelanden/2018/2018/
momsskabetalasviduthyrningavvardpersonal.5.22501d9e166a8cb
399f15.html](http://www.skatteverket.se/omoss/press/pressmeddelanden/2018/2018/
momsskabetalasviduthyrningavvardpersonal.5.22501d9e166a8cb
399f15.html), hämtad den 3 september 2019.

Medietryck och debattartiklar

- Alstadsaeter, Anette; Jacob, Martin (2012). Nya företagsregler har
ökat skatteplanering. *Svenska dagbladet* 2012-06-07.
www.svd.se/nya-foretagsregler-har-okat-skatteplanering
- Andersson, Klas (2010). Uthyrd personal ser vändning. *Svenska Dag-
bladet*. 2010-01-17. www.svd.se/uthyrd-personal-ser-vandning.
- Apel Röstlund, Johan (2017). Över 500 läkare i upprop mot arbets-
miljö i Skåne. *Arbetaren* 2017-04-28.
[www.arbetaren.se/2017/04/28/over-500-lakare-i-upprop-mot-
arbetsmiljo-i-skane/](http://www.arbetaren.se/2017/04/28/over-500-lakare-i-upprop-mot-
arbetsmiljo-i-skane/)
- Arvidsson, Joel (2018). Personalbrist ger miljarder för bemannings-
bolag. *Svenska Dagbladet*, 2018-11-26
- Berglund, Gunnar (2018). Läkarna slits ut i Stockholms primärvård.
Svenska Dagbladet 2018-10-19. [www.svd.se/lakarna-slits-ut-i-
stockholms-primarvard](http://www.svd.se/lakarna-slits-ut-i-
stockholms-primarvard)
- Domanders, Eva & Eidfelt, Patrik (2019). Vården klarar sig inte
utan hyrläkare. *Dagens samhälle*. 10 januari 2019.
[www.dagenssamhalle.se/debatt/varden-klarar-sig-inte-utan-
hyrlakare-25620](http://www.dagenssamhalle.se/debatt/varden-klarar-sig-inte-utan-
hyrlakare-25620)

- Mellgren; Fredrik (2019). Läkariliska: "Väntetiderna kommer att öka". *Svenska Dagbladet* 2019-02-26. www.svd.se/lakariliska-kan-bli-hur-manga-patienter-som-helst
- Olsson, Hans (2018). Socialdemokraterna vill lagstifta mot hyrpersonal inom vården. *Dagens Nyheter*, hämtad 2018-08-15. www.dn.se/nyheter/politik/socialdemokraterna-vill-lagstifta-mot-hyrpersonal-inom-varden/
- Ström, Marie (2018). Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård? *Läkartidningen*. www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/01/Kan-Borgholm-modellen-bli-losningen-for-framtidens-sjukvard/
- Trysell, Karin (2015). Myndighet ser oroväckande arbetsmiljö i primärvården. *Dagens Medicin* 2015-10-23. www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/10/23/orovackande-arbetsmiljo-i-primarvarden/
- Wenell, Adam (2019). Momsplikt driver fram ny bemanningsidé. *Dagens Medicin* 2019-03-27. www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/03/27/momsplikt-driver-fram-ny-bemanningside/
- Zaremba, Maciej (2013). Vad var det som dödade Herr B? Artikelserie i fyra delar i *Dagens Nyheter* 2013-02-17.

Kommittédirektiv 2017:128

Ordning och reda i vården

Sammanfattning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vinst som incitament kan motverka intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. En särskild utredare ges i uppdrag att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen ska också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Det är angeläget att regeringen får en samlad bild av hur skattemedel kan användas på ett bättre sätt för att utveckla hälso- och sjukvården. Det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal.

Utredaren ska göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utredda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprovning eller alternativ till sådan provning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprovningensutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

Hälso- och sjukvården i Sverige

Utredningens uppdrag omfattar hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna utgör hälso- och sjukvård enligt lagen (2 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård delas in i sluten och öppen vård. Slutens vård ges till patienter under intagning i vårdinrättning, dvs. vanligtvis sjukhus, medan öppen vård definieras som annan hälso- och sjukvård, dvs. vård som inte ges under intagning (2 kap. 4 och 5 §§ HSL). Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). Vad som anses vara primärvård varierar geografiskt och över tid.

Ansvar för hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL).

Ansvar för hälso- och sjukvården delas mellan staten, landstingen och kommunerna. Det är dock landstingen som har det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Landstingens ansvar omfattar både primärvården, den öppna specialiserade vården och slutenvården. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. dem som är bosatta inom landstinget men även öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård om patienterna väljer vård i landstinget, 8 kap. 1–3 §§ HSL. Landstingets ansvar omfattar emellertid inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för (8 kap. 6 § HSL).

Kommunerna ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer och till dem som deltar i dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL). Alla landsting utom Stockholms läns landsting har dessutom, med stöd av 14 kap. 1 § HSL, lämnat över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård som ges i hemmet, s.k. hemsjukvård, till kommunerna. I kommunernas ansvar ingår inte hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap 3 § HSL).

Kommuner och landsting kan lämna över vården till privata utförare

Enligt 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900), förkortad KL, får kommuner och landsting, efter beslut i fullmäktige, lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. I 15 kap. 1 § HSL anges dessutom att landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen. Detta innebär att kommuner och landsting kan välja att antingen bedriva verksamheten i egen regi eller anlita en privat utförare. När det gäller primärvård så finns det emellertid särskilda regler som inskränker landstingens handlingsfrihet genom kravet i 7 kap 3 § HSL att arrangera vårdvalssystem i primärvården.

I de fall en kommun eller ett landsting överlämnar vården av en kommunal angelägenhet till en privat utförare är kommunen eller landstinget fortfarande huvudman för den kommunala angelägenheten. Huvudmannen har alltid det övergripande ansvaret för verksamheten och ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten (6 kap. 7 § KL). I ansvaret ingår att bestämma verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Huvudmannaskapet innebär även en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på ett sådant sätt att verksamheten hos de privata utförarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av kommunen eller landstinget önskade nivån. Kommunerna och landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata vårdgivarna. Kommunen respektive landstinget ska även, genom avtal med den privata utföraren, tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (3 kap. 19 a § KL).

Arbetsgivaren har ansvar för att rekrytera, behålla och utveckla sin personal.

Privata aktörer i hälso- och sjukvården

Landsting och kommuner kan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata utförare genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller genom att införa ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Sedan 2010 är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården (mer om detta i kommande avsnitt). Landstingen kan även sluta samverkansavtal med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Vid en upphandling och inom valfrihetssystem följer ersättningen av avtalet och bestäms därmed lokalt. När det gäller läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi så följer ersättningen av nationella taxor. Inom ett vårdvalssystem följer ersättningen patientens val. Under 2000-talet har andelen verksamhet som bedrivs i enskild regi ökat. Landstingens köp av hälso- och sjukvård av privata leverantörer ökade exempelvis från 10,2 procent av nettokostnaderna 2006 till 13,7 procent 2015. Motsvarande siffror för kommunernas köp av vård och omsorg från privata leverantörer var 11,6 respektive 17,4 procent. Andelen privata utförare varierar såväl mellan olika kommuner och landsting som mellan de olika verksamheterna.

Inom hälso- och sjukvården svarade de tre största privata aktörerna, Capio, Praktikertjänst och Aleris, för 51 procent av landstingens köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Inom hälso- och sjukvården finns det också många mindre privata aktörer, bl.a. de s.k. taxeläkarna. Enligt en rapport från Vårdföretagarna hade 2013 över 11 000 av företagen 0–19 anställda medan 59 stycken hade fler än 250 anställda. Inom den vård och omsorg som kommunerna köper av privata företag dominerade 2013 sju koncerner där de största var Attendo, Ambea och Humana. De tio största företagen stod för cirka 62 procent av kommunernas totala köp av omsorgstjänster 2013.

Kontroll av privata utförare – huvudmännens uppföljningsansvar

När vården av en kommunal angelägenhet har lämnats över till en privat utförare genom avtal ska kommunen respektive landstinget kontrollera och följa upp verksamheten (3 kap. 19 § KL). För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste kommunerna och landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns på området samt övriga krav som följer av det avtal som slutits med den privata utföraren. Den exakta omfattningen av denna kontroll kan variera mellan olika områden, men huvudmannaskapet innebär att kommunen eller landstinget alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

Kontroll av privata utförare – tillståndskrav

Det krävs som huvudregel inte tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Tillstånd krävs emellertid för blodverksamhet, inrättningar som utför aborter, vävnadsinrättningar och verksamhet för sprututbyte. Såväl offentliga som privata utförare ska anmäla sin verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO ska föra register över de aktörer som har anmält att de ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 1 och 4 §§ patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Krav på tillstånd är vanligt inom välfärden

Krav på tillstånd för att vara aktiv inom välfärdsområdet är vanliga inom flera andra delar av välfärdssektorn. Vad som krävs för ett tillstånd skiljer sig åt mellan de olika sektorerna. Inom socialtjänstområdet ställs krav på tillstånd för att bedriva viss typ av verksamhet, t.ex. hem för vård eller boende (HVB). För exempelvis hemtjänst råder idag ingen tillståndsplikt. Sedan 15 april 2017 råder tillståndsplikt för entreprenader och konsulentstöd till familje- och jourhem i socialtjänsten. För stora delar av den verksamhet som bedrivs enligt LSS ställs krav i en tillståndsprövning.

Krav på tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut

Frågan om tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut: Ägarprövningsutredningen (Krav på privata aktörer i välfärden, SOU 2015:7) konstaterade att när det gäller utförare av hälso- och sjukvård fanns det vid den tidpunkten inte tillräckliga skäl att föreslå en tillståndsplikt. Inom hälso- och sjukvården finns reglerade yrken och mer självständiga professioner med ett personligt ansvar, som på ett annat sätt kan förväntas säkra kvaliteten än inom exempelvis hemtjänsten, konstaterar utredningen. Landstingen har dessutom bl.a. på grund av sin storlek generellt sett bättre förutsättningar att skapa en väl fungerande upphandlings- och uppföljningsorganisation än vad som kan vara fallet för exempelvis mindre kommuner. Att samtliga utförare inom hälso- och sjukvården ska anmäla sig till IVO innebär att det även finns förutsättningar för statlig tillsyn inom hälso- och sjukvården. Ägarprövningsutredningen lyfter därmed fram flera skäl till att inte föreslå en tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården. Samtidigt framhåller utredningen att hälso- och sjukvård i flera länder omfattas av tillståndsplikt, och att det kan finnas skäl att överväga ett krav på tillstånd även i Sverige om behov uppstår.

Vårdvalsreform

Landstingen fick 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen om valfrihetssystem, förkortad LOV. Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010. I 7 kap. 3 § HSL anges att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas.

LOV fastställer bl.a. den upphandlande myndighetens informationsansvar: Den upphandlande myndigheten ska till enskilda lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat

kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. För den enskilde som inte väljer leverantör ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett ickevalsalternativ (9 kap. 1 och 2 §§ LOV).

Villkoren enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav fritt får etablera sig. Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras.

Andra utredningar och insatser inom hälso- och sjukvårdssektorn

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården överlämnade 2016 betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) till Socialdepartementet. Utredaren pekade bl.a. på att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen beslutade i mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) och lämnade sitt första delbetänkande i juni 2017 (SOU 2017:53). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2019.

I juni 2017 tog regeringen även emot betänkandet *Kunskapsbaserad och jämlik vård* (SOU 2017:48). I betänkandet har Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07) lämnat förslag som bl.a. syftar till att stärka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat arbete i vården.

Den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård träder i kraft den 1 januari 2018. Lagen syftar bl.a. till att möjliggöra för fler patienter att snabbare komma hem efter sin sjukhusvistelse. Den nya lagen kan därigenom även bidra till att skapa plats för väntande patienter i behov av sjukhusvård.

Utgångspunkter för utredningen

Vård efter behov och tillitsbaserad styrning

Utgångspunkten för svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges utifrån patientens behov. Det gäller såväl privata som offentliga aktörer. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är en prioriterad fråga för regeringen att förbättra styrningen i den offentliga sektorn i syfte att skapa mer effektiva verksamheter och större nytta för medborgarna. Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna, som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Detta gäller både statens styrning av kommuner och landsting och de senares egen styrning av verksamheten. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheter utvecklas på ett rättssäkert sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna. För att belysa frågor i sammanhanget liksom främjandet av ändamålsenliga regelverk tillsatte regeringen Välfärdsutredningen (Fi 2015:01). Som ett led i arbetet med att utveckla styrningen i den offentliga sektorn har regeringen även inrättat en Tillitsdelegation (Fi 2016:03).

Ersättningsmodeller utgör en del av styrningen av offentlig sektor

Vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller bör ses som en del av den totala styrningen av offentlig sektor. Detta framhålls även i det delbetänkande om ersättningsmodeller som Tillitsdelegationen lämnade till regeringen i juni 2017. Ersättningsmodellens betydelse bör inte överdrivas. Samtidigt kan ersättningsmodeller få oavsiktliga negativa effekter i verksamheterna och vid utformningen av ersättningsmodeller bör dessa övervägas noggrant.

Riksrevisionen granskade 2014 hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolk-

ningen (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22). Riksrevisionen konstaterar att vårdvalsreformen har inneburit att makt förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt.

Landstingen har dock, enligt Riksrevisionen, inte utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård har ökat. Det finns fortfarande skillnader mellan landstingen när det gäller både uppdrag och ersättningsvillkor. Det är svårt att se att skillnaderna är motiverade av regionala skillnader mellan landets olika delar. Fokus på tillgänglighet och ökad detaljstyrning riskerar att missgynna patienter med stora vårdbehov.

Landstingen ska utforma ersättningssystem som styr beteenden hos vårdgivarna. Krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp. Riksrevisionen konstaterar dock att det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten, menar Riksrevisionen.

Riksrevisionen lyfter vidare fram att diagnosättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting. Detta faktum kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser och att patientsäkerheten riskeras. Detta kan i sin tur påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Riksrevisionen menar att inget landsting än så länge tycks ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Myndigheten konstaterar vidare att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad.

Tillgång till information och vårdutnyttjande kan variera med socioekonomiska skillnader

Sedan 2010 gäller som tidigare nämnts en skyldighet för landstingen att införa vårdvalssystem, som innebär att den enskilda patienten har rätt att själv välja utförare i primärvården. En förutsättning för att ett sådant system ska få positiva effekter på kvalitet, patientinfl-

tande och kostnadseffektivitet är att det finns en reell möjlighet att välja utförare. För att människor ska ha likvärdiga valmöjligheter krävs i sin tur tillgänglig information som stöder ett informerat val. Tidigare studier, gjorda av bl.a. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, visar att olika grupper i befolkningen känner till och utnyttjar valmöjligheterna i vården i olika stor utsträckning.

Riksrevisionen konstaterar (2014) att reformerna har gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser. De positiva effekterna förefaller dock i högre utsträckning ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del. Nedläggning av vårdcentraler, däremot, har enligt Riksrevisionen främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas vara större. Riksrevisionen finner även att tillgänglighetsreformerna har fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

Bättre läkarbemannning i socioekonomiskt starka områden med lägre vårdbehov

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. I primärvården ska kontinuiteten säkerställas genom att patienterna får tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Vidare är det verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet genom att utse en fast vårdkontakt till de patienter som behöver eller själva begär att få en sådan.

Regeringen konstaterar att många verksamheter inom hälso- och sjukvården har svårt att rekrytera rätt kompetens. Det har lett till att ett system med s.k. stafettläkare har utvecklats. Många landsting klarar därför inte av att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och att alla patienter ska ha tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården.

Riksrevisionen konstaterar i sin granskning 2014 (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22) att primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig vård varierar starkt mellan landets vårdcentraler och att dessa skill-

nader delvis hänger samman med områdets socioekonomiska status. Vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks exempelvis ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård än vårdcentraler i socioekonomiskt starka områden. Läkarbemanningen är mer instabil i glesbygd och i socioekonomiskt svagare områden med mer vårdkrävande patienter.

Det finns för- och nackdelar med en tillståndsprövning

Ett sätt att säkerställa att medel används till det de är avsedda för inom offentlig sektor kan vara att inom ramen för en tillståndsprövning ställa krav på utföraren som bl.a. begränsar möjligheterna till vinstutdelning.

En fördel med att ställa krav inom en tillståndsprocess är att det därigenom är möjligt att göra en allsidig och likvärdig prövning av hur den aktuella aktören uppfyller kraven. En tillståndsprocess som kompletteras med en möjlighet till överklagande bidrar också till en rättssäker process. De krav som ställts i en tillståndsprövning kan dessutom löpande följas upp inom ramen för en tillsynsprocess. Visar det sig då att kraven inte längre uppfylls kan detta utgöra grund för att återkalla tillståndet.

En nackdel med att införa ett tillståndskrav är att detta innebär en ökad administration och att myndigheter inom området kommer att behöva avsätta resurser för att göra denna prövning. De privata aktörerna måste också avsätta resurser för att ansöka om tillstånd.

Regeringen avser att under mandatperioden lämna förslag om krav på tillstånd att ta emot offentliga medel med utgångspunkt i de förslag som lämnats av Valfärdsutredningen (SOU 2016:78, Ordning och reda i välfärden). Hälso- och sjukvården ingår inte i regeringens förslag om tillstånd att ta emot offentliga medel. Regeringen beslutar i stället genom dessa direktiv att låta frågan om ett effektivt utnyttjande av skattemedel inom hälso- och sjukvårdssektorn utgöra grunden för en separat utredning. Regeringen ser behov av ett differentierat angreppssätt som kan säkerställa att skattemedel används effektivt och till det de är avsedda för inom vårdens olika verksamheter. Det är viktigt att styrsystemen inte har negativ påverkan på förutsättningar för exempelvis forskning och utveckling i hälso- och sjukvården.

Uppdraget

Utredaren ska, mot den bakgrund som beskrivits ovan göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utredda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprovning eller alternativ till sådan provning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprovningensutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande

eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag.

Konsekvenserna ska anges enligt 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Genomförande och redovisning av uppdraget

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:14

Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården (S 2017:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 1 mars 2018

Tilläggsuppdrag

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiven Ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven ska uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Av direktiven framgår bl.a. att utredaren ska lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. I direktiven lyfter regeringen fram vikten av att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I det som utredaren ska göra ingår bl.a. att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utredaren får i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:40

Tilläggsdirektiv till utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 17 maj 2018

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiven Ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven skulle uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Av direktiven framgår bl.a. att utredaren ska lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. I direktiven lyfter regeringen fram vikten av att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I det som utredaren ska göra ingår bl.a. att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utredaren fick den 1 mars 2018 i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård (dir. 2018:14).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 juni 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:28

Tilläggsdirektiv till utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)

Beslut vid regeringsammanträde den 5 juni 2019

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiv om ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven skulle uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018. Utredningstiden förlängdes den 17 maj 2018 till den 30 juni 2019 (dir. 2018:40).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 augusti 2019.

(Socialdepartementet)

Metodbeskrivning

Här beskriver utredningen hur de beräkningar vars resultat redovisas i kapitel 19 konsekvensanalyser har gjorts. Konsultfirman Helseplan har samlat in data och gjort beräkningarna på utredningens uppdrag.

Påverkan på landstingens intäkter av en enhetlig patientavgift

Utredningen gjorde en beräkning för tre olika scenarier, ett där patientavgiften fastställs till 0 kronor, ett där den fastställs till 100 kronor och ett där den fastställs till 200 kronor. De olika antaganden som har gjorts vid de olika beräkningarna beskrivs nedan.

Datakällor och avgränsningar

I dessa beräkningar tas ingen hänsyn till eventuella dynamiska effekter såsom huruvida en höjning eller sänkning i patientavgift jämfört med dagens nivå leder till minskad eller ökad efterfråga på vård.

I beräkningarna som görs på de olika patientavgiftsscenarier tas ingen hänsyn till högkostnadsskydd eftersom utredningen inte har haft tillgång till data på individnivå. Detta innebär att beräkningen av förlorade intäkter för scenario 100 antagligen är överskattat jämfört med det verkliga intäktsbortfallet, eftersom våra beräkningar antar att varje besök i dagsläget innebär att patienten står för en del, vilket de inte gör om de kommit upp i högkostnadsskyddet. För scenario 200 kan i stället antas att den verkliga ökningen i intäkter jämfört med dagsläget antagligen är något lägre.

Beräkningarna för utfallet av patientgift 100 kronor och 200 kronor har baserats på ett urval regioner. Detta beskrivs nedan. Beräkningar

är baserade på tillgängliga data för angivna tidsperioder. Eventuella skillnader och förändringar sedan dess ej har tagits i beaktande.

Patientavgift 0 kronor

Data kommer från Ersättningsmodeller primärvård 2019, en kartläggning gjord av SKL, där de via en enkät har kartlagt landstingens intäkter från patientavgifter 2018.

För de landsting som inte har kunnat redovisa fullständiga data för patientavgifter från privata aktörer har andelen vårdcentraler i privat regi räknats upp i förhållande till intäkter från vårdcentraler i offentlig regi. Beräkningen har genomförts av SKL. Antagande har gjorts att uteblivna intäkter från patientavgifter behöver kompenseras, dvs. att landstingen kommer att behöva ersätta vårdvalsutförarna med motsvarande summa som de mister i intäkt i de fall att landstinget i dagsläget tar ut en patientavgift (vilket alla landsting utom Sörmland gör i dag).

Det som därefter har beräknats är dagens utgångsläge jämfört med om inga patientavgifter tas ut. Uppskattningen för scenario 0 är alltså baserad på faktiska uppgifter från några landsting, om hur mycket de får in i "intäkt" av patientavgiften i dag.

Tabell 1 Patientavgift läkarbesök, vårdcentral eller dylikt, 2018

Landsting	Patientavgift
Blekinge	150
Dalarna	200
Gotland	200
Gävleborg	200
Halland	150
Jämtland Härjedalen	300
Jönköping	250
Kalmar	200
Kronoberg	150
Norrbottn	200
Skåne	200
Stockholm	200
Sörmland	0
Uppsala	150
Värmland	200
Västerbotten	200
Västernorrland	200
Västmanland	140
Västra Götaland	100/300*
Örebro	150
Östergötland	200

Källa: SKL 2019c. *Västra Götaland tillämpar en patientavgift för listade (100) och en för olistade (300).

Patientavgift 100 och 200 kronor

För dessa två scenarier har samma datakällor som ovan använts. Dessutom har två andra källor använts, SKL har bidragit med uppgifter om patientavgifter 2018 och befolkningsstatistik har hämtats från Statistiska centralbyrån (SCB).

Samma antaganden som ovan har gjorts angående privata aktörer samt att uteblivna intäkter kompenseras. För dessa två scenarier har ytterligare antaganden och beräkningar gjorts för att kunna göra den slutgiltiga beräkningen. Beräkningar har baserats på ett urval av landsting som har haft fullständiga uppgifter för att kunna genomföra samtliga beräkningar. Urvalet består av Stockholm, Uppsala, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Halland, Västmanland och Västernorrland. Övriga landstings intäkter från patientavgifter har uppskattats baserat på urvalets genomsnitt. Ett antagande kopplat till detta är att urvalet är representativt för riket som helhet.

SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018” är fördelat på de två kategorierna läkare respektive övriga yrkeskategorier. Till följd av detta har beräkningar kunnat genomföras på läkare, samtidigt som övriga yrkeskategorier har behövts uppskattats med stöd av beräkningen för läkare. För övriga yrkeskategorier har ett antagande därför gjorts om att det procentuella intäktstappet för övriga yrkeskategorier är detsamma som för läkare.

I Västra Götalandsregionen (som har olika patientavgifter för läkare vid besök på vald vårdcentral [100 kronor] respektive annan vårdcentral [300 kronor]) har en genomsnittlig patientavgift beräknats baserat på andelen besök utanför den valda vårdcentralen inom regionen. Genomsnittlig patientavgift vid läkarbesök inom VGR är beräknad till 128,7 kronor.

Beräkningar

Patientavgifter för läkarbesök har för vårt urval av landsting angetts till faktiskt siffra enligt SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018”. För övriga landsting har en beräkning skett i förhållande till urvalets genomsnitt i relation till befolkningsmängd och faktiskt patientavgift för läkarbesök. För Västra Götalandsregionen VGR (som har olika patientavgifter för läkare vid besök på vald vårdcentral [100 kronor] respektive annan vårdcentral [300 kronor]) har en genomsnittlig patientavgift beräknats baserat på andelen besök vid annan vårdcentral än där man är listad inom regionen. Genomsnittlig patientavgift vid läkarbesök inom Västra Götalandsregionen VGR är beräknad till 128,7 kronor. Läkares patientavgifter har därefter räknats om baserat på att patientavgiften för läkare sätts till 100 kronor respektive 200 kronor. Övriga yrkeskategoriers patientavgifter för ett urval av regioner har angetts till faktiskt siffra enligt SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018”. För övriga regioner har en beräkning skett i förhållande till urvalets genomsnitt i relation till befolkningsmängd och relativa intäktstapp för yrkeskategorin läkare för respektive region.

Tabell 2 Scenarioanalys för landstingens intäkter för tre olika patientavgifter, jämfört med i dag

	Läkare	Övriga yrkesgrupper	Totalt
Scenario 0	Cirka -1 150 miljoner kronor	Cirka -540 miljoner kronor	Cirka -1 690 miljoner kronor
Scenario 100	Cirka -500 miljoner kronor	Cirka -240 miljoner kronor	Cirka -740 miljoner kronor
Scenario 200	Cirka 150 miljoner kronor	Cirka 55 miljoner kronor	Cirka 205 miljoner kronor

Intäktstapp för övriga yrkeskategorier har för ett urval av åtta landsting angetts till faktiskt siffra enligt SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018”. För övriga regioner har en beräkning skett i förhållande till urvalets genomsnitt i relation till befolkningens mängd och relativa intäktstapp för yrkeskategorin läkare för respektive region.

Tabell 3 Scenarioanalys för landstingens intäkter för tre olika patientavgifter, jämfört med i dag

Landsting	Scenario 0 kronor	Scenario 100 kronor	Scenario 200 kronor
Stockholm	-244 300 000	-122 150 000	0
Uppsala	-62 000 000	-20 666 667	20 666 667
Sörmland	0	24 858 238	49 716 476
Östergötland	-82 976 040	-41 488 020	0
Jönköping	-164 711 667	-98 827 000	-32 942 333
Kronoberg	-50 211 550	-16 737 183	16 737 183
Kalmar	-64 000 000	-32 000 000	0
Gotland	-10 416 667	-5 208 333	0
Blekinge	-20 704 225	-6 901 408	6 901 409
Skåne	-237 300 000	-118 650 000	0
Halland	-48 300 000	-16 100 000	16 100 000
Västra Götaland	-203 000 000	-45 247 763	112 504 474
Värmland	-62 625 000	-31 312 500	0
Örebro	-38 400 000	-12 800 000	12 800 000
Västmanland	-42 100 000	-12 028 571	18 042 857
Dalarna	-54 770 000	-27 385 000	0
Gävleborg	-73 154 362	-36 577 181	0
Västernorrland	-50 700 000	-25 350 000	0
Jämtland Härjedalen	-43 953 488	-29 302 326	-14 651 163
Västerbotten	-72 470 588	-36 235 294	0
Norrbotten	-59 785 148	-29 892 574	0
Summa	-1 685 878 736	-740 001 584	205 875 570

Besök som ersätts som digitala utomlänsbesök

Digitala utomlänsbesök ersätts i dag enligt en ersättning som löper parallellt med de ordinarie ersättningssystemen inom vårdvalssystemen. En konsekvens av utredningens förslag och rekommendationer är att denna särskilda ersättning inte längre ska utbetalas. Samtliga besök oavsett kontaktform ska ersättas inom ramen för vårdvalssystemen och därmed följa varje landstings ersättning för ett besök. Med antagandet om att ersättningssystemen i övrigt är desamma kan utredningen därmed beräkna minskade kostnader för landstingen, eftersom besök som ersätts som digital utomlänsvård innebär en merkostnad jämfört med om besöken hade ersatts som en distanskontakt inom landstinget.

I denna beräkning görs varken någon analys eller något antagande av värdet av de olika besöken. Det vi är intresserade av är att se är den merkostnad som uppstår *på grund av parallella ersättningssystem*, inte att särskilt peka ut att digitala utomlänsbesök skulle vara dyra i förhållande till vad de ger.

De flesta digitala utomlänsbesök som genomförs hos de privata digitala vårdgivarna är läkarkontakter. Psykologkontakter och övriga kontakter är volymmässigt i relation till läkarkontakterna små, men inom Region Sörmland uppvisar de större volymer för övriga kontakter (framför allt sjuksköterskekontakter) än för läkare och psykologer. Vi går nedan igenom kostnaderna profession för profession. Merkostnaden undersöks både i relation till hur varje landsting ersätter utföraren om besöket hade ersatts så som ett besök inom varje landsting ersätts för besök av *listad patient*, och i relation till hur varje landsting ersätter utföraren för besök av en *icke-listad patient*.

Hur stor andel av det belopp som Region Jönköping och Region Sörmland fakturerar patientens hemlandsting som går till den digitala privata vårdgivaren beror dels på hur avtalen ser ut med respektive vårdgivare, dels på vilka regler som gäller för besöksersättning till vårdcentralen, dels vem patientavgiften tillfaller. Patientavgiften har inte tagits med i beräkningen och alla besök har betraktats som vuxna, icke-subventionerade besök.

Tabell 4 Sammanfattande bild av merkostnader vid parallella ersättningssystem

	Antal digitala kontakter	Digital utomläns-ersättning	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Merkostnad jämfört med digital utomläns-ersättning	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Merkostnad jämfört med digital utomläns-ersättning
Distansbesök läkare	527 525	333 917 350	75 931 800	257 985 550	141 711 040	192 206 310
Distansbesök psykolog	15 646	9 044 400	2 145 850	6 898 550	3 818 410	5 225 714
Distansbesök övriga	63 871	18 336 900	8 111 100	10 225 790	8 413 200	9 923 700
Totalt				275 109 890		207 000 000

Om en digital kontakt i stället för att ersättas enligt ersättningen för digitalt utomlänsbesök ersätts som ett digitalt inomlänsbesök som görs av en patient som *inte* är listad vid vårdcentralen skulle kostnaden totalt gå ner med 207 miljoner kronor, givet de besöksvolymerna som gällde under 2018. Denna jämförelse är relevant för scenariot att dagens vårdvalssystem fortsatt gäller, men med skillnaden att de digitala utförarna har minst ett avtal i varje landsting, vilket gör att alla besök ersätts som inomlänsbesök på distans.

Om en digital kontakt i stället för att ersättas enligt ersättningen för digitalt utomlänsbesök ersätts som ett inomlänsbesök på distans som görs av en patient som *är listad* vid vårdcentralen skulle kostnaden totalt gå ner med 275 miljoner kronor. Denna jämförelse är relevant givet de förslag utredningen lägger, som innebär att patientens val framöver görs genom att lista sig, och därmed bör besöken framför allt också ersättas i enlighet med den ersättning som utgår för listad patient som gör ett besök.

Samtliga jämförelser görs med de ersättningar som gällde under 2018. Särskilt för psykologbesök och övriga besök görs flera antaganden. Dessa beskrivs nedan.

Beräkning av ersättning för läkarbesök

Utomlänspatienters ersättningen för läkarbesök varierar mellan landstingen. Underlaget nedan är hämtat från "Primärvårdens ersättningsmodeller 2019" (SKL 2019c) och avser läkarbesök. Den av SKL

rekommenderade utomlänssättningen för digitala vårdkontakter för läkarbesök på 650 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. Både Region Jönköping och Region Sörmland har beslutat att inte delge hela beloppet till den privata vårdgivaren utan ersättningen ligger på 98 procent respektive 95 procent av det belopp som har överenskommit i avtal mellan respektive landsting och patientens hemlandsting. Beräkningarna görs på den summa som Jönköping eller Sörmland fakturerar patientens hemlandsting. Nedan tabell avser kontakter som privata digitala aktörer med bas i Jönköping och Sörmland tillhandahåller utomläns.

Notera att de landsting vars ersättning för distansbesök inomläns är noll kronor inte kan beräknas procentuellt. Totalt 7 av 13 landsting betalar mer än dubbelt så mycket för distanskontakter som sker utomläns jämfört med olistad inomlänspatient. Totalt 3 landsting (Östergötland, Halland och Jönköping) har en dyrare avgift för olistad patient distanskontakt som sker inomläns och där är det alltså fördelaktigt att kontakten sker utomläns med Jönköping eller Sörmland.

Sammanfattningsvis, om ersättningen för utomlänsbesök likställs med ett digitalt inomlänsbesök som görs av en olistad patient, skulle minskningen i den utbetalade ersättningen uppgå till cirka 192 206 310 kronor för läkarkontakter baserat på priser som gäller 2018.

Ersättningen för listad patient distanskontakt läkare gällde första halvåret 2019 och det är oklart om patientavgiften ingår. När jämförelsen görs med ersättningen för listad patient är det inget landsting som betalar mer för den listade patientens digitala inomlänsbesök jämfört med digital utomlänskontakt.

Sammanfattningsvis, om ersättningen för utomlänsbesök likställs med ett digitalt besök för en listad patient, skulle minskningen i den utbetalade ersättningen uppgå till cirka 257 985 550 kronor för läkar-kontakter baserat på priser som gällde 2018.

Tabell 5 Merkostnad för digitala utomlänsbesök till läkare jämfört med om de ersatts som digitala inomlänsbesök

Regioner som via en digital privat aktör betalar för könt vård i Jönköping eller Sörmland	Totalt antal digitala utomläns-kontakter	Total kostnad (kr)	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök (kr)	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (olistad)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olistad) (kr)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök (kr)	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (listad)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (listad) (kr)
Stockholm	218 849	142 251 850	56 900 740	150 %	85 351 110	56 900 740	150 %	85 351 110
Västra Götaland	84 418	54 871 700	21 104 500	160 %	33 767 200	–	–	54 871 700
Skåne	68 486	44 515 900	13 697 200	225 %	30 818 700	–	–	44 515 900
Uppsala	19 389	12 602 850	10 082 280	25 %	2 520 570	5 041 140	150 %	7 561 710
Östergötland	17 837	11 594 050	12 485 900	-7 %	-891 850	3 567 400	225 %	8 026 650
Jönköping	13 256	334 750	334 750	0	0	–	–	334 750
Värmland	12 302	7 996 300	6 151 000	30 %	1 845 300	–	–	7 996 300
Halland	12 343	8 022 950	8 022 950	0 %	0	2 468 600	225 %	5 554 350
Sörmland	10 259	5 976 100	0	0 %	5 976 100	2 051 800	191 %	3 924 300
Västmanland	9 098	5 913 700	5 458 800	8 %	454 900	1 000 780	491 %	4 912 920
Örebro	8 984	5 839 600	0	0 %	5 839 600	–	–	5 839 600
Dalarna	7 845	5 099 250	0	0 %	5 099 250	–	–	5 099 250
Gävleborg	7 482	4 863 300	1 496 400	225 %	3 366 900	1 496 400	225 %	3 366 900
Västernorrland	5 855	3 805 750	1 171 000	225 %	2 634 750	1 171 000	225 %	2 634 750
Kalmar	5 658	3 677 700	0	0 %	3 677 700	–	–	3 677 700
Västerbotten	5 618	3 651 700	0	0 %	3 651 700	–	–	3 651 700
Norrbottnen	5 523	3 589 950	0	0 %	3 589 950	1 104 600	225 %	2 485 350
Kronoberg	5 156	3 351 400	3 067 820	9 %	283 580	–	–	3 351 400
Blekinge	3 875	2 518 750	775 000	225 %	1 743 750	–	–	2 518 750
Jämtland Härjedalen	3 209	2 085 850	962 700	117 %	1 123 150	962 700	117 %	1 123 150
Gotland	2 083	1 353 950	0	0 %	1 353 950	166 640	713 %	1 187 310
Totalsumma	527 525	333 917 350	141 711 040	136 %	192 206 310	75 931 800	340 %	257 985 550

Beräkning av ersättning för psykologbesök

Jämförelsen görs för digitala psykologkontakter som ersattes som utomlänskontakter under 2018. Dessa beräkningar bygger på antaganden. Den av SKL rekommenderade utomlännersättningen för digitala vårdkontakter för psykologer på 600 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. SKL har ingen aktuell statistik för vilka avgifter de enskilda regionerna faktiskt tar. Ersättningen inklusive patientavgift för digitalt psykologbesök som görs av en olistad patient grundar sig därför på den ersättning som är beslutat i respektive region för ett läkarbesök på distans. Baserat på skillnaden i SKL:s rekommendationer för utomlänstdistansbesök för läkare respektive psykologer har sedan läkarersättningen justerats. Denna beräkning syftar till att ge en grov uppskattning av kostnaderna men behöver inte nödvändigtvis vara korrekt för varje region.

Nedan tabell avser summor som patientens hemlandsting blir fakturerade när patient har gjort ett digitalt utomlänbesök i Jönköping och Sörmland. Notera att de regioner som har en avgift om 0 kronor inte kan beräknas procentuellt. Eftersom beräkningen baserar sig på antaganden är det svårt att dra något annat än övergripande slutsatser. Det bör finnas ett antal regioner som betalar markant mer för distanskontakter utomlän än om samma vård hade getts distanskontakt inomlän. I uppskattningen nedan är det två regioner som betalar mindre (Östergötland och Halland) och en region (Jönköping) som har nästan samma nivå på ersättningen.

Volymerna för denna typ av besök är också beroende av vilket uppdrag som primärvården har när det gäller psykiatrisk vård och behandling. Redan i dag finns det ett flertal behandlingar som sker digitalt, bl.a. genom olika mobilapplikationer eller genom iKBT, och som erbjuds av specialistpsykiatrin. I ett tänkbart scenario kan bedömning och behandling för ett urval av diagnoser göras på primärvårdsenheterna, vilket kan innebära ett ökat uppdrag och ett större incitament för att utveckla digitala lösningar även inom den offentligt drivna primärvården.

- De minskade kostnaderna för landstingen, om ersättningen för digitalt utomlänbesök hos psykolog likställs med digitalt inomlänbesök till psykolog som görs av en olistad patient och om de antaganden som ställts är korrekta, uppgå till cirka 5 225 714 kronor för psykologkontakter baserat på priser som gäller 2018.

Vad gäller jämförelse med digitalt besök hos psykolog som görs av en listad patient görs återigen antagandet att ersättningen bör ligga i linje med ersättningen för samma typ av besök med läkare. Den antagna ersättningen för digitalt besök hos psykolog som görs av en listad patient gällde första halvåret 2019 och det är oklart om patientavgiften ingår. Eftersom beräkningen baserar sig på antaganden är det svårt att dra något annat än övergripande slutsatser.

- De minskade kostnaderna för landstingen, om ersättningen för digitalt utomlänbesök hos psykolog likställs med digitalt inomlänbesök till psykolog som görs av en listad patient uppgår till cirka 6 898 550 kronor baserat på ersättning som gällde 2018 (och första halvåret 2019).

Tabell 6 Merkostnad för digitala utomlänsbesök till psykolog jämfört med om de ersatts som inomlänsbesök

Regioner som via en digital privat aktör betalar för köpt vård i Jönköping eller Sörmland	Totalt antal digitala utomläns-kontakter	Total kostnad	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (olista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olista)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (olista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olista)
Stockholm	5 597	3 358 200	1 343 280	150 %	2 014 920	1 455 220	131 %	1 902 980
Västra Götaland	2 426	1 455 600	559 846	160 %	895 754	0		1 455 600
Skåne	1 919	1 151 400	354 277	225 %	797 123	0		1 151 400
Uppsala	759	455 400	364 320	25 %	91 080	197 340	131 %	258 060
Östergötland	590	354 000	381 231	-7 %	-27 231	118 000	200 %	236 000
Jönköping	555	13 800	13 800		0	0		13 800
Värmland	385	231 000	177 692	30 %	53 308	0		231 000
Halland	294	176 400	176 400	0 %	0	58 800	200 %	117 600
Sörmland	324	170 400	0		170 400	64 800	163 %	105 600
Västmanland	299	179 400	165 600	8 %	13 800	32 890	445 %	146 510
Örebro	310	186 000	0		186 000	0		186 000
Dalarna	264	158 400	0		158 400	0		158 400
Gävleborg	347	208 200	64 062	225 %	144 139	69 400	200 %	138 800
Västernorrland	247	148 200	45 600	225 %	102 600	49 400	200 %	98 800
Kalmar	269	161 400	0		161 400	0		161 400
Västerbotten	250	150 000	0		150 000	0		150 000
Norrbottnen	268	160 800	0		160 800	53 600	200 %	107 200
Kronoberg	208	124 800	114 240	9 %	10 560	0		124 800
Blekinge	118	70 800	21 785	225 %	49 015	0		70 800
Jämtland Härjedalen	132	79 200	36 554	117 %	42 646	39 600	100 %	39 600
Gotland	85	51 000	0		51 000	6 800	650 %	44 200
Totalsumma	15 646	9 044 400	3 818 686	137 %	5 225 714	2 145 650	321 %	6 898 550

Beräkning av ersättning för övriga besök

En övrig kontakt har enligt underlaget utförts av en barnmorska, sjukgymnast, sjuksköterska, kurator, fotvårdsspecialist eller psykoterapeut. Dataunderlaget för Region Jönköping och Region Sörmland avser antal övriga distanskontakter utomläns 2018.

Dessa tabeller bygger på antaganden. Den av SKL rekommenderade utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter för övriga besök på 300 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. SKL har ingen aktuell statistik för vilka avgifter de enskilda regionerna faktiskt tar. Uppskattningen av ersättningen för annan inomlänsbesök till dessa professioner grundar sig därför på den ersättningen som är beslutat i respektive region för en läkare. Baserat på skillnaden i SKL:s rekommendationer för utomlänsdistansbesök för läkare respektive övriga besök har sedan läkarersättningen justerats. Denna beräkning syftar till att ge en grov uppskattning av kostnaderna men behöver inte nödvändigtvis vara korrekt för varje region.

Nedan tabell avser kontakter som privata digitala aktörer med bas i Jönköping och Sörmland tillhandahåller. Notera att de regioner som har en avgift om 0 kronor inte kan beräknas procentuellt. Eftersom beräkningen baserar sig på antaganden är det svårt att dra något annat än övergripande slutsatser. Det bör finnas ett antal regioner som betalar markant mer för distanskontakter utomläns än om samma vård hade getts distanskontakt inomläns. I uppskattningen nedan är det tre regioner (Östergötland, Jönköping och Halland) som betalar mindre.

- Minskning i utbetalad ersättning till utförare, om ersättningen för utomlänsbesök likställs med digitalt inomlänsbesök till annan profession, som görs av olistad patient och om de antaganden som ställts är korrekta, uppgår till cirka 9 923 700 kronor för övriga kontakter baserat på priser som gäller 2018.

Den av SKL rekommenderade utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter för övriga yrkeskategorier på 300 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. Ett antagande görs att ersättningen för egenlistad patient distanskontakt för övriga yrkeskategorier bör ligga i linje med ersättningen för samma typ av besök med en läkare. Den

antagna ersättningen för listad patient digital inomlänskontakt övriga yrkeskategorier gällde första halvåret 2019 och det är oklart om patientavgiften ingår.

- Minskning i kostnad om ersättningen för utomlänsbesök likställs med ett digitalt inomlänsbesök för listad patient, uppgår till cirka 10 225 790 kronor för kontakter med övriga yrkeskategorier baserat på priser som gäller 2018 (och första halvåret 2019).

Tabell 7 Merkostnad för digitala utomlänsbesök övriga professioner jämfört med om de ersatts som inomlänsbesök

Regioner som via en digital privat aktör betalar för köpt vård i Jönköping eller Sörmland	Totalt antal digitala utomläns-kontakter	Total kostnad	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hemlandstinget (olistad)	Merkostnad för hemlandstinget i kronor (olistad)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hemlandstinget (listad)	Merkostnad för hemlandstinget i kronor (listad)
Stockholm	19 661	5 898 300	2 359 320	150 %	3 538 980	5 111 860	15 %	786 440
Västra Götaland	10 102	3 030 600	1 165 615	160 %	1 864 985	0	0	3 030 600
Skåne	10 217	3 065 100	943 108	225 %	2 121 992	0	0	3 065 100
Uppsala	3 623	1 086 900	869 520	25 %	217 380	941 980	15 %	144 920
Östergötland	2 395	718 500	773 769	-7 %	-55 269	479 000	50 %	239 500
Jönköping	2 240	346 800	672 000		-325 200	0	0	346 800
Värmland	1 477	443 100	340 846	30 %	102 253	0	0	443 100
Halland	1 185	355 500	355 500	0 %	0	237 000	50 %	118 500
Sörmland	1 999	100 500	0		100 500	399 800	-75 %	-299 300
Västmanland	1 411	423 300	390 739	8 %	32 562	155 210	173 %	268 090
Örebro	1 472	441 600	0		441 600	0	0	441 600
Dalarna	1 209	362 700	0		362 700	0	0	362 700
Gävleborg	1 318	395 400	121 662	225 %	273 739	263 600	50 %	131 800
Västernorrland	1 000	300 000	92 308	225 %	207 692	200 000	50 %	100 000
Kalmar	846	253 800	0		253 800	0	0	253 800
Västerbotten	882	264 600	0		264 600	0	0	264 600
Norrbottnen	798	239 400	0		239 400	159 600	50 %	79 800
Kronoberg	774	232 200	212 552	9 %	19 648	0	0	232 200
Blekinge	541	162 300	49 939	225 %	112 362	0	0	162 300
Jämtland Härjedalen	479	143 700	66 323	117 %	77 377	143 700	0 %	0
Gotland	242	72 600	0		72 600	19 360	275 %	53 240
Totalsumma	63 871	18 336 900	8 413 200	118 %	9 923 700	8 111 110	126 %	10 225 790

Kostnad för ökning av besök vid minskad patientavgift

Tillvägagångssättet för att beräkna detta har beskrivits i kapitel 19. Här redovisas vilka patientavgifter och besöksersättningar vi har räknat med.

Patientavgift för läkarbesök i primärvården 2019 kommer från SKL (2019c). Patientavgift för övriga besök kommer från 1177 Vårdguidens sida för respektive landsting. Uppgift för Gotland saknades vilket medför att de saknas i beräkningen.

Landstingens ersättning per besök till läkare i primärvården kommer från SKL:s siffror för 2017. Utredningen har inte haft tillgång till ersättning för andra yrkesgrupper och har därför utgått från samma besöksersättning för andra yrkesgrupper.

Utredningen utgår ifrån att utförarna fortsatt får samma ersättning totalt (från huvudman och patient) och att landstingens kostnad därmed går upp per besök om patientavgiften innebär en sänkning. Detta beräknas nedan.

Tabell 8 Patientavgift och besöksersättning från landsting

Landsting	Patientavgift		Patientavgift 100 kr jämfört med dagens avgift		Landstingets ersättning till utförare (exkl. patientavgift)
	Läkarbesök primärvård 2019	Annat besök primärvård 2019	Läkarbesök (listad)	Annat besök (listad)	
Blekinge	150	100	Minskning	Oförändrat	150
Dalarna	200	150	Minskning	Minskning	100
Gotland	200	200	Minskning	N/a	80
Gävleborg	200	200	Minskning	Minskning	200
Halland	200	100	Minskning	Oförändrat	150
Jämtland Härjedalen	300	300	Minskning	Minskning	300
Jönköping	250	250	Minskning	Minskning	150
Kalmar	200	200	Minskning	Minskning	0
Kronoberg	150	100	Minskning	Oförändrat	0
Norrbottnen	200	200	Minskning	Minskning	200
Skåne	200	0	Minskning	Ökning	0
Stockholm	200	100	Minskning	Oförändrat	250
Sörmland	0	0	Ökning	Ökning	200
Uppsala	150	150	Minskning	Minskning	313
Värmland	200	200	Minskning	Minskning	0
Västerbotten	200	200	Minskning	Minskning	200
Västernorrland	200	200	Minskning	Minskning	N/A
Västmanland	140	140	Minskning	Minskning	110
Västra Götaland	100	50	Oförändrat	Ökning	N/A
Örebro	150	100	Minskning	Oförändrat	114,8
Östergötland	200	200	Minskning	Minskning	200

Tabell 1a Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalsystem 2019, Halland, Blekinge, Sörmland, Norrbotten, Stockholm, Jönköping och Västra Götaland

Specifik frågeställning	Sammanfattning*						Västra Götaland
	Halland	Blekinge	Sörmland	Norrbotten	Stockholm	Jönköping	
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis
Kapiterings andel av total ersättning	90 %	90 %	59 %	66 %	61 %	i.u.	80 %
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	Ålder och kön	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder	Nej	Ålder och kön
Läkemedelsersättning	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Målbaserad ersättning	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Viten vid uppnådda mål	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Glesbygdstillägg	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Grundläggande krav på god vård i FFU	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att följa vårdgarantin	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Specifik frågeställning	Sammanfattning*	Halland	Blekinge	Sörmland	Norrhotten	Stockholm	Jönköping	Västra Götaland
Krav på öppettider	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Specifika krav på öppettider (klockslag)	11 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Konkreta mål avs. tillgänglig vård	13 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Krav på fast vårdkontakt	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål på kontinuitet i patientmötet	8 av 21**	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Krav på samverkan	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att använda SIP	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på legitimering och/eller kompetens	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fler yrkeskategorier än läkare och ssk	17 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Konkreta mål avs. jämlik vård	9 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Konkreta krav/mål avs. individanpassad vård	12 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Konkreta krav/mål avs. effektiv vård	14 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Konkreta mål avs. säker vård	9 av 21	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Krav på vissa journal- eller it-system	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej

*Sammanfattningen omfattar samtliga landsting och anger antalet landsting som svarat "ja", om inget annat anges.

**Varav 3 landsting med konkreta målvärden.

Tabell 1b Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Dalarna, Gävleborg, Jämtland-Härjedalen, Kalmar, Kronoberg, Skåne och Uppsala

Specifik frågeställning	Sammanfattning*		Dalarna		Gävleborg		Jämtland Härjedalen		Kalmar		Kronoberg		Skåne		Uppsala		
	Månadsvis	71 %	Månadsvis	i.u.	Månadsvis	Ålder	Månadsvis	Ålder	Månadsvis	i.u.	Månadsvis	Ålder	Månadsvis	i.u.	Månadsvis	Ålder	
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?																	
Kapiteringens andel av total ersättning																	
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	17 av 21	Nej	Ålder	Ja	Ålder	Ja	Nej	Ålder	Nej	Ja	Nej	Ålder	Nej	Ja	Nej	Ålder	Ja
Läkemedelsersättning	14 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	13 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	10 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Målbaserad ersättning	14 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Viten vid ouppnådda mål	6 av 21	Nej	Nej***	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Glesbygdstillägg	13 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	7 av 21	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	nej	nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	17 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Grundläggande krav på god vård i FFU	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att följa vårdgarantin	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Specifik frågeställning	Sammanfattning*	Dalarna	Gävleborg	Jämtland Härjedalen	Kalmar	Kronoberg	Skåne	Uppsala
Krav på öppettider	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har regionen specifika krav på öppettider (klockslag)?	11 av 21	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Konkreta mål avs. tillgänglig vård	13 av 21	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fast vårdkontakt	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Konkreta krav/mål på kontinuitet i patientmötet	8 av 21**	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Krav på samverkan	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att använda SIP	19 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på legitimering och/eller kompetens	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fler yrkeskategorier än läkare och ssk	17 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Konkreta mål avs. jämlik vård	9 av 21	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. individanpassad vård	12 av 21	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
Finns konkreta krav/mål avseende effektiv vård?	14 av 21	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Konkreta mål avs. säker vård	9 av 21	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Krav på vissa journal- eller it-system	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*Sammanfattningen omfattar samtliga landsting och anger antalet landsting som svarat "ja", om inget annat anges.

**Varav 3 landsting med konkreta målvärden.

***Viten vid oacceptabel lägstnivå.

Tabell 1c Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Västergötland, Örebro, Gotland och Östergötland

Specifik frågeställning	Sammanfattning*									
	Värmland	Västerbotten	Väster-norrland	Västmanland	Örebro	Gotland	Östergötland			
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?	i.u.	Månadsvis	Månadsvis	i.u.	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis			
Kapiterings andel av total ersättning	i.u.	ca 87 %	84 %	80 %	i.u.	i.u.	i.u.			
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	17 av 21	Ålder och kön	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder**		
Läkemedelsersättning	14 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja		
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	13 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja		
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja		
Ersättning efter täckningsgrad	10 av 21	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej		
Målbaserad ersättning	14 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		
Viten vid ouppnådda mål	6 av 21	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej		
Glesbygdstillägg	13 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej		
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	7 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej		
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	18 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja		
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	17 av 21	Ja	Ja	Ja	VC kan an-söka om stöd	Ja	Ja	Ja		
Grundläggande krav på god vård i FFU	19 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		
Krav på att följa vårdgarantin	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		

Specifik frågeställning	Sammanfattning*	Värmland	Västerbotten	Väster-norrland	Västmanland	Örebro	Gotland	Östergötland
Krav på öppettider	20 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har regionen specifika krav på öppettider (klockslag)?	11 av 21	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Konkreta mål avs. tillgänglig vård	13 av 21	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fast vårdkontakt	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål på kontinuitet i patientmötet	8 av 21**	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Krav på samverkan	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att använda SIP	19 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på legitimering och/eller kompetens	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fler yrkeskategorier än läkare och ssk	17 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta mål avs. jämlik vård	9 av 21	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Konkreta krav/mål avs. individanpassad vård	12 av 21	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. effektiv vård	14 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Konkreta krav/mål avs. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Konkreta mål avs. säker vård	9 av 21	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Krav på vissa journal- eller it-system	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*Sammanfattningen omfattar samtliga landsting och anger antalet landsting som svarat "ja", om inget annat anges.

**Varav 3 landsting med konkreta målvärden.

Statens offentliga utredningar 2019

Kronologisk förteckning

1. Santiagokonventionen mot organhandel. S.
2. Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. S.
3. Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. A.
4. Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. U.
5. Tid för trygghet. A.
6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. U.
7. Skogsbränderna sommaren 2018. Ju.
8. Kamerabevakning i kollektivtrafiken – ett enklare förfarande. Ju.
9. Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplanläggning. N.
10. Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. Fi.
11. Biojet för flyget. M.
12. Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. Fi.
13. Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. Fi.
14. Ett säkert statligt ID-kort – med e-legitimation. Ju.
15. Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. S.
16. Ny kärntekniklag – med förtydligat ansvar. M.
17. Bebyggelse- och transportplanering för hållbar stadsutveckling. N.
18. För flerspråkighet, kunskapsutveckling och inkludering. Modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. U.
19. Belastningsregisterkontroll i arbetslivet – behovet av utökat författningsstöd. A.
20. Stärkt kompetens i vård och omsorg. S.
21. Effektivt investeringsfrämjande för hela Sverige. UD.
22. Sveriges miljöövervakning – dess uppgift och organisation för en god miljöförvaltning. M.
23. Styrkraft i funktionshinderspolitiken. S.
24. Stärkt integritet i idrottens antidopningsarbete. Ku.
25. Genomförande av ändringar i utstationeringsdirektivet. A.
26. Organbevarande behandling för donation. S.
27. Rasistiska symboler. Praxisgenomgång och analys. Ju.
28. Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. S.
29. God och nära vård. Vård i samverkan. S.
30. Moderna tillståndprocesser för elnät. I.
31. F-skattesystemet – en översyn. Fi.
32. Straffrättsligt skydd för barn som bevittnar brott mellan närstående samt mot uppmaning och annan psykisk påverkan att begå självmord. Ju.
33. Ökad statlig närvaro i Härnösand. Fi.
34. Förbättrat skydd för totalförsvaret. Fö.
35. Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället.
+ Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället. Vägledning för handläggare. Ku.
36. Skattelättnad för arbetsresor. En avståndsbasead och färdmedelsneutral skattereduktion för längre arbetsresor. Fi.
37. Kontroller vid högskoleprovet – ett lagförslag om åtgärder mot fusk. U.

38. Stora brottmål
– nya processrättsliga verktyg. Ju.
39. En moderniserad radio- och tv-lag
– genomförande av ändringar i AV-
direktivet. Ku.
40. Jämlikhet i möjligheter
och utfall i den svenska skolan. Fi.
41. Företagare i de sociala trygghets-
systemen. N.
42. Digifysiskt vårdval. Tillgänglig
primärvård baserad på behov
och kontinuitet. S.

Statens offentliga utredningar 2019

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Effektivt, tydligt och träffsäkert
 - det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. [3]
- Tid för trygghet. [5]
- Belastningsregisterkontroll i arbetslivet
 - behovet av utökad författningsstöd. [19]
- Genomförande av ändringar i utstationeringsdirektivet. [25]

Finansdepartementet

- Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. [10]
- Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. [12]
- Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. [13]
- F-skattesystemet – en översyn. [31]
- Ökad statlig närvaro i Härnösand. [33]
- Skattelättnad för arbetsresor.
 - En avståndsbasead och färdmedelsneutral skattereduktion för längre arbetsresor. [36]
- Jämlikhet i möjligheter och utfall i den svenska skolan. [40]

Försvarsdepartementet

- Förbättrat skydd för totalförsvaret. [34]

Infrastrukturdepartementet

- Moderna tillståndsprocesser för elnät. [30]

Justitiedepartementet

- Skogsbränderna sommaren 2018. [7]
- Kamerabevakning i kollektivtrafiken
 - ett enklare förfarande. [8]
- Ett säkert statligt ID-kort
 - med e-legitimation. [14]

- Rasistiska symboler. Praxisgenomgång och analys. [27]

- Straffrättsligt skydd för barn som bevittnar brott mellan närstående samt mot uppmaning och annan psykisk påverkan att begå självmord. [32]

- Stora brottmål
 - nya processrättsliga verktyg. [38]

Kulturdepartementet

- Stärkt integritet i idrottens antidopningsarbete. [24]
- Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället.
 - + Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället. Vägledning för handläggare. [35]
- En moderniserad radio- och tv-lag
 - genomförande av ändringar i AV-direktivet. [39]

Miljö- och energidepartementet

- Biojet för flyget. [11]
- Ny kärntekniklag
 - med förtydligt ansvar. [16]
- Sveriges miljöövervakning
 - dess uppgift och organisation för en god miljöförvaltning. [22]

Näringsdepartementet

- Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplanläggning. [9]
- Bebyggelse- och transportplanering för hållbar stadsutveckling. [17]
- Företagare i de sociala trygghetssystemen. [41]

Socialdepartementet

- Santiagokonventionen mot organhandel. [1]

Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. [2]

Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. [15]

Stärkt kompetens i vård och omsorg. [20]

Styrkraft i funktionshinderspolitiken. [23]

Organbevarande behandling för donation. [26]

Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. [28]

God och nära vård. Vård i samverkan. [29]

Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. [42]

Utbildningsdepartementet

Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. [4]

En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. [6]

För flerspråkighet, kunskapsutveckling och inkludering. Modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. [18]

Kontroller vid högskoleprovet – ett lagförslag om åtgärder mot fusk. [37]

Utrikesdepartementet

Effektivt investeringsfrämjande för hela Sverige. [21]

16

Remissvar - Saneringsplan för
åtgärder efter kärnteknisk
olycka

19RS9749

Tjänsteställe, handläggare
Sjukhusfysik, Eva Norrman

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS9749

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss om saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisat svar som Region Örebro läns svar till Länsstyrelsen i Örebro.

Sammanfattning

Länsstyrelsen ansvarar för räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från kärnteknisk anläggning.

Ärendet handlar om Länsstyrelsen i Örebro plan för hur saneringsarbetet ska organiseras vid nedfall från en eventuell kärnteknisk olycka. Dokumentet tar upp ansvarsförhållanden samt samverkan mellan olika myndigheter. Dessutom övergripande principer för sanering, stråldosmätning, kommunikation samt utbildning. Region Örebro län (regionen) ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor och utför personsanering samt behandlar drabbade personer. Dessutom bistår regionen vid behov med strålningsfysikalisk expertis från avdelningen för Sjukhusfysik. Sjukhusfysiker ger också utbildning i grundläggande strålningsfysik till berörd personal på Länsstyrelsen i Örebro.

Bedömning

Region Örebro län anser att innehållet i dokumentet är relevant och beskriver det som avses. Bekräftar att strålskyddsexpertis inom Region Örebro län kan vara det stöd som anges i dokumentet.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Syftet med saneringsplanen är att säkerställa att samhällets samlade resurser kommer till effektiv användning för att skydda allmänheten mot strålning i händelse av ett radioaktivt utsläpp.

Tjänsteställe, handläggare
Sjukhusfysik, Eva Norrman

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS9749

Ekonomiska konsekvenser

Bibehålla kompetens hos personal inom sjukvården.

Underhåll och vid behov nyinköp av mätinstrument.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020.

Förslag till svar.

Remissen.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Länsstyrelsen i Örebro

Tjänsteställe, handläggare
Sjukhusfyrik, Eva Norrman

Sammanträdesdatum
2020-01-22

Beteckning
Dnr: 19RS9749

Er beteckning

Länsstyrelsen Örebro län
Stortorget 22
70186 Örebro

Svar på remiss om saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka

Region Örebro län anser att innehållet i dokumentet är relevant och beskriver det som avses. Bekräftar att strålskyddsexpertis inom Region Örebro län kan vara det stöd som anges i dokumentet.

Nedan med rött finns några kommentarer och förslag på förtydliganden i avsnitt:

1. Allmänt

Femte stycket: Länsstyrelsen ansvarar för räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen och för sanering efter sådana utsläpp. **Meningen bör kompletteras med att det gäller utsläpp vid kärnteknisk anläggning. För att tydliggöra att det inte gäller övrig eller brottslig verksamhet, till exempel smutsig bomb.**

3. Ansvar

Landstinget nämns vid några tillfällen. **Kan möjligen ersättas med sjukvården inom Region Örebro län.**

4. Strålningsmätning

Gammastationer

indikerar förhöjda stråldoser som behöver undersökas vidare. **Ersätt stråldos med strålningsnivåer alternativt doshastigheter.**

8. Sanering

Saneringspersonal

Den personal som genomför saneringen kan komma att utsättas för ökade doser.

Ersätt doser med stråldoser.

9. Utbildning och övning

I SRV:s (numera Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) handbok finns information om vilka regler som gäller kring strålskydd, verksamhetsutövarens skyldigheter, arbetstagarens skyldigheter samt dosgränser för personer i verksamhet med joniserade strålning.

Det bör säkerställas att den är uppdaterad med gränsvärden som överensstämmer med strålskyddslagstiftningen som infördes 2018.

För Region Örebro län

Karin Sundin

Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande

Jonas Claesson

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Från: [Sjöholm Marcus](#)
Ärende: Remiss- Saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka Diarienumr: 452- 6940-2019
Datum: den 27 november 2019 13:13:41
Bilagor: [image001.png](#)
[Remiss- Saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka\(6940-2019-2\).pdf](#)

Hej,

Här kommer en remiss på *Saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka*.

Synpunkter på remissen lämnas via e-post till undertecknad på Länsstyrelsen i Örebro län.
Skriv i ämnesraden: Remiss- *Saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka* Diarienumr: 452-6940-2019

Marcus Sjöholm

Bitr. Beredskapsdirektör
Handläggare krisberedskap
Telefon: 010-224 82 63
marcus.sjoholm@lansstyrelsen.se

Länsstyrelsen i Örebro län

Stortorget 22, 701 86 Örebro
Växel: 010-224 80 00
www.lansstyrelsen.se/orebro
<https://twitter.com/lstorebro>



Saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka



Länsstyrelsen
Örebro län

Tillsammans för ett hållbart och levande län

Länsstyrelsen har regeringens uppdrag att främja en hållbar utveckling och göra verklighet av nationella mål utifrån länets förutsättningar. Med bred och djup kunskap arbetar vi nära verksamheter, människor och natur och gör avvägningar mellan olika intressen.

EMISS

Titel: Saneringsplan för åtgärder efter kärnteknisk olycka

Utgivare: Länsstyrelsen i Örebro län

Diarienummer: 452- 6940-2019

Publikationsnummer: 2019:16

Bilder: Mostphotos

Innehåll

1. Allmänt.....	9
Syfte	9
Länsstyrelsens ansvar	9
2. Organisation och ledning	11
Saneringsledaren.....	12
3. Ansvar.....	12
4. Samband.....	13
5. Strålningsmätning	13
Tillgängliga mätresurser	15
6. Information till allmänheten	16
Ansvarig och personal.....	16
Samordning	16
Särskilda grupper.....	16
Övrigt.....	17
7. Personella och materiella resurser.....	17
8. Sanering	18
Avklingning och självsanering	18
Avskärmning, inkapsling eller stabilisering	18
Dekontaminering, bortforsling eller lämpning	18
Prioritering	19
Underlag för prioritering	19
Saneringspersonal	21
Kontaminerat material	21
9. Utbildning och övning.....	21
Utbildning före händelse	21
Utbildning efter händelse	22
Utbildare	22
Övning	22
10. Lagar och regler.....	22
Bilaga 1: Ansvar och befogenheter för samverkande myndigheter ..	23
Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM).....	23
Jordbruksverket (SJV).....	23
Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut (SMHI)	23
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)	23
Livsmedelsverk (SLV)	24
Socialstyrelsen (SoS).....	24

Försvarmakten	24
Polisen	24
Länsstyrelsen.....	25
Länsstyrelserna i kärnkraftslänen.....	25
Region Örebro län.....	25
Kommunen	25
Lantbrukarnas riksförbund (LRF)	26
Tullen.....	26
SOS Alarm.....	26
Arbetsmiljöverket (AV)	26
Kustbevakningen	26
Sjöfartsverket.....	26
Beredskapslaboratorium	26
EU:s gemensamhetsmekanism.....	26
Nordiska Kärnförsäkringspolen (NNI).....	27
Nationella expertgruppen för sanering (NESA).....	27
Internationella Atomic Energy Agency (IAEA)	27
Regeringen	27
Frivilliga organisationer	27

1. Allmänt

Hur saneringen efter kärnteknisk olycka ska planläggas och genomföras föreskrivs i ”Statens räddningsverks allmänna råd och kommentarer om länsstyrelsernas beredskap för sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning”.

Utöver saneringsplanen för Örebro län finns en generell handbok (handbok december 2007) för sanering av radioaktiva ämnen från Statens räddningsverk (SRV) utarbetad i samarbete med Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) och Jordbruksverket (SJV). MSB avser att revidera handboken under 2020. I saneringsplanen hänvisas mycket till denna handbok.

Vid planering av saneringsåtgärder ska stor vikt fästas vid inventering och dokumentation av regionala förhållanden inklusive tillgången till saneringsresurser. Regionala förhållanden av betydelse kan vara markanvändning, befolkningstäthet, boendeformer, kommunikationen, vattentäkter m.m.

Örebro län har ingen kärnkraftsanläggning. Däremot finns det radioaktiva och nukleära ämnen som dels transporteras genom länet, dels används i viss verksamhet inom industri, samt vid Universitetssjukhuset i Örebro. Transporter av dessa ämnen sker också till och från Örebro flygplats. Riskerna för att olyckor som medför att okontrollerade utsläpp ska ske är små och för eventuell sanering i dessa fall ansvarar verksamhetsutövaren.

Länsstyrelsen ansvarar för räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen och för sanering efter sådana utsläpp. Mätpunkterna i länet kontrolleras regelbundet.

Om ett kärnkraftshaveri sker i Sverige eller i Sveriges närhet kommer det att bli en världshändelse. God samverkan med centrala myndigheter är av stor betydelse.

Riskbilden finns närmare beskriven i Regionala risk- och sårbarhetsanalysen (RSA).

Syfte

”Saneringsplan vid kärnteknisk olycka” syftar till att säkerställa att samhällets samlade resurser kommer till effektiv användning för att skydda allmänheten mot strålning i händelse av ett radioaktivt utsläpp. Planen anger hur saneringsarbetet ska organiseras och vilka metoder som bör användas. Riktlinjer för informationsverksamheten ingår i planen. Planen beskriver även regionala förhållanden samt olika utbildningar som sker inför och vid en händelse.

Länsstyrelsens ansvar

Enligt lagen om skydd mot olyckor avser sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning, sådana åtgärder som staten ska vidta för att göra det möjligt att åter använda mark, vatten, anläggningar och annan

egendom som förorenats genom utsläppet. Med *kärnteknisk anläggning* avses enligt 2 § lagen (1984:3) om kärnteknisk verksamhet:

- anläggning för utvinning av kärnenergi (kärnkraftsreaktor)
- annan anläggning i vilken en självunderhållande kärnreaktion kan ske, såsom forskningsreaktor
- anläggning för utvinning, framställning, hantering, bearbetning, förvaring som avses bli bestående (slutförvaring) eller annan förvaring (lagring) av kärnämne
- anläggning för hantering, bearbetning, lagring eller slutförvaring av kärnavfall.

Kärnladdningar och s.k. smutsiga bomber, dvs. konventionella sprängladdningar som används för att sprida ett radioaktivt ämne, är inte kärntekniska anläggningar. Däremot hör kärnenergidrivna satelliter och ubåtar till de kärntekniska anläggningarna.

Vid andra olyckor med radioaktiva ämnen, exempelvis i samband med transport av radioaktiva ämnen, är verksamhetsutövaren ansvarig för en eventuell sanering. Regeringen kan föreskriva eller särskilt besluta att en statlig myndighet ska ansvara för sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen även i andra fall än efter en kärnteknisk olycka.

Staten är skyldig att vidta saneringsåtgärder endast i den utsträckning detta är motiverat med hänsyn till:

- följderna av utsläppet,
- det hotade intressets vikt,
- kostnaderna för insatsen, och
- omständigheterna i övrigt

Ett exempel på *följderna av utsläppet* är risk för oacceptabel stråldos. Sänkt produktivitet i samhällsviktiga funktioner är ett exempel på *det hotade intressets vikt*. Bland *kostnaderna för insatsen* kan nämnas kostnaden för utrustning, personal och utbildning i samband med saneringsåtgärden. Stråldos till saneringspersonal och psykosociala effekter är exempel på *övriga omständigheter* som påverkar bedömningen.

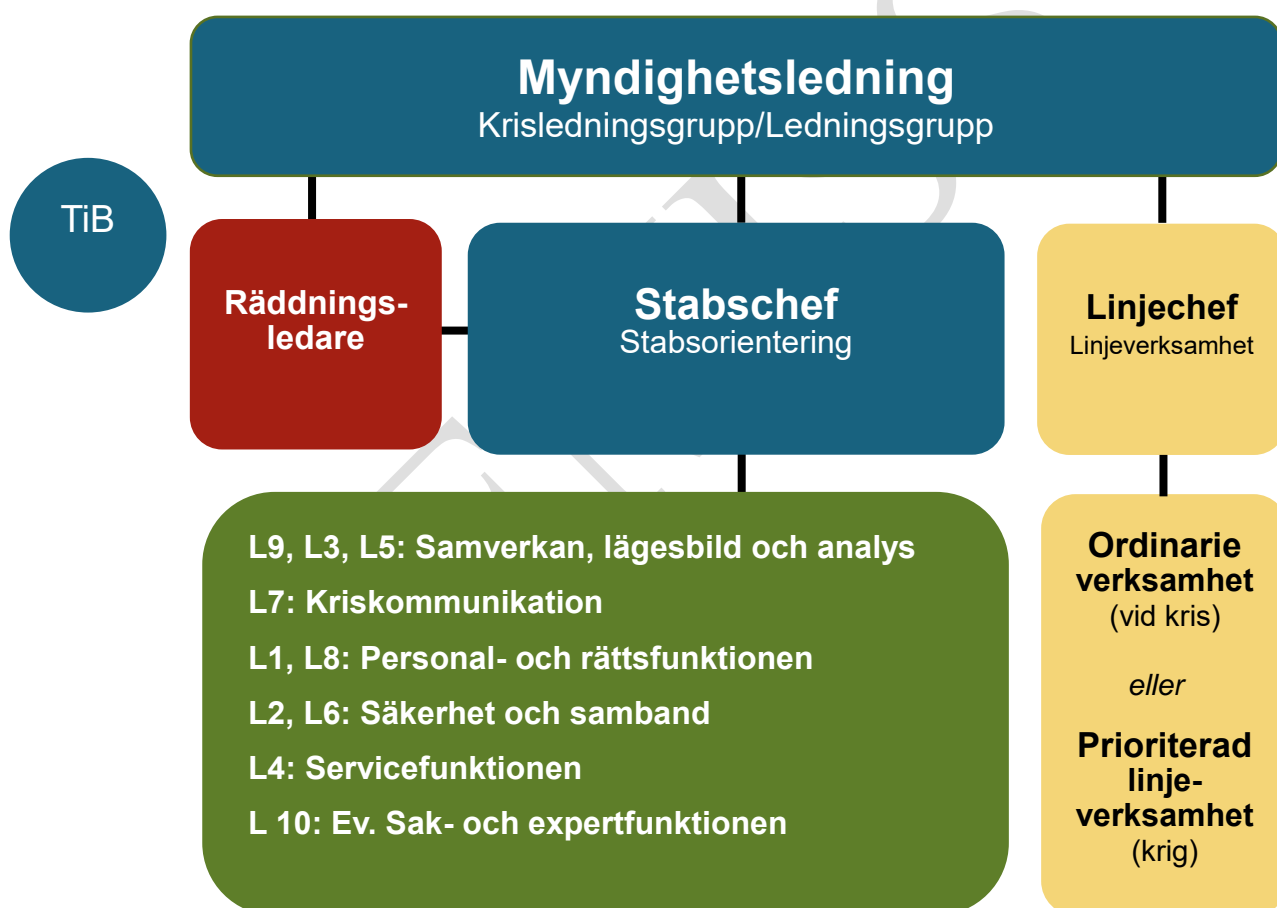
Länsstyrelsen ansvarar för den statliga saneringen efter utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning. Syftet med lagen om skydd mot olyckor är inte att befria den enskilde från ansvar och kostnader för ingripanden och i stället föra över ansvar och kostnader till samhället. Lagen syftar till att samhället ska hålla en organisation som kan gripa in när den enskilde inte själv eller med hjälp av någon annan kan bemästra en saneringssituation. Samhället ska ingripa när det framstår som rimligt att svara för de åtgärder som behövs för att avvärja eller begränsa skada. Det är mot denna bakgrund som det anges under vilka förutsättningar skyldigheten att sanera föreligger. Var och en av dessa förutsättningar måste föreligga för att staten ska vara skyldig att sanera.

Efter regeringsbeslut kan en länsstyrelse få ta över ansvaret för saneringen i flera län eller någon annan statlig myndighet ta över ansvaret i ett eller flera län.

2. Organisation och ledning

Organisationen grundas på Länsstyrelsens krishanteringsorganisation. Sanering kan komma att ta lång tid, i vissa fall upp till flera år. För att länsstyrelsen samtidigt ska kunna utföra sina ordinarie arbetsuppgifter ska saneringsorganisationen vara anpassad till länsstyrelsens ordinarie organisation och normala arbetssätt. Detta förutsätter att det är möjligt att under en längre tid kunna omprioritera från normal verksamhet till saneringsuppgifter. Saneringen kan ses som en ny verksamhet som kan komma att pågå under avsevärd tid.

Saneringsorganisationen ska i så stor utsträckning som möjligt utgöras av personal som normalt arbetar med beredskaps-, miljö-, kommunikations-, lantbruks- och livsmedelsfrågor men kan behöva utökas med annan länsstyrelsepersonal eller sakkunniga/expert från andra organisationer.



Saneringsledaren

Länsrådet utser tjänstemän inom länsstyrelsen som ska kunna verka som saneringsledare. Saneringsledare bör:

- ha god regional kännedom,
- ha grundläggande kunskap om joniserande strålning,
- känna till olika saneringsmetoders för- och nackdelar samt inbördes beroende, samt
- ha god kunskap om berörda aktörer och deras uppgifter.

Saneringsledaren ska påbörja förberedelserna för en eventuell sanering så snart som länsstyrelsen får vetskap om att en händelse inträffat. Saneringsledaren bör därför inte vara samma person som leder eventuellt räddningsarbete. För att upprätthålla beredskapen bör saneringsledaren ansvara för att programmet för sanering uppdateras och finns tillgängligt samt samverka med andra län, myndigheter och organisationer. Vid sanering har saneringsledaren det strategiska ansvaret. Det innebär bland annat att saneringsledaren ska:

- fatta strategiska beslut inom den ram som länsledningen ger samt följa upp hur besluten genomförs,
- ansvara för planeringen och genomförandet av saneringsåtgärderna samt uppföljning av åtgärdernas effekt,
- initiera utbildning för berörd personal,
- förbereda informationsåtgärder i samverkan med informationsavdelningen, och
- se till att länsledningen hålls underrättad om hur verksamheten fortskrider,
- samverka med den nationella expertgruppen för sanering,
- samverka med berörda län, andra myndigheter och organisationer.

3. Ansvar

Vid en sanering efter en kärnteknisk olycka är en av länsstyrelsens uppgifter att samverka och samordna andra myndigheter och organisationer.

I bilaga 1 till saneringsplanen framgår vilka befogenheter samverkande myndigheter och organisationer har.

Möjliga samverkansparter är bland annat:

- Strålsäkerhetsmyndigheten
- Jordbruksverk
- Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
- Livsmedelsverk
- Socialstyrelsen
- Försvarsmakten
- Polisen (Region Bergslagen)

- Länsstyrelsen i angränsande län
- Länsstyrelserna i kärnkraftslänen
- Landstinget
- Kommunerna (Räddningstjänst, VA, vägunderhåll, barnsomsorg, skola mm)
- Lantbrukarnas riksförbund
- Tullen
- SOS Alarm
- Arbetsmiljöverket
- Kustbevakningen
- Sjöfartsverket
- Beredskapslaboratorium
- EU:s gemensamhetsmekanism
- Nordiska Kärnförsäkringspolen (NNI)
- Nationella expertgruppen för sanering (NESA)
- Internationella Atomic Energy Agency (IAEA)
- Regeringen
- Frivilliga organisationer

4. Samband

Ordinarie sambandsmedel såsom telefon, telefax, e-post och Rakel kommer att användas.

Sambandsuppgifter finns i Länsstyrelsens krishanteringsplan.

5. Strålningsmätning

Det kräver avancerad teknisk utrustning och utbildad personal för att genomföra strålningsmätning av kärntekniska olyckor. I Sverige finns ett antal olika system för att både upptäcka förhöjda värden som att få referensvärden att utgå ifrån i händelse av en kärnteknisk olycka/utsläpp. De sker på nationell, regional och lokal nivå.

Gammastationer

SSM driver ett landsomfattande nätverk av 28 gammastationer. Dessa ska tidigt ge larm på förhöjda strålnivåer för att kunna upptäcka utsläpp med ursprung i annat land, men framförallt används de för att ge en tidig och grov bild av strålningsnivåerna i landet efter en olycka.

Gammastationerna mäter kontinuerligt strålningsnivån och rapporterar automatiskt in mätresultat i RadGIS – ett databassystem för radiologiska

strålningsmätningar som SSM ansvarar för. De kan inte avgöra vilka ämnen som ger upphov till eventuella förhöjningar av strålningsnivån utan indikerar förhöjda stråldoser som behöver undersökas vidare.

Luftfilterstationer

Som komplement till gammastationerna finns det sex stycken luftfilterstationer utplacerade i Sverige. Dessa har som syfte att avläsa nuklidfördelningen i ett radioaktivt nedfall. Stationerna drivs av Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) på uppdrag från SSM. Stationerna är placerade i Kiruna, Umeå, Gävle, Kista, Visby och Ljungbyhed.

Stationerna har lite olika egenskaper men bygger på samma princip, nämligen att stora mängder luft sugas in genom ett partikelfilter som byts ut med jämna mellanrum. Filtret analyseras för att se vilka ämnen som har fastnat, samt i vilket koncentrationer ämnena finns i förhållande till varandra. Känsligheten hos instrumenten är oerhört stor och extremt låga koncentrationer kan upptäckas.

Beredskapslaboratorierna

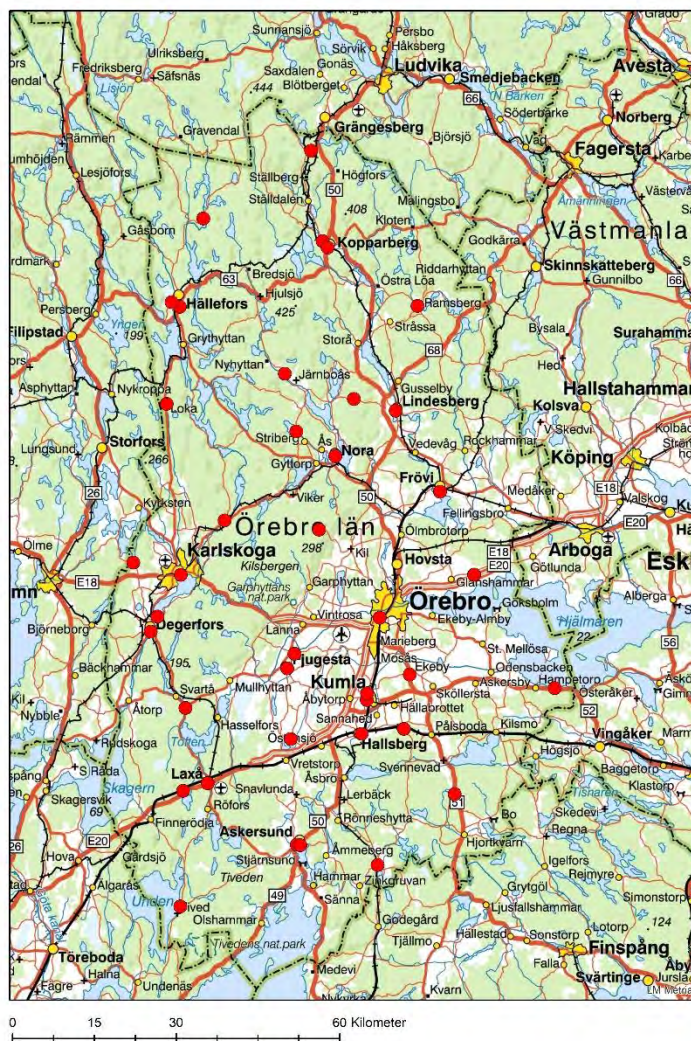
Beredskapslaboratorierna är universitetsinstitutioner, forskningslaboratorier och statliga myndigheter som är inriktade mot kvalificerad strålningsmätning av joniserande strålning och kvantifiering av radioaktiva ämnen. SSM har avtal med dessa för att säkerställa att kvalificerade resurser finns tillgängliga, insatsberedda och samordnade i händelse av en kärnteknisk eller radiologisk olycka. Personalen som är knuten till beredskapslaboratorierna har ingen inställetid, men såväl uppstartstid som uthållighet finns reglerat i avtalen med SSM.

Flygmätningar

Flygmätningar är nödvändiga för att snabbt kunna kartlägga den radioaktiva markbeläggningen över stora områden. Flygmätningar kan hitta hotspots och skapa en bra översikt över nedfallet på ett sätt som är svårt vid strålningsmätning på mark. Resurser för flygmätningar finns hos Sveriges geologiska undersökning.

Kommunala referensmätningar

För att kunna identifiera förhöjningar i strålningsnivåerna efter ett nedfall behövs kunskap om bakgrundsstrålningen. Därför har ett system med kommunala referensmätningar av bakgrundsstrålningen utvecklats i Sverige. Sedan 1989 genomför kommuner strålningsmätningar var sjunde månad. Mätresultaten rapporteras in till Länsstyrelsen som därefter för in dessa i RadGIS. Länsstyrelsen kan utifrån inrapporterade värden relativt snabbt ta fram kartunderlag som ger en grov bild av nedfallet i länet.



Mätpunkterna är valda för att ge god geografisk spridning inom länet. Utifrån gällande riktlinjer ska mätningar ske på plana, gräsbevuxna ytor för att ge enhetliga mätvärden.

Tillgängliga mätresurser

- Samtliga kommunala miljö- och hälsoskyddsförvaltningar eller motsvarande har tillgång till Intensimeter SRV 2000 tillhandahållna av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap för regelbundna mätningar av bakgrundsstrålningen.
- Samtliga räddningstjänster i Örebro län disponerar en Intensimeter SRV 2000.
- Länsstyrelsen disponerar en Intensimeter SRV 2000.
- Polisen (Region Bergslagen) disponerar en Intensimeter 25.

Intensimeter SRV är relativt gammal och MSB arbetar med att ta fram krav inför upphandling av nästa generation mätare.

6. Information till allmänheten

För att saneringsåtgärderna ska få optimal effekt krävs fortlöpande information till alla berörda. Om sanering sker till följd av en kärnkraftsolycka, där myndigheternas trovärdighet redan har satts på prov, kommer goda kommunikationsinsatser att bli extra viktiga. Prioriteringar inom länet och skillnader mellan olika län, t.ex. om vilka åtgärder som vidtas kan leda till oro hos allmänheten. Länsstyrelsens vägledning för kriskommunikationssamverkan bör följas men sammanfattningsvis är det viktigt att svara på följande frågor:

- Vad har hänt?
- Varför inträffade olyckan?
- Konsekvenserna för den enskilde?
- Hur skyddas liv, hälsa, miljö och egendom?
- Vilka är symptomen vid smitta eller skada?
- När är faran över?

Regional strategi för kriskommunikationssamverkan i Örebro län har syftet att skapa samsyn och klargöra hur aktörerna samverkar på bästa och effektivaste sätt kring en kriskommunikation före, under och efter en kris. De gemensamma verktyg och kanaler som kan användas för samverkan är:

- WIS
- Rakel
- Kriskommunikationsportalen www.krisinformation.se
- 113 13

Ansvarig och personal

Kommunikationschefen är ansvarig för kommunikationsfunktionen och bemanning sker med ordinarie personal.

Samordning

Trovärdigheten ökar av samstämmiga budskap och fakta från olika myndigheter och organisationer. Kommunikationschefen eller av denne utsedd arbetar med den interna och externa samordningen av kriskommunikation samt frågor som inkommer från media. Samordningen tar även hand om skrivande och utskick av pressmeddelanden och planering och genomförande av presskonferenser.

Särskilda grupper

För att nå alla grupper i samhället måste informationen målgruppsanpassas. För att få råd och stöd kan Hörselskadades riksförbund, Synskadades riksförbund samt andra handikapporganisationer kontaktas.

Det är viktigt att information utformas efter individers behov. Detta innebär att information även kan behöva ges på andra språk än svenska. Även barnperspektivet ska beaktas.

Övrigt

Länsstyrelsen har en separat E-postadress för kontakt med enheten för samhällsskydd och beredskap: krisfunktionen.orebro@lansstyrelsen.se.

Denna kontakta gäller vid icke brådskande ärenden. Vid akuta händelser kontaktas Länsstyrelsens Tjänsteman i beredskap.

Speciell E-postadress för tex saneringsinfo kan ordnas med relativt kort varsel.

7. Personella och materiella resurser

Utöver Länsstyrelsens organisation och den nationella expertgruppen finns ingen planerad personell resurs för sanering. Behovet av resurser är svårt att förutse, eftersom varje utsläpp av radioaktiva ämnen är unikt. Personal och utrustning för sanering kan hämtas från samhällets normala resurser. Saneringsmetoderna bör anpassas till den tekniska utrustning och den personal man förfogar över. Vid val av saneringsutrustning bör hänsyn tas till personalens utbildningsbehov. Uppgift om lämpliga organisationer och företag finns i Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps integrerade beslutstöd för skydd mot olyckor (RIB).

Webbsökning på sökordet saneringsföretag kan också ge resultat. Exempel på verksamheter och organisationer med kunskap och utrustning är kommunala förvaltningar, renhållningsföretag, byggföretag, kärntekniska anläggningar, universitet, sjukhus, lantbruk, centrala myndigheter och frivilliga organisationer.

Försvarsmakten kan vara en sådan organisation, som både har utrustning och utbildad personal som bör kunna användas även i fredstid.

Totalförsvarets skyddsskola i Umeå är en annan viktig resurs, liksom frivilliga försvarsorganisationer. Frivilligorganisationerna brukar dessutom kunna komma igång mycket snabbt.

Krisorganisationen vid Länsstyrelsen bör förstärkas med experter/samverkanspersoner från olika myndigheter och organisationer. Det kan vara experter från MSB, SSM, Försvarsmakten, Region Örebro län med flera.

För att erhålla internationell hjälp ansöker länsstyrelsen till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap som har hand om kontakterna.

För att få en uthållig saneringsledning sökes bistånd från i första hand icke drabbade: kärnkraftslän, ÖSAM länen och övriga länsstyrelser. Samverkan med andra län och berörda myndigheter kan lämpligen påkallas genom deras TiB/VB funktion.

Som yttersta möjlighet att få fram materiella resurser, kan ingrepp i annans rätt göras (LSO 6 kap. 2 §). Egendomens ägare eller innehavare har dock rätt till ersättning i sådana fall.

Det är viktigt att kommunerna med sina förvaltningar medverkar vid såväl planering som vid genomförande av saneringsinsatser. Detaljplaneringen av resurserna bör även fortsättningsvis ligga kvar på den kommunala nivån, eftersom saneringsplanen annars riskerar att bli inaktuell.

Dosimetrar kan lånas av Länsstyrelsen i Uppsala, Kalmar eller Halland. Registrering av dosnivåerna för saneringspersonalen är viktigt. Se handboken sidan 39-40. På Studsviks persondosimetrlaboratorium i Solna finns det fler TLD dosimetrar som länsstyrelsen kan beställa. Dosimetrar av den direktvisande elektroniska modellen, finns det ett femtiotal av hos Stockholms Brandförsvär, polisen och landstinget. I Uppsala finns det ett par företag som säljer dosimetrar (Gammadata och Canberra).

Region Örebro län kan eventuellt vid behov låna ut dosimetrar. Kontakta regionens TiB om behov uppstår.

8. Sanering

Länsstyrelsen bör fokusera på de saneringsåtgärder som kräver ett tidigt genomförande.

Det finns tre huvudsakliga saneringsmetoder:

1. Avklingning eller självsanering
2. Avskärmning, inkapsling eller stabilisering
3. Dekontaminering, bortforsling eller lämpning

Avklingning och självsanering

Inga särskilda åtgärder vidtas. Aktiviteten avklingar på platsen. Områden kan behöva spärras av för allmänheten under kortare eller längre tid.

Avskärmning, inkapsling eller stabilisering

Strålningsaktiviteten tas inte bort, utan avskärmas eller inkapslas för att förhindra spridning, till exempel genom djupplöjning eller övertäckning. Asfaltering är ett exempel på övertäckning. Stabilisering används främst på ytor som är svåra att dekontaminera.

Dekontaminering, bortforsling eller lämpning

Radioaktivt materiel ska avlägsnas och deponeras på annan plats, t.ex. genom att forsla bort det kontaminerade materialet/ytskiktet eller genom spolning med brandslang.

Exempel på saneringsmetoder:

1. Sopning och/eller spolning av gator och trottoarer
2. Snöröjning

3. Gräsklippning och beskärning av buskar och träd (om torrdeposition befaras)

Åtgärd 1-3 är relativt lätta att utföra till låg kostnad.

4. Spolning av tak och väggar
5. Avlägsna ytskikt
6. Treskiktsgrävning

Åtgärd 4-6 är kostnadskrävande och tidskrävande samt kan skapa stora avfallsmängder.

För ytterligare uppgifter om saneringsmetoder se kap 7-11 i Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps handbok ”Sanering av radioaktiva ämnen”. Vid val av vilka saneringsmetoder som är användbara hänvisas till Räddningsverkets (numera Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) handbok.

För jordbruket finns ett antal saneringsmetoder beskrivna i ”sanering av radioaktiva ämnen – planeringsstöd för länsstyrelsen, SRV (numera MSB) samt ”Motåtgärder i växtodlingen efter ett nedfall av radioaktivt cesium vid olika nedfallsnivåer och årstider (Rapport 2008:27), SJV (numera Jordbruksverket).

Prioritering

Hur Länsstyrelsen kommer att prioritera saneringen beror i stor del på var, hur och hur stort nedfallet av radioaktiva ämnen är. I allmänhet kan man dock säga att viktiga samhällsfunktioner, samt områden där många människor vistas kommer att prioriteras i första hand. Beroende på årstid och storlek på området kan även jordbruksmark prioriteras. Viktiga frågor att få svar på innan sanering kan vara:

- Vad har blivit kontaminerat?
- För hur länge sedan skedde nedfallet?
- Vilken årstid och vilket väderförhållande?
- Vad är kostnaderna för sanering?
- Vilka områden är prioriterande att sanera?
- Vilken nytta gör saneringen?

En översiktlig prioritering av samhällsviktig verksamhet finns beskriven i Länsstyrelsens risk- och sårbarhetsanalys som uppdateras årligen.

Länsstyrelsens broschyr ”prioritering av förstärkningsresurser” kan vara till hjälp vid prioritering av resurser.

Underlag för prioritering

Prioritering sker efter följande generella principer:

1. Alla ansträngningar ska sättas in för att förhindra allvarliga akuta hälsoeffekter.
2. Åtgärderna ska vara berättigade och medföra mer nytta än skada.

3. Åtgärderna ska så långt som möjligt optimeras så att de medför ett så positivt resultat som möjligt.

Följande underlag används för beslut om sanering:

Underlag	källa
Information om nedfallet: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beläggning (kBq/m²) 2. Geografiska utbredning 3. Sammansättning 4. Stråldos på kort och lång sikt 	Mätningar från SSM:s beredskapslaboratorier
Information om väder <ol style="list-style-type: none"> 1. Nederbörd som fallit efter nedfall 2. Kommande nederbörd 3. Töväder 	SMHI
Information om drabbade områden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Markanvändning 2. Befolkningstäthet 3. Bebyggelsestyp 4. Skola och barnomsorg 5. Jordmån 6. Djurbesättningar 7. Vattentäkter 8. Befintliga deponier 9. Sjukvårdsinrättningar 10. Fängelser 11. Industrier 12. Övrig samhällsviktig verksamhet 	Länsstyrelsen, kommuner
Centrala myndigheters rekommendationer rörande saneringsmetoder för aktuella situationer inkl. avfallshantering	NESA (Nationella expertgruppen för sanering, se bil 1)

Ett flertal GIS-skikt finns som kan ge vägledning vid prioritering. Av de allmänna kartorna framgår vägar, bebyggelse samt översiktligt markanvändningen. Skiktet med ortofoto kan användas för att mer i detalj analysera markanvändning och boendeformer. För detaljerade uppgifter om markanvändning kan geodatabasen Corine användas. Länsstyrelsen har även GIS-skikt från SCB för analys av befolkningsstruktur.

Alla större vattentäkter med skyddsområde finns som GIS-skikt. När det gäller enskilda vattentäkter saknas tillförlitliga uppgifter men med hjälp av allmänna kartan kan man uppskatta hur många små (för ett hushåll) vattentäkter som

finns. Däremot vet vi inte hur känsliga dessa vattentäkter är för förorening från radioaktivt nedfall.

Saneringspersonal

Den personal som genomför saneringen kan komma att utsättas för ökade doser. Där det finns risk för att personal utsätts för joniserande strålning gäller utöver arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) och arbetsmiljöverkets föreskrifter även strålskyddslagen (SFS 1988:220), strålskyddsförordningen (SFS 1988:293) och av Strålsäkerhetsmyndigheten meddelande föreskrifter.

Kontaminerat material

Om man vid sanering väljer att forsla bort radioaktivt material kommer stora mängder avfall behövas deponeras. Vid deponering av kontaminerat material gäller miljöbalkens regler för avfallshantering samt Strålsäkerhetsmyndighetens regler för kontaminerat avfall. Utöver detta kommer lastbilar, grävmaskiner mm samt vägar där transporter av avfall har genomförts att förorenas. Efter att saneringen är genomförd behöver även maskinerna saneras.

För deponering bör befintliga snötippor, nedlagda deponier, askdeponier och övriga deponier i drift kunna utnyttjas. Snötippor är olämpliga för blöta avfall eftersom de ofta är lokaliserade för god och snabb avrinning.

9. Utbildning och övning

Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsgivare se till att arbetstagare får god kännedom om de förhållanden som arbetet bedrivs och bli upplyst om de risker som kan vara förbundna med arbetet. Arbetsgivaren ska förvissa sig om att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad som måste iaktas för att undgå riskerna i arbetet.

I SRV:s (numera Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) handbok finns information om vilka regler som gäller kring strålskydd, verksamhetsutövarens skyldigheter, arbetstagarens skyldigheter samt dosgränser för personer i verksamhet med joniserade strålning.

Utbildning före händelse

Saneringsledare ska ges kunskap om den nationella beredskapen för sanering, länsstyrelsens ansvar, grundläggande strålskyddsutbildning, konsekvenser av ett radioaktivt utsläpp och om olika motåtgärders för- och nackdelar.

Länsstyrelsens TiB, krisfunktionen och personal som utför mätning av radioaktivitet ges grundläggande strålskyddsutbildning.

Utbildning efter händelse

Sanerare och övrig personal som kan komma i kontakt med radioaktivt material ska ges grundläggande strålskyddsutbildning.

Utbildare

Lokal utbildning i grundläggande strålskydd genomförs med hjälp av sjukhusfysiker från Universitetssjukhuset i Örebro.

Övning

Övning och utbildning av saneringsledare genomförs av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Strålsäkerhetsmyndigheten.

Övning av varje läns krishanteringsorganisation bör genomföras under ledning av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap och Strålsäkerhetsmyndigheten med ett scenario för varje län för att ge optimal övning.

10. Lagar och regler

Som nämnts tidigare kräver sanering efter ett utsläpp av radioaktiva ämnen från en kärnteknisk anläggning inte några omedelbara åtgärder. Det finns tid för förberedelser. Sanering styrs ur strålskyddssynpunkt därför av samma regler som annan planerad verksamhet med joniserande strålning. Förutom de författningar som normalt styr respektive verksamhet, så som arbetsmiljölagen (1977:1160) och Arbetsmiljöverkets föreskrifter t.ex. Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) med ändringsföreskrifter, styrs arbete med joniserande strålning också av strålskyddslagen (2018:396), strålskyddsförordningen (2018:506) och av Strålskyddsmyndigheten meddelade föreskrifter.

Andra lagar och regler som kan beröras vid sanering är Miljöbalken med dess föreskrifter och förordningar, Jordbruksverkets föreskrifter och Livsmedelsverkets föreskrifter.

Bilaga 1: Ansvar och befogenheter för samverkande myndigheter

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM)

Från den 1 juli 2008 är Statens strålskyddsinstitut och Statens kärnkraftinspektion sammanslagna till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Strålsäkerhetsmyndigheten har en samordnande roll vid rådgivning i strålskyddsfrågor och bistår Länsstyrelsen och kommunerna med råd, strålningsmätningar och strålskyddsbedömningar.

Myndighetens ansvar framgår av förordningen (2008:452) med instruktion för Strålsäkerhetsmyndigheten.

Jordbruksverket (SJV)

SJV planerar för åtgärder inom jordbruket vid en krissituation. Vid en kärnenergiolycka kan denna organisation:

- snabbt föra ut information och ge råd till jordbruket, trädgårdsnäringen och rennäringen
- underlätta foderförsörjningen till drabbade områden

SJV ska inhämta information om ämnen, mängd och drabbade områden för att kunna förutse och begränsa konsekvenser inom jordbruk, djurhållning och trädgård.

Verket ger i första hand rekommendationer men

meddelar, vid behov, föreskrifter om åtgärder för att minska föroreningen av jordbruksprodukter m.m.

Sveriges meteorologiska och hydrologiska institut (SMHI)

SMHI ger väderprognoser och beräknar spridningen av de radioaktiva ämnena. Genom dessa prognoser kan beräkningar göras som underlättar räddnings- och saneringsarbetet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

MSB ansvarar för samordningen av beredskapsplaneringen för kärnenergiolyckor. MSB har i detta avseende ingen operativ roll att leda insatser i räddningstjänstsammanhang. MSB kan emellertid genom sitt samordningsansvar bistå med råd och bedömningar i en uppkommen räddningstjänstsituation.

MSB har ansvaret för att samordna länsstyrelsernas planläggning av åtgärder vid utsläpp av radioaktiva ämnen och sanering.

MSB har även ansvar för att

Samordna den regionala planeringen för sanering,

Bedriva utbildning och

Bedriva tillsyn över länsstyrelsernas planering.

Verket kan meddela föreskrifter om sanering enligt lagen om skydd mot olyckor och är kontaktpunkt för EU:s gemenskapsmekanism.

Livsmedelsverk (SLV)

SLV ansvarar för att samordna den regionala planeringen för sanering, bedriva utbildning och bedriva tillsyn över länsstyrelsernas planering.

Verket kan meddela föreskrifter om sanering enligt lagen om skydd mot olyckor och är

kontaktpunkt för EU:s gemenskapsmekanism.

Kontrollorganisationen inom livsmedelsfrågor omfattar på lokal nivå kommunernas miljö- och hälsoskydds nämnder.

SLV ansvarar för att tillföra planläggningen expertkunnande inom livsmedelshantering.

På regional nivå är Länsstyrelsen kontrollmyndighet över livsmedelslagen.

Socialstyrelsen (SoS)

SoS har som central myndighet i hälso- och sjukvårdsfrågor ett ansvar för bl.a. information till landstingen och kommunernas miljö- och hälsoskydds nämnder.

SoS ansvarar för att tillföra planläggningen expertkunnande inom hälso- och sjukvård. SoS lämnar också råd till sjukhuspersonal som omhändertar akut sjuka vid kärnolycka.

Försvarmakten

Delar av Försvarmakten ingår i SSM:s beredskapsorganisation för strålningsmätning.

Inom Försvarmakten finns resurser för indikering, sanering, avspärning, vägvisning, transporter och skyddsmateriel. Dessa resurser bör utnyttjas i största möjliga mån. Som exempel kan nämnas Totalförsvarets Skyddscentrum i Umeå (SkyddsC), som har stor kompetens.

Polisen

Polisen kan mycket snabbt vara på plats och spärra av områden, få ut information, leda om trafik osv. Polisen har även resurser för indikering.

Länsstyrelsen

Länsstyrelsen har huvudansvaret för räddningstjänst och sanering.

Ansvarar för planering och genomförande av sanering.

Beslutar var, hur, om, när och av vem saneringen ska genomföras.

Beslutar om strålningsmätning inom länet.

Begär råd och stöd från NESAs. (se nedan)

Begär personliga och materiella resurser från kommuner och statliga myndigheter

Länsstyrelserna i kärnkraftslänen

Länsstyrelserna i kärnkraftslänen – Uppsala, Kalmar och Hallands län - liksom Länsstyrelserna i Skåne och Västerbottens län har ett särskilt ansvar (FSO 4 kap. 29 §) att bistå andra länsstyrelser i frågor om räddningstjänst vid utsläpp av radioaktiva ämnen från kärnteknisk anläggning.

Region Örebro län

Sjukvårdshuvudmannen, dvs. regionen, ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor och utför personsanering samt behandlar drabbade.

regionen har en kvalificerad uppsättning av mätinstrument för fält- och laboratorieanalyser samt hög strålningsfysikalisk kompetens. regionens sjukhusfysiker utgör en viktig resurs och kallas vid behov in, via regionens TiB, som experter i Länsstyrelsens krishanterings-organisation.

1177 är ett nationellt telefonnummer för sjukvårdsrådgivning som kan nå dygnet runt i hela landet. Telefonsjuksköterskorna på 1177 Vårdguiden svarar på frågor, bedömer vårdbehov, ger råd och hänvisar till rätt vårdmottagning när så behövs.

Kommunen

Är skyldig att medverka i planering, övning och genomförande av sanering.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden eller motsvarande nämnd svarar för kommunens hälsoskydd.

Kommunen ansvarar för genomförandet av skyddsåtgärder. Kommunens miljö- och hälsoskyddskontor (eller motsvarande) ansvarar för mätningar och provtagningar, genomför bakgrund mätningar var 7 månad. Räddningstjänsten bör kunna biträda kommunen i denna verksamhet.

På kommunal nivå ska också information ges som komplement till central och regional information.

Lantbrukarnas riksförbund (LRF)

LRF Mälardalen kan snabbt få ut information till sina uppemot 17 000 medlemmar genom de drygt 100 lokalavdelningarna och ett 30-tal kommungrupper. Personal inom LRF har dessutom genomgått utbildning i radiakfrågor som berör jordbruk.

Tullen

Bidrar med mätesurser till den nationella strålskyddsberedskapen.

SOS Alarm

Svarar för larmning enligt fastställda larmplaner och dirigerering av landstingets ambulanser i länet.

Arbetsmiljöverket (AV)

Utarbetar föreskrifter för arbetsmiljö. Ansvarar för information och råd i frågor som har med arbetsmiljö och arbetarskydd att göra efter en kärnteknisk olycka.

Kustbevakningen

Ansvarar för miljöräddning till sjös och bistår länsstyrelsen med bl.a. varna sjöfarande.

Sjöfartsverket

Ansvarar för sjöräddningen inom svensk sjöräddningsregion. Bistår länsstyrelsen med att bl.a. varna sjöfarande och ge information angående begränsningar och hinder i framkomligheten till sjös.

Beredskapslaboratorium

SSM samordnar den nationella strålskyddsberedskapen där följande beredskapslaboratorier ingår: SSM, Lunds universitet i Lund och Malmö, Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Totalförsvarets forskningsinstitut [FOI] i Umeå och Kista, Studsvik Nuclear AB, Sveriges lantbruksuniversitet (SLU) och Sveriges geologiska undersökning (SGU). Dessa laboratorier utför bl.a. kvalificerade mätningar av joniserande strålning och radionuklidspecifika mätningar på mark-, betes- och livsmedelsprover.

EU:s gemensamhetsmekanism

Om Sveriges resurser för sanering inte räcker till kan hjälp fås av andra medlemsstater. Ansökan sker via MSB till EU-kommissionens kontaktpunkt, MIC.

Nordiska Kärnförsäkringspolen (NNI)

Hanterar ekonomisk ersättning för medverkan vid sanering, skada på egendom och minskad avkastning till följd av olyckan m.m.

Nationella expertgruppen för sanering (NESA)

Gruppen sammankallas av SSM på initiativ från någon av gruppens medlemmar eller vid begäran från en länsstyrelse. Består av representanter från berörda myndigheter och organisationer. Gruppens medlemmar har expertkunskap om radioaktiva ämnen i miljön, saneringsmetoder, jordbruks-, skogs- och fiskenäring, hantering av radioaktivt saneringsavfall m.m.

Ska verka för samordning mellan berörda myndigheter. Ska kunna ge länsstyrelsen råd om val av saneringsmetoder och metoder för att ta hand om radioaktivt avfall från sanering utformning av strategier för sanering av jordbruksmiljö, skogsområden, boendemiljö och sötvattensystem kostnads- och effektivitetsbedömningar för saneringsåtgärder, samt vid vilken aktivitetsnivå det är kostnadseffektivt att börja respektive avsluta en sanering för ett specifikt objekt.

Internationella Atomic Energy Agency (IAEA)

Genom IAEA:s konvention för assistans vid nukleära och radiologiska olyckor kan Sverige få förstärkning av experter och utrustning från konventionsstaterna. Ansökan sker via Strålskyddsmyndigheten.

Regeringen

Kan besluta att en länsstyrelse ska ta över ansvaret för sanering inom flera län eller att en statlig myndighet tar över ansvaret i ett eller flera län.

Frivilliga organisationer

Flera frivilligorganisationer bl.a. Riksförbundet Sveriges Lottakårer, Sveriges Bilkårer Riksförbund och Svenska Blå Stjärnan ingår i SSM:s beredskapsorganisation. De samlar bl.a. in och transporterar prover på lantbruksprodukter för strålningsmätning. I vissa län har frivilligorganisationerna fått ytterligare uppgifter av länsstyrelserna.

Frivilliga Flygkårens personal (FFK) i länets flygklubbar kan bland annat utföra översiktliga flygmätningar.



Länsstyrelsen
Örebro län

17

Initiering för upphandling av
kontrastinjektorer för CT med
tillhörande förbrukning

19RS2081

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS2081

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering för upphandling av kontrastinjektorer för CT med tillhörande förbrukning

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av kontrastinjektorer för CT med tillhörande förbrukning.

Sammanfattning

Upphandling avseende ramavtal gällande kontrastinjektorer för CT med tillhörande förbrukning till Röntgenkliniken, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Upphandlingen omfattar även optioner på serviceavtal och utbildning.

I samband med äskandeprocessen av medicinteknisk utrustning konstaterar Medicintekniska utskottet efter samråd med Medicinsk teknik ett behov av utbyte och eventuell expansion av injektorer för CT inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Investeringsmedel är beviljade i ordinarie investeringsbudget, ytterligare medel äskas i kommande äskandeprocess.

Bedömning

För att kunna ersätta nuvarande utrustning, som under ramavtalets giltighetstid uppnår sin tekniska livslängd föreslås denna ramavtalsupphandling slutföras.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I dagsläget kan projektgruppen inte se att anskaffning av dessa utrustningar innebär några begränsningar ur ett barn- och jämställdhetsperspektiv. Vidare kommer även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt Sveriges regioner och landsting att beaktas.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS2081

I upphandlingen är tänkt att minska förbrukning av engångsmaterial och bättre nyttja kontrastmedel.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel är beviljade i ordinarie investeringsbudget, ytterligare medel äskas i kommande äskandeprocess.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av Hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt 2020-08-27.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020
Initieringsbeslut MT 2019-0008

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Jan-Erik Vidfelt, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik

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"/>		Önskad avtalsstart – datum <input type="checkbox"/>	
Ekonomiska medel tas ur (gäller främst medicintekniska upphandlingar)			
Beviljad investeringsram <input type="checkbox"/>	Driftbudget <input type="checkbox"/>	År <input type="checkbox"/>	Belopp <input type="checkbox"/> Övrigt <input type="checkbox"/>

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

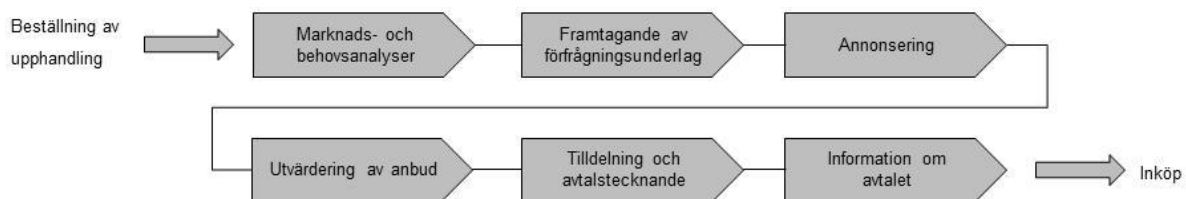
Förklaring och information

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.

18

Initiering för upphandling av
röntgenutrustning
(biplanutrustning) till
neurointerventionslab

19RS10016

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10016

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering för upphandling av röntgenutrustning (biplanutrustning) till neurointerventionslab

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av Biplanutrustning till neurointerventionslab.

Sammanfattning

Upphandling avseende röntgenutrustning (biplanutrustning) till ett neurointerventionslab på Röntgenkliniken, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Upphandlingen omfattar även optioner på serviceavtal och utbildning.

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för utrustningen under utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 21 000 000 kronor.

Ärendebeskrivning

Flera randomiserade kontrollerade studier har under de senaste åren visat att trombektomi är en mycket effektiv och hälsoekonomiskt gynnsam behandling vid stroke. I en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting 2016 rekommenderas att metoden etableras i Örebro vilket med tanke på det geografiska läget skulle öka jämlikheten i strokevården.

Att kunna erbjuda trombektomi i Örebro skulle öka möjligheterna att effektivt behandla stroke i akutskedet och minska risken för neurologiska funktionsbortfall.

Metoden innebär att man genom endovaskulär behandling mekaniskt avlägsnar trombmassa i hjärnans blodkärl och på så sätt återställer blodflödet i det stroke-drabbade området. Det ställer krav på specifik kompetens på personalsidan liksom för ändamålet utrustat angiologab med biplan. Etablering av sådan infrastruktur möjliggör

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10016

också annan typ av neurointervention såsom behandling av aneurysm och arteriovenösa kärlmissbildningar.

Investeringsmedel, 14 000 000 kronor är beviljade till år 2020.

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för utrustningen under utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 21 000 000 kronor.

Bedömning

Det finns kliniska skäl att anskaffa röntgenutrustningen med hänvisning till ovanstående skäl.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingen kommer hänsyn tas till miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiv.

Strålskyddsmyndighetens föreskrifter kommer även att beaktas. Vidare tas även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt den nationella uppförandekoden för leverantörer framtagen av Hållbar upphandling, Sveriges regioner.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel, 14 000 000 kronor är beviljade till år 2020.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av Hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt 2020-06-16.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020
Initieringsbeslut MT 2020-0003

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10016

Skickas till:

Roland Eriksson, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik

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

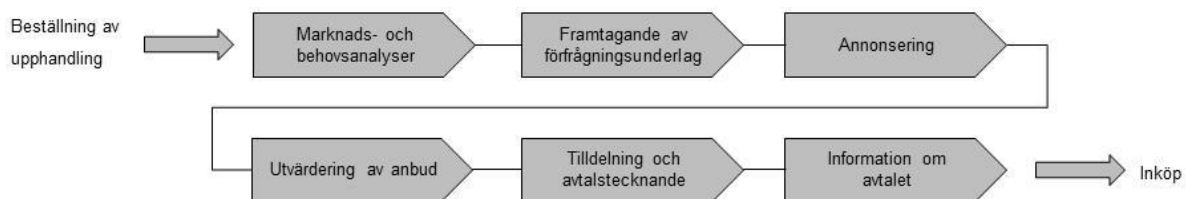
Förklaring och information

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.

19

Initiering för upphandling av
utrustning för
positronemissionstomografi i
kombination med
datortomografi (PET/CT)

19RS10011

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10011

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering för upphandling av utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT).

Sammanfattning

Specialitetsrådet för radiologi samt samverkansgruppen för Uppsala/Örebro-regionen har gjort beräkningar av framtida behov av utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT) inom sjukvårdsregionen. Förslag finns på att nästa utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT) ska placeras i Örebro.

Den nuvarande utrustningen för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT) installerades 2010 och börjar nu närma sig slutet på sin tekniska livslängd. För att verksamheten inte ska påverkas behöver utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT) nummer två installeras innan utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT) nummer ett ersätts.

Investeringsmedel, 8 500 000 kronor är beviljade till år 2020 samt ytterligare 16 500 000 kronor är äskade till år 2021.

I kommande äskandeprocess äskas 25 000 000 kronor som avser ersättning för utrustning för positronemissionstomografi i kombination med datortomografi (PET/CT).

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för två utrustningar under

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS10011

utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 82 000 000 000 kronor.

Bedömning

För att kunna ersätta nuvarande utrustning, som inom kort uppnår sin tekniska livslängd föreslås denna upphandling slutföras.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingen kommer hänsyn tas till miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiv.

Strålskyddsmyndighetens föreskrifter kommer även att beaktas. Vidare tas även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt den nationella uppförandekoden för leverantörer framtagen av Hållbar upphandling, Sveriges regioner.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel, 8 500 000 kronor är beviljade till år 2020 samt ytterligare 16 500 000 kronor är äskade till år 2021.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av Hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt 2020-12-09.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020
Initieringsbeslut MT 2020-0007

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Roland Eriksson, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik

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

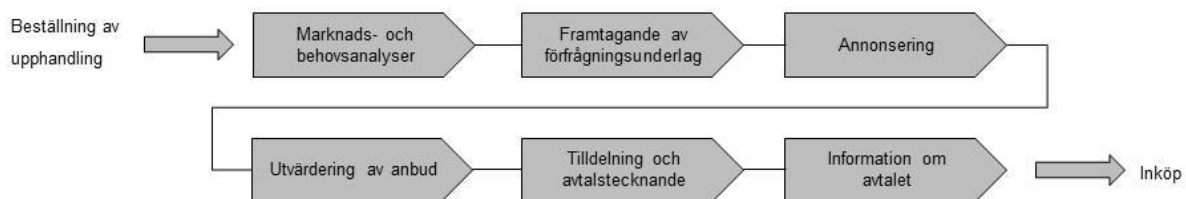
Förklaring och information

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.

20

Initiering för upphandling av
magnetisk resonanstomografi
(magnetkamera) till
Röntgenkliniken med placering
på Onkologiska kliniken

18RS451

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 18RS451

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering för upphandling av magnetisk resonanstomografi (magnetkamera) till Röntgenkliniken med placering på Onkologiska kliniken

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av magnetisk resonanstomografi (magnetkamera) till Röntgenkliniken, med placering på Onkologiska kliniken.

Sammanfattning

Upphandling avseende magnetisk resonanstomografi (magnetkamera) till Röntgenkliniken, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Placering på Onkologiska kliniken.

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för utrustningen under utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 25 000 000 kronor.

Ärendebeskrivning

Röntgenkliniken har behov av ytterligare en magnetisk resonanstomografi (magnetkamera) vilken ska placeras på Onkologiska kliniken för att ge kortare transportvägar för onkologens patienter samt att kunna användas för dosplanering inför strålbehandling.

Upphandlingen omfattar även option på serviceavtal och serviceutbildning.

Investeringsmedel, 5 100 000 kronor är beviljade till år 2018 samt ytterligare 11 900 000 kronor till år 2020.

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för utrustningen under utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 18RS451

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 25 000 000 kronor.

Bedömning

Det finns kliniska skäl att utöka antalet magnetiska resonanstomografer (magnetkameror) med ytterligare en, placerad på Onkologiska kliniken.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingen kommer hänsyn tas till miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiv.

Strålskyddsmyndighetens föreskrifter kommer även att beaktas. Vidare tas även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt den nationella uppförandekoden för leverantörer framtagen av Hållbar upphandling, Sveriges regioner.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel, 5 100 000 kronor är beviljade till år 2018 samt ytterligare 11 900 000 kronor till år 2020.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av Hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt 2020-06-16.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-01-22
Initieringsbeslut MT 2018-0037

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Roland Eriksson, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik

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

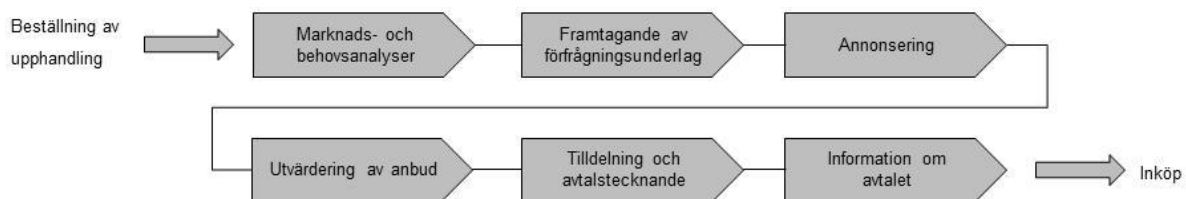
Förklaring och information

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.

21

Initiering av
ramavtalsupphandling av c-
bågar

18RS8244

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 18RS8244

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering av ramavtalsupphandling av c-bågar

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera ramavtalsupphandling av c-bågar.

Sammanfattning

Upphandling avseende ramavtal gällande c-bågar till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Då den befintliga parken av c-bågar närmar sig sin tekniska livslängd ser användande kliniker i samråd med Medicinsk teknik ett behov av ett ramavtal. Upphandlingen omfattar även optioner på serviceavtal och utbildning.

2018-10-23 får Medicinsk teknik i uppdrag att starta arbetet med två upphandlingar gällande ramavtal för c-bågar, standard respektive avancerade. Upphandlingen av avancerade c-bågar är avslutad och avrop sker succesivt.

Den nu aktuella upphandlingen avser c-bågar i standardutförande. Investeringsmedel är beviljade i ordinarie investeringsbudget, ytterligare medel äskas i kommande äskandeprocess.

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för utrustningarna under utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 35 000 000 kronor.

Ärendebeskrivning

I samband med äskandeprocessen av medicinteknisk utrustning konstaterar Medicintekniska utskottet efter samråd med Medicinsk teknik ett behov av utbyte och eventuell expansion av c-bågar (röntgenutrustning för genomlysning under operation) inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 18RS8244

2018-10-23 får Medicinsk teknik i uppdrag att starta arbetet med två upphandlingar gällande ramavtal för c-bågar, standard respektive avancerade. Upphandlingen av avancerade c-bågar är avslutad och avrop sker succesivt.

Den nu aktuella upphandlingen avser c-bågar i standardutförande.

Investeringsmedel är beviljade i ordinarie investeringsbudget, ytterligare medel äskas i kommande äskandeprocess.

I upphandlingen ingår även option för servicekontrakt för utrustningarna under utrustningens tekniska livslängd samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 35 000 000 kronor.

Bedömning

För att kunna ersätta nuvarande utrustning, som under ramavtalets giltighetstid uppnår sin tekniska livslängd och samtidigt erhålla högre prestanda föreslås denna ramavtalsupphandling slutföras.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I dagsläget kan projektgruppen inte se att anskaffning av dessa utrustningar innebär några begränsningar ur ett barn- och jämställdhetsperspektiv. Strålskyddsmyndighetens föreskrifter beaktas i upphandlingen. Vidare kommer även hänsyn till Socialt ansvarstagande och hållbara leveranskedjor enligt Sveriges regioner och landsting att beaktas.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel är beviljade i ordinarie investeringsbudget, ytterligare medel äskas i kommande äskandeprocess. Dessa medel används sedan för successiva avrop.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av Hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt 16 april 2020.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämnden 2020-01-22
Protokollsutdrag MT-utskottet 2018-10-23 (diarieförd handling)
Initieringsbeslut MT 2018-0136



Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 18RS8244

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Roland Eriksson, Medicinsk teknik
Jenny Thor, Medicinsk teknik

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

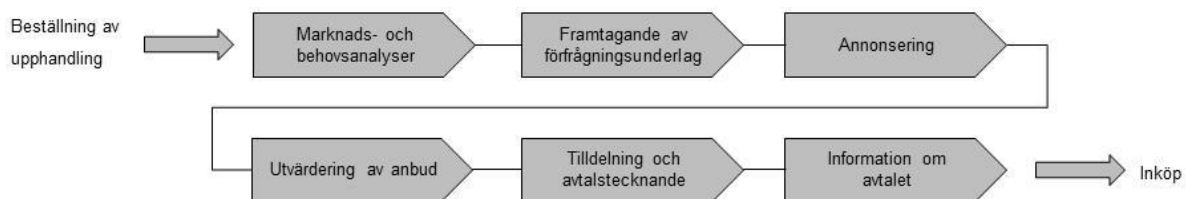
Förklaring och information

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.

22

Tilldelningsbeslut avseende
upphandling av
hygienhjälpmedel

19RS3125

Tjänsteställe, handläggare
Upphandlingsavdelning, Shadi Karimi

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS3125

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Tilldelningsbeslut avseende upphandling av hygienhjälpmedel

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att utse xx som leverantör, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning

Region Örebro län har på uppdrag av 7-klövern samarbetet genomfört en upphandling av hygienhjälpmedel.

Det totala värdet av upphandlingen för hela 7-klövern uppgår till 106,3 miljoner kronor och för Region Örebro län 14 miljoner kronor, baserad på tidigare inköpsvolymmer.

Avtalstiden för upphandlingskontraktet är från och med 2020-05-01--2022-04-30, med option om förlängning med sammanlagt 24 månader, dock med maximalt 12 månader i taget.

Ärendebeskrivning

Region Örebro läns och övriga 7-klövern regioners mål med upphandlingen är tillhandahålla diverse hygienhjälpmedel såsom badbräda, duschpallar, duschvagnar (manuella till elektroniska varianter), hygienstolar (manuella, elektroniska samt i olika viktklasser) med mera.

Tjänsteställe, handläggare
Upphandlingsavdelning, Shadi Karimi

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 19RS3125

Upphandlingsdokumentet annonserades den 5 november 2019. Sista anbudsdagen var den 5 december 2019. Tilldelning av avtal sker genom utvärderingsmodellen, bästa förhållandet mellan pris och kvalitet.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingsdokumentet har Region Örebro län tillämpat sociala hänsyns krav som avtalskriterier. Genom att upphandla tillsammans med 7- klövern tillhandahåller vi varor/tjänster med god kvalitet på ett optimalt och kostnadseffektivt sätt. Vi minskar även regionernas resursförbrukning och med det förebygger vi miljöbelastning i regionernas egna verksamheter.

Upphandlingen bedöms inte medföra betydande konsekvenser för miljön och inte ur barn- och jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

Upphandlingen beräknas medföra ett totalt inköpsvärde för Region Örebro län på cirka 14 miljoner kronor för hela avtalsperioden.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till Hälso- och sjukvårdsnämnden den 21 januari 2020.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårds direktör

Skickas till:

Upphandlingsavdelningen:
Shadi Karimi
Markus Liljenroth

23

Hälso- och sjukvårdsnämndens
och Hälso- och
sjukvårdsförvaltningens
verksamhetsplan med budget
för år 2020

20RS120

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

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 20RS120

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämndens och Hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan med budget för år 2020

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anta förslag till verksamhetsplan med budget 2020 för hälso- och sjukvårdsnämnden och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Sammanfattning

Regionfullmäktige fastställde i november 2019 Region Örebro läns ”Verksamhetsplan med budget 2020 och planeringsförutsättningar för 2021 – 2022”. Med regionens verksamhetsplan som utgångspunkt har en för Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gemensam verksamhetsplan med budget tagits fram.

Aktuell verksamhetsplan är styrdokument för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Samhällsutvecklingen gör att behoven av hälso- och sjukvård ökar. Samtidigt minskar andelen yrkesarbetande i befolkningen och med det också skatteintäkterna. Utmaningarna handlar därför om att säkra den så viktiga kompetensförsörjningen, öka kvalitet och tillgänglighet, utveckla den nära vården, stärka universitetssjukvården och samtidigt hantera kompetensbrist och ett stort ekonomiskt underskott

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet i sig innebär inte ekonomiska konsekvenser. Dock är följsamhet till verksamhetsplanen och dess budget centralt för att nå en ekonomi balans.

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

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 20RS120

Uppföljning

Verksamhetsplan med budget följs upp i delårsrapportering och årsredovisning.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020.

Verksamhetsplan med budget för år 2020.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Verksamhetsplan med budget 2020

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
2 Vision och värdegrund	4
3 Mål, strategier och uppdrag	5
4 Budget.....	16
5 Organisation.....	18
6 Uppföljning	20
7 Intern styrning och kontroll	20

1 Inledning

Denna verksamhetsplan utgör styrdokument för Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar.

Samhällsutvecklingen gör att behoven av hälso- och sjukvård ökar. Samtidigt minskar andelen yrkesarbetande i befolkningen och med det också skatteintäkterna. Utmaningarna handlar därför om att säkra den så viktiga kompetensförsörjningen, öka kvalitet och tillgänglighet, utveckla den nära vården, stärka universitetssjukvården och samtidigt hantera kompetensbrist och ett stort ekonomiskt underskott.

En stabil ekonomi är förutsättningen för framtida satsningar och en långsiktig positiv utveckling av verksamheten. Under 2020 kommer fokus att ligga på att genomföra de åtgärder som beslutats i den av nämnden beslutade handlingsplanen och styra mot målet om en budget i balans. Förvaltningens uppdrag är att vidta kostnadsbesparande åtgärder och söka samordningsvinster för verksamhetsåret 2020.

Hälso- och sjukvården behöver utvecklas på flera plan. Det handlar om att vara i framkant både vad gäller medicinsk kvalitet och tillgänglighet och att ge ett gott personligt bemötande. Utifrån hälso- och sjukvårdens målbild för 2030 kommer en konkret strategi för den fortsatta utvecklingen att arbetas fram och implementeras.

Förändringar finns i vår samtid som i stor utsträckning innebär att befolkningens behov av vård kommer att öka. Samtidigt kommer vårdens resurser alltid att vara begränsade. Avgörande för utvecklingen är därför hur väl vården lyckas möta befolkningens förändrade behov. I Region Örebro län byggs successivt en sammanhållen hälso- och sjukvårdsorganisation. Syftet är att underlätta utvecklingen av processer i vården och att skapa vården i form av ökad kvalitet, jämlikhet och tillgänglighet för länets samtliga patienter.

Bassjukvård nära alla medborgare. I närsjukvårdsområdena organiseras verksamheter som huvudsakligen har ett lokalt inriktat uppdrag och där en likartad första linjens sjukvård/bassjukvård ska bedrivas i alla länsdelar. Närsjukvårdens bas utgörs av allmänmedicinsk kompetens, men även av akutsjukvård, viss intermedicin, geriatrik och rehabilitering. Inom närsjukvården samverkar även psykiatri, habilitering, mödra- och barnavård och koppling finns till skolhälsovården. Inriktningen är att man som patient så långt som möjligt ska kunna få den hälso- och sjukvård som är vanlig och ofta förekommande lokalt inom det närsjukvårdsområde som finns geografiskt nära.

Lokal nivåstrukturering och specialisering. För att tillhandahålla en jämlik, jämställd och tillgänglig specialiserad sjukhusvård har flera länskliniker skapats med gemensam produktionsplanering för besök, behandlingar och operationer. Målet för länsklinikerna är att, med hela länets resurser till förfogande, öka kvalitet och tillgänglighet och samtidigt uppnå en god kostnadskontroll. Allt mer av vården styrs och planeras medvetet mellan sjukhusen. Genom denna samordning kan specialistkompetenser, lokaler och utrustning användas mer effektivt. Sjukhusen får därmed successivt olika profiler där verksamheterna samordnas för att resurserna ska utnyttjas effektivt.

Nationell nivåstrukturering och specialisering. Trenden i Europa och i Sverige går mot 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. För att vara en attraktiv medspelare i utvecklingen måste Region Örebro län, som universitetsregion, kunna visa på nationellt hög kvalitet och vara en bra samarbetspartner för övriga landet.

2 Vision och värdegrund

”Tillsammans skapar vi ett bättre liv” är Region Örebro läns **vision**.

Visionen är utgångspunkten för all verksamhet inom Region Örebro län. Alla som jobbar inom Region Örebro län är grunden till morgondagens utveckling – för invånarna, för medarbetarna och för länet. Alla bidrar var och en på olika sätt med engagemang och viktig kompetens. När organisationen styr mot samma mål bildas en kraft som driver utvecklingen i länet och skapar livskvalitet för alla människor som lever här.

Tillsammans kan vi göra skillnad. **Tillsammans skapar vi ett bättre liv.**

Arbete pågår med att ta fram en gemensam **värdegrund** som utgår från visionen. En gemensam värdegrund innebär att skapa en gemensam organisationskultur med önskade beteenden som leder organisationen i riktning mot visionen.

Nuvarande värdegrund gäller tills en ny är framtagen:

- Vi skapar förtroende genom att vara lyhörda, öppna, samspelta och engagerade i en utveckling för människornas bästa.
- Vi visar respekt för allas lika värde och delaktighet.
- Vi finns nära medborgarna under hela livet.
- Vi ser behoven hos varje person.

Målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling fram till år 2030

Från visionen så har en målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling fram till år 2030 tagits fram. Den skall ge en riktning åt sjukvårdens utveckling under de närmaste 10 åren. Målbilden har tagit hänsyn till demografiska förändringar och ekonomiska förutsättningar för att åstadkomma en utveckling mot en mer nära vård och en fortsatt utveckling av nivåstrukturer av den högspecialiserade vården, forskning och utbildning,

Målbilden sammanfattas i följande delar:

Invånare och patient

- Jag har fokus på hälsan
- Jag är en aktiv del av vårdteamet
- Jag får vård som håller hög kvalitet

Medarbetare

- Jag har de förutsättningar jag behöver för att ta mitt ansvar i mötet med patienten och för att trivas på min arbetsplats.

Organisation

- Vi är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas

3 Mål, strategier och uppdrag

Perspektiv:

3.1 Invånare och samhälle

Perspektivet invånare och samhälle beskriver inriktningar, ambitioner och de viktigaste målsättningarna för Hälso- och sjukvårdens verksamheter för att invånarnas och samhällets behov ska tillgodoses på bästa sätt. Region Örebro läns långsiktiga framgång beror på förmågan att skapa värde tillsammans med dem regionen finns till för. Invånarnas och samhällets behov, krav och förväntningar är vägledande för Region Örebro läns beslut och handlande.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård

God hälsa är viktig för länets invånare. Hälso- och sjukvården i Örebro län ska främja hälsa, förebygga sjukdom och ge god och patientsäker vård på lika villkor. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan i Sverige, så som hjärt- kärlsjukdom, cancer och typ 2 diabetes. Hälso- och sjukvården har därför ett särskilt ansvar att arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder för riskgrupper och stödja individens förmåga att ta ansvar för sin hälsa. Inte minst gäller detta vid redan utvecklade sjukdomstillstånd där förändrade levnadsvanor kan ha stor inverkan på fortsatt förlopp. För att skapa förutsättningar för att länets invånare ska ha möjlighet att ta ett större ansvar för sin fysiska och psykiska hälsa fortsätter utvecklingen mot en god och nära vård. Likaså arbetet med att utveckla vården för äldre och multisjuka genom särskilda äldremottagningar. Hälso- och sjukvården måste även fortsätta utveckla ett gott samarbete med kommuner och med civilsamhället.

En god, jämlik och jämställd sjukvård där patienten är delaktig

En grundförutsättning för att vårdens arbete ska vara jämlikt är att det inte uppstår omotiverade skillnader. Det innebär att hälso- och sjukvården når alla grupper i samma utsträckning, att alla individer får ett professionellt bemötande oavsett kön, sexuell läggning, etnicitet eller religion. Ett ständigt pågående arbete med dessa frågor är prioriterat för hälso- och sjukvården.

Utifrån sina förutsättningar ska invånaren vara delaktig och aktiv i mötet med hälso- och sjukvården. Den egna och närståendes kunskap tas tillvara. All vård skall erbjudas utifrån den enskilda individens behov, med god kvalitet och professionellt bemötande. Prioritering av vårdinsatser utgår från de medicinska behov som vården bedömer föreligger. Länets tre sjukhus fortsätter utvecklas för att kunna erbjuda befolkningen i länets olika delar specialiserad vård för en större del av befolkningen. Primärvården ska fortsätta utvecklas för att kunna erbjuda befolkningen i länets olika delar en nära vård, i samarbete med länets tre akutsjukhus och kommuner. Digitala lösningar kan fungera som effektiva verktyg för vårdens medarbetare och patienterna. De kan även bidra till att vårdens användare har möjlighet att fatta informerade beslut, får större möjlighet att vara delaktiga i sin egen vård och därmed leda till en ökad egenmakt. Patientrepresentation i vårdens utvecklingsarbete på olika nivåer är viktigt för att öka patientinflytandet av vårdens utformning.

För att öka patientens delaktighet och upplevelse av trygghet i vården fortskrider arbetet med att på ett för både patient och vårdorganisation smidigt sätt utforma och implementera de olika delarna i patientkontraktet. Det innefattar en sammanhållen plan, en fast vårdkontakt med

samordningsansvar för patienten och en överenskommelse mellan patient och vårdgivare om vem som gör vad. Fler patienter behöver en fast läkarkontakt och fler behöver en kontaktsjuksköterska. Detta är särskilt angeläget för patienter med omfattande och kontinuerliga vårdbehov.

För att främja en helhetssyn runt patienten och undvika onödig sjukhusvård behöver vården samordnas medan patienten finns i öppna vårdformer. Vårdsamordnare vid vårdcentraler och inom psykiatrins öppenvård har idag en roll att samordna vården efter utskrivning från sjukhus. En fortsatt utveckling ska ske med ett förtydligt uppdrag att även kunna vara samordnande fast vårdkontakt och samordna individuell plan (SIP) för personer med behov även i öppenvård.

Högkvalitativ, patientsäker och tillgänglig hälso- och sjukvård

Länets invånare ska få vård som håller hög kvalitet. Att ge vård av hög kvalitet innebär att vård kan erbjudas av rätt kompetens vid rätt tillfälle, effektivt användande av gemensamma resurser och en kunskapsstyrd organisation med fokus på patientsäkerhet. Universitetssjukhuset Örebro är ett av landets sju sjukhus för högspecialiserad vård. Den högspecialiserade vården bidrar till Region Örebro läns utveckling och attraktivitet och stärker förutsättningarna för att utveckla länets sjukvård på ett sätt som gynnar länets egna invånare och hälso- och sjukvården i stort.

Att ha en god tillgänglighet är viktigt för hälso- och sjukvårdens legitimitet i samhället. Hög tillgänglighet innebär möjligheten till bedömning och åtgärd av rätt kompetens vid rätt tillfälle oavsett vårdnivå eller kontaktform. En god tillgänglighet hänger nära samman med hög effektivitet men måste också vara kopplad till god patientsäkerhet. God tillgänglighet handlar om balans mellan patienternas behov och verksamhetens möjlighet att möta behoven. Den skall ge om patienterna möjlighet att nå hälso- och sjukvården oavsett ålder, sjukdom eller personliga förutsättningar. Vården ska ges i rimlig tid och på rätt vårdnivå utifrån patientens behov och omfattar även information och planer för eventuell fortsatt vård. En hög tillgänglighet innebär att alla former av patientmöten ska fungera. Det omfattar allt från de digitala möten, telefonrådgivning, akutbesök, planerade möten med hälso- och sjukvårdens medarbetare till det akuta eller planerade ingreppet.

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. Målet för Region Örebro län är att erbjuda patienter en god, jämlik och säker vård med nollvision för vårdskador. Verksamheterna ska, utifrån kunskapsstyrning och standardiserade vårdförlopp, arbeta systematiskt med kvalitets- och utvecklingsarbete för patientsäkerhet och för att förhindra vårdskador. Ett fördjupat och tillitsfullt samarbete mellan vårdens aktörer såväl internt inom hälso- och sjukvården som mellan Region Örebro län och kommunerna är en förutsättning för att uppnå en god och säker vård.

En patientsäkerhetsstrategi finns beslutad vilken anger inriktning för en god och säker vård. Målet är att ”ingen patient ska skadas eller avlida av undvikbara orsaker i samband med vård och behandling”. Region Örebro län ska stå för ett säkerhetsklimat där öppenhet och transparens medverkar till en lärande organisation för alla medarbetare. Vidare syftar strategin till att underlätta för patient och närstående att delta och medverka i patientsäkerhetsarbetet. Utveckling av patientsäkerhet i vården i takt med tiden kräver nya metoder och verktyg vilket ställer ökade krav på arbetssätt, verksamheter samt kompetens.

Patientsäkerhetsenheten arbetar med och följer i sitt uppdrag alla vårdkontakter likaväl som

patientens väg i vården. Detta helt i enlighet med visionen i den nya nationella handlingsplanen för patientsäkerhet "God och säker vård - överallt och alltid". I enheten ingår bl. a Vårdhygien, Smittskydd, Vårdslussen, Kliniskt träningscenter och SVF (Standardiserade vårdförlopp) med fokus på respektive vårdrelaterade infektioner, vårdgaranti, tillgänglighet samt utveckling av kompetens i yrket och språkkunskaper. Säkerhet och beredskap ingår också i enheten för att garantera god och säker vård vid allvarlig händelse. Chefläkare/anmälningansvariga ansvarar för verkställande av anmälningsskyldigheten vid allvarliga vårdskador. Uppföljningen av ärendena sker i samverkan med verksamhetscheferna som ansvarar för genomförande av tillämpliga åtgärder för att minska risk för att händelserna upprepas. I den årliga Patientsäkerhetsberättelsen redovisas resultat samt analys av arbetet som fortgått under året, och den utgör sedan underlag för planering framåt.

"Digitalt först"

Digitala tjänster ska, när det är möjligt och relevant, vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med dem som bor i Sverige, med organisationer och med företag. Digitala lösningar samt kontaktytor likt 1177.se ska underlätta för länets invånare att vara delaktiga och ha egenmakt, stödja kontakten mellan invånarna och verksamheterna. År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

Forskning och utbildning

Universitetssjukvård bedrivs inom hela bredden av Region Örebro läns hälso- och sjukvård och karaktäriseras av högkvalitativ hälso- och sjukvård, klinisk forskning, utbildning, innovation och samverkan med näringsliv, patienter och civilsamhället.

En forskande och utbildande verksamhet kommer invånarna till goda genom att erbjuda evidensbaserad hälso- och sjukvård i utvecklingsfronten, bygga framtida evidens, utveckla innovativa lösningar, utbilda framtida medarbetare. Dessa uppdrag genomförs i samverkan med invånare, närstående, patienter och civilsamhället genom att ta tillvara deras kunskaper, erfarenheter och vilja att delta i klinisk forskning och utbildning som medskapare

Region Örebro län samverkar med Örebro universitet inom ramen för det gemensamma universitetssjukvårdsuppdraget. Inom den nära vården sker också en samverkan med länets kommuner. Universitetssjukvården är en drivkraft på den regionala, nationella och internationella arenan som attraherar studenter, medarbetare, forskare, patienter och näringsliv till Örebro län

Effektmål:

Effektmål nr 1. Länets invånare har en god, jämlik och jämställd hälsa.

Indikatorer

- Resultat i patientenkäter, till exempel Nationell patientenkät och PREM-enkät *), ska vara bättre än vid tidigare mätning.
*) PREM-enkät (Patient Reported Experience Measures) är mått som utvärderar patientens upplevelse av den givna vården.

Indikatorer

- Patienter blir erbjudna insatser utifrån levnadsvanor vid kontakt med hälso- och sjukvården. Det följs upp via klassificering av vårdåtgärder (KVÅ), Primärvårds Kvalitet eller kvalitetsregister.
- Patienter som vårdats i Region Örebro län har tillfrågats om levnadsvanor. Uppföljning sker via Nationell patientenkät
- Möjligheten att använda webbtidbokning ska öka. Minst 30 procent av primärvårdens nybesökstider ska vara möjliga att boka via webbtidboken.
- Andelen samordnade individuella planer (SIP), av antal personer över 65 år listade till vårdcentral, ska öka 2020 jämfört med 2019.

Effektmål:

Effektmål nr 2. Länets invånare får högkvalitativ och tillgänglig hälso- och sjukvård.

Indikatorer

- Indikatorerna för inriktningsmålen under e-hälsa.
- Resultat i standardiserade vårdförlopp, målpuppfyllelsen ska förbättras under 2020 jämfört med väntetiderna för 2019.
- Mäts via uppfyllelse av vårdgarantin inklusive den förstärkta vårdgarantin.
- Återbesök inom planerad tid

Mål:

Vården är patientsäker.

Indikatorer

- Uppföljning av åtgärder utifrån lex Maria-anmälningar sex månader efter beslut.
- Uppföljning av avvikelshantering inom satta målvärden för 7, 90 samt 360 dagar.
- Patientsäkerhetsrund genomförs i varje verksamhet minst en gång årligen.
- Besvarande och uppföljning av klagomål/synpunkter sker enligt rutin

Effektmål som ansvaras av forsknings och utbildningsnämnden

Effektmål nr 3. Klinisk forskning och utbildning som bedrivs är av hög kvalitet och kommer länets invånare till godo via nya metoder inom vård och behandling.

Indikatorer

- Den kliniska forskningen ska vara fördubblad med bibehållen kvalitet till år 2030. Det mäts via Vetenskapsrådet bibliometri med utgångsvärde i ALF *) 2015, 50 procent ökning till 2022.
*) ALF är förkortningen för ett avtal mellan den svenska staten och vissa regioner om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.
- År 2022 ska 90 procent av medarbetare som aktivt deltar i undervisningsuppdrag uppfylla universitetets/utbildningsanordnarens riktlinjer för pedagogisk kompetens.

Effektmål som ansvaras av forsknings och utbildningsnämnden

Effektmål nr 4. Forskning och innovation tar tillvara invånare, närstående och patienters kunskap, erfarenheter och vilja att delta i klinisk forskning och ser dem som medskapare.

Indikatorer

- Andel prövningar av läkemedel och medicinsk teknisk utrustning, inklusive testbäddsverksamhet för innovationer, ska motsvara vad övriga universitetssjukvårdsaktörer utför år 2022.
- Andel publikationer planerade i samverkan med patientföreträdare ska öka till 10 procent år 2022.

Effektmål:

Effektmål nr 8. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov.

Indikatorer

- Minst 90 procent av länets invånare känner till 1177 Vårdguiden, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning via internet på 1177.se.
- Minst 75 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.
- Ett ökat utbud av e-tjänster.

Uppdrag:

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar.

Att förstärka hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete:

* Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utveckla samarbetet och tydliggöra gränssytan i samarbetet med kommunerna och civilsamhället kring förebyggande åtgärder. Uppdraget innefattar även att i samverkan med länets kommuner ta fram konkreta förslag på ett förändrat gränssnitt/avtal när det gäller hur rehabiliteringsresurser i form av fysioterapeuter och arbetsterapeuter ska organiseras för att skapa bra förutsättningar för öppenvårdsinsatser.

Att arbeta med insatser för en mer personcentrerad vård med ökad delaktighet

* Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta utvecklingen av vårdprocesser för utsatta patientgrupper

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbetet med omställning till nära vård.

Att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet för invånarna

* Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utreda förutsättningarna för att tillskapa pilotverksamhet med utökat omhändertagande av personer med långvarig funktionsnedsättning inom ett närsjukvårdsområde.

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbeta med att styra vårdflöden enligt principen för BEON (bästa omhändertagandenivå) för att frigöra kompetens och öka tillgängligheten.

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utveckla former för digital kontakt

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utreda och ta fram åtgärder som möjliggör för primärvården att vara navet i en god nära och samordnad vård

Perspektiv:

3.2 Process

Perspektivet process beskriver strategierna för Hälso- och sjukvårdens arbetssätt, metoder och processer för att effektmålen i perspektivet invånare och samhälle ska kunna uppfyllas.

Strategierna beskriver ett långsiktigt övergripande tillvägagångssätt för hur effektmålen ska uppnås och anger inriktningen för hur verksamheten ska utföras.

Kvalitet och utveckling

Strategi - En kunskapsorganisation som ständigt utvecklas

Kvalitetsarbete innebär att använda faktabaserade beslut, arbeta med processer och ständiga förbättringar med fokus på dem vi är till för. Det kräver kunskap och engagemang i ledningen, att ett helhetsperspektiv anammats och att medarbetare är delaktiga i arbetet. För att driva kvalitetsarbete krävs förutom professionell kunskap, kunskap i förbättringsarbete samt – för hälso- och sjukvård - patientens kunskap. Det är avgörande att medarbetare ges goda förutsättningar för att driva och delta i kvalitetsarbete och att ledningen efterfrågar resultat.

Hälso- och sjukvården måste vara flexibel, ta till sig nya rön, ny teknik och förändras i takt med omvärlden men under ordnade former. Genom arbete i Nationellt system för kunskapsstyrning – Sveriges regioner i samverkan kan effektiviseringsvinster uppnås när det gäller framtagande av standardiserade vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer på nationell nivå. Detta skapar förutsättningar för att erbjuda kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård. För att omsätta detta i patientmötet så att verklig skillnad kan uppnås, krävs en tydlig koppling mellan evidens och kvalitets- och implementeringsarbete. Etablering av lokala processgrupper inom kunskapsstyrning är en del i detta arbete. Viktigt är här att samordna med de redan befintliga kunskapsstyrningsområdena som rådet för medicinsk kunskapsstyrning, Camtö och läkemedelskommittén och dess expertgrupper i det pågående arbetet med kunskapsstyrning.

Utveckling förutsätter även samverkan med forsknings- och innovationsverksamhet. Att systematiskt under ordnade former pröva och utveckla nya metoder, vårdformer och arbetssätt är avgörande för att klara framtidens behov och kännetecknar universitetssjukvård. Projektet med Framtidens vårdavdelning har varit ett sätt att förändra för att möta morgondagens behov.

Strategi - Omställning mot nära vård

För att möta framtidens utmaningar i form av en åldrande befolkning, fler tekniska möjligheter och andra ekonomiska förutsättningar fortsätter omställningsarbetet mot en nära vård.

Primärvården är den vårdnivå som ska vara navet i en Nära vård samtidigt som omställningsarbetet berör hela hälso- och sjukvården. Utveckling mot en nära vård innebär en vård som är mer flexibel och möter patienten där den är såväl fysiskt som kognitivt.

Omställningen innebär en kulturförändring och nya arbetssätt i hela hälso- och sjukvården. En ökad samverkan internt och med andra samhällsaktörer, i synnerhet länets kommuner är en förutsättning. Arbetet med att utveckla vården för äldre genom särskilda äldremottagningar, VIP-spår och mobila team ska fortsätta. Primärvården behöver rustas för att klara av att vara nav i den nära vården och vara det första valet för invånarna om en förflyttning från vård på sjukhus

till vård i öppna vårdformer ska vara möjlig. För att detta ska bli möjligt krävs hög delaktighet från patienter, närstående och vårdens medarbetare. Samverkan med kommuner och civilsamhälle är också en förutsättning.

Strategi - Specialiserad och högspecialiserad vård

Specialiserad vård skall finnas inom regionen med kapacitet också för patienter som bor utanför Örebro län. För att öka kvalitet och effektivitet i olika vårdinsatser behöver arbetet med att utveckla olika centra och vid länets tre sjukhus fortsätta. Genom att koncentrera den mer avancerade vården samlas mer kunskap och erfarenhet runt den vård som patienter bara behöver en eller ett fåtal gånger i livet. Det ger på sikt högre kvalitet och en ökad jämlikhet.

Sedan regionsjukhuset utvecklats till ett universitetssjukhus har den högspecialiserade vården blivit allt mer viktig och prioriterad. Denna högspecialiserade verksamhet behövs inte bara för medborgarnas och patienternas del utan också av utbildnings- och forskningsskäl. Därtill utgör den en viktig komponent för rekrytering av medarbetare med dessa intressen, inriktningar och kompetenser. En flerårig mycket medveten satsning på USÖ är att vara ett traumasjukhus av kategori 1. De närmsta åren är avgörande för att säkra uthålligheten inom traumaverksamheten. En annan viktig, delvis för Region Örebro län speciell situation, är att ett före detta länsdelssjukhus, Lindesbergs lasarett, fått ett ansikte som universitetsenhet genom sin sällanvård, utbildning och forskning inom obesitas (fetma) och ledproteskirurgi.

Peniscancervården inom urologin är regionens i nuläget enda rikssjukvårdsverksamhet. Denna delas för Sverige med Skånes Universitetssjukhus. I närtid kommer denna verksamhet att omprövas/behöva ansökas om igen och styrningen av densamma gå över till systemet för nationell kunskapsstyrning. I samarbete mellan flera av områdena förbereds etableringen av trombektomier i hjärnan (avlägsnande av proppar). Under 2019 har en rekrytering av en neurokirurg skett, rekrytering av fler tillsammans med fortbildning av egna läkare gör att det bör vara möjligt att på sikt driva även denna högspecialiserade vård. Region Örebro län är en viktig aktör inom den högspecialiserade vården såväl nationellt som i den mellersta delen av Sverige och har goda förutsättningar att fortsätta utveckla den. Regionens strategiska läge och avstånden till motsvarande enheter ger med tanke på medborgarantalet motiv för en sådan utveckling

Ytterligare strategier inom kvalitet och utveckling

- Att kontinuerligt och systematiskt arbeta med ständiga förbättringar.
- Processororienterat arbetssätt vid produktion och kunskapsstyrning
- Att erbjuda en god utbildnings- och utvecklingsmiljö till Hälso- och sjukvårdens medarbetare
- Att ha goda relationer både inom Region Örebro läns verksamheter och med kommuner, andra regioner, universitet, civilsamhälle och övriga externa aktörer både lokalt, nationellt och internationellt.
- Att vara aktiv aktör inom den pågående nationella nivåstruktureringen

Digitalisering

Den pågående IT-utvecklingen gör att många människor ställer nya krav på tillgänglighet via digitala tjänster. Samtidigt står hälso- och sjukvården inför stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjning och har därför stora behov av att hitta mer effektiva lösningar för att möta invånarnas behov. Hälso- och sjukvårdens användning av digitala hjälpmedel kommer att öka

och framöver ha en omfattning som minst motsvarar samhället i övrigt. Därför ansluter sig Region Örebro län till de nationella målen att erbjuda digitala lösningar i första hand. I de fall där detta ur ett patientperspektiv inte är lämpligt erbjuds patienten telefonkontakt eller fysiskt besök.

Strategier digitalisering

- Ökade möjligheter för patienterna att utföra sina ärenden via digitala tjänster
- Ökad intern användning av digitala invånartjänster
- Ökad styrning/hänvisning av patientflöden mot digitalt först

Hållbar utveckling

En hållbar utveckling bygger på tre dimensioner: den sociala, den ekologiska och den ekonomiska. Hållbar utveckling är ett pågående arbete och handlar om att identifiera och genomföra insatser som är ömsesidigt värdeskapande. Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska arbeta för att hållbarhet är integrerat i ordinarie verksamhet. Därmed ges förutsättningar för att mognadsgraden i hållbarhetsfrågor ökar i hela organisationen. Ett sätt att nå detta är uppföljning och utveckling av de aktivitetsplaner som finns kopplat till Program för hållbar utveckling och utifrån genomförda hållbarhetsredovisningar.

Strategier hållbar utveckling

- Att aktivt samverka och kommunicera kring hållbar utveckling.
- Att skapa en tydlig förankring och känna ansvar i linjeorganisationen.
- Att kontinuerligt arbeta för att nå målen i Program för hållbar utveckling.

Regional utvecklingsstrategi

Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) - Tillväxt och hållbar utveckling i Örebro län 2018-2030 - är en gemensam vägvisare som beskriver hur Region Örebro län, tillsammans med kommuner, näringsliv, myndigheter, universitet och civilsamhälle, vill utveckla länet mot social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet för att uppnå Örebro läns vision om en attraktiv och pulserande region för alla. Strategin strävar efter att uppnå stark konkurrenskraft, hög och jämlik livskvalitet och god resurseffektivitet i Örebro län.

Strategier från RUS relevanta för Hälso- och sjukvården

- Investeringar i FoU
- Såld högspecialiserad vård
- Universitetssjukvård

Mål:

Hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation som ständigt utvecklas.

Indikatorer

- Mäts via etablerade lokala PO
- Mäts via såld vård totalt och såld vård utanför regionen
- Mäts via nöjdhet hos remitterande regioner
- Mäts via beläggning av utskrivningsklara patienter
- Antalet utbildningsdagar för legitimerad personal. Mäts via frånvaro för utbildning.

Indikatorer

Mål som ansvaras av forsknings och utbildningsnämnden:

Klinisk forskning, innovation och utbildningsmiljö med hög utvecklingspotential.

Indikatorer

- 2022 har FoU miljön bidragit till externrekrytering av minst fem disputerade medarbetare årligen (2019-2021).
- 2022 har antalet docentkompetenta medarbetare ökat med 50 procent jämfört med 2015.
- 2022 deltar universitetssjukvården i mer än 75 procent av nationella infrastrukturer för klinisk forskning och innovation vilka erhåller stöd från strategiska finansierare.
- 2022 är strukturer för BT samt verksamhetsförlagd utbildning inom den 6-åriga läkarutbildningen etablerats.

Uppdrag:

Uppdragen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs i samråd med berörda beredningar.

Att utveckla Hälso- och sjukvårdens effektivitet inklusive samordning och prioritering:

- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att ta fram förslag för verksamhetsförändringar utifrån de slutsatser som presenterats i den utvärdering av Hälso- och sjukvårdens organisation som gjorts under 2019.
- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att effektivisera flödet för neuropsykiatriska utredningar.
- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att det skall finnas behovs- och kapacitetsplaneringar för varje verksamhet. I detta ingår även länsperspektivet samt att göra nödvändiga prioriteringar
- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta arbetet med resultatet från projektet ”Framtidens vårdavdelning”.

Att fortsätta utveckla den högspecialiserade vården

- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta utvecklandet av trombektomiverksamheten
- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta utvecklandet av traumaverksamheten
- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att fortsätta uppbyggnaden av klinisk genetisk och precisionsmedicin

Uppdrag inom hållbar utveckling

- * Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att arbeta för ökad resurshushållning i ordinarie verksamhet, fr.a. gällande minskad användning av engångsprodukter samt minskad energianvändning

Uppdrag i samverkan med forsknings- och utbildningsnämnden

*Att, i samverkan med forsknings- och utbildningsnämnden (FUN) utreda en modell för att vid otillräckligt evidensläge delta i evidensuppbyggnad (FUN-nämnd) och/eller begränsa vårdutbudet (HS-nämnd).

*Att, i samverkan med forsknings- och utbildningsnämnden, utifrån ett patientperspektiv och utifrån existerande evidens eller inom ramen för kliniska studier, definiera innehållet i riktade mottagningar, exempelvis mottagningar för äldre och multisjuka, dropin-mottagningar och digital mottagning.

Perspektiv:

3.3 Resurs

Perspektivet resurs beskriver hur medarbetarnas kompetenser tas tillvara och utvecklas inom ramen för en hälsofrämjande arbetsplats. Kompetensförsörjningen ska säkerställas för att Region Örebro läns uppdrag kan genomföras. Region Örebro län ska också genom ständiga förbättringar och kostnadseffektiva lösningar hushålla med tillgängliga resurser för att skapa en ekonomi som ger handlingsfrihet.

Perspektivet resurs beskriver hur medarbetarnas kompetenser tas tillvara och utvecklas inom ramen för en hälsofrämjande arbetsplats. Kompetensförsörjningen ska säkerställas för att Hälso- och sjukvårdens uppdrag kan genomföras. Hälso- och sjukvården ska också genom ständiga förbättringar och kostnadseffektiva lösningar hushålla med tillgängliga resurser för att skapa en ekonomi som ger handlingsfrihet.

Attraktiv arbetsgivare och kompetensförsörjning

Hållbar kompetensförsörjning

En viktig förutsättning för att Region Örebro län ska kunna fullgöra sitt uppdrag är att kompetensförsörjningen fungerar. Det innebär att Region Örebro län ska kunna attrahera, rekrytera, utveckla och behålla den kompetens som behövs för att möta invånarnas behov av Region Örebro läns verksamhet. Behovet av en långsiktig kompetensplanering i en allt större konkurrens om arbetskraften ställer krav på att Hälso- och sjukvården är attraktiv som arbetsgivare och arbetar strategiskt inom detta område.

Nya perspektiv på kompetensbehovet

Vård nära invånarna ger utmaningar för kompetensförsörjningen, rätt kompetens ska finnas där vårdbehovet finns vilket ger nya perspektiv på kompetensbehovet. Det kommer också att krävas en rad insatser kopplade till hälso- och sjukvårdens organisation vilket även gäller för andra verksamheter. En fortsatt utveckling av bemanningsstrukturen till förmån för att använda kompetensen rätt är av största vikt. Alternativa lösningar och att skapa fler karriärvägar är nödvändigt. Insatser för att kompetensutveckla befintlig personal, se över administrativa rutiner och att frigöra resurser genom nya tekniska lösningar är nödvändigt. Forskning, teknisk utveckling och sociala innovationer skapar nya möjligheter till en högkvalitativ vård, ökad patientmedverkan och modernare arbetsorganisation.

Oberoende av inhyrd personal

Region Örebro län arbetar aktivt med att ha en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare och vill vara oberoende av inhyrd personal. 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. Med egen personal är möjligheterna till verksamhetsutveckling, en god arbetsmiljö och att arbeta patientsäkert stor. Det är ett sätt att säkra kompetensförsörjningen.

Hälsofrämjande arbetsplatser

Ett hållbart arbetsliv är en framgångsfaktor och ett konkurrensmedel samt en viktig del i att vara en attraktiv arbetsgivare. Region Örebro län ska vara en hälsofrämjande organisation vilket innebär att ständigt utveckla arbetsorganisationen och arbetsmiljön så att det främjar ett långsiktigt hållbart arbetsliv. En hälsofrämjande arbetsmiljö ska vara högt på agendan hos ledningen på alla nivåer och en naturlig del på arbetsplatsträffar.

Ekonomi

Ekonomi redovisas i kapitel budget

Effektmål:

Effektmål nr 10. Region Örebro län är en attraktiv arbetsgivare med hälsofrämjande, jämställda och jämlika arbetsplatser och bidrar till en hållbar kompetensförsörjning.

Indikatorer

HME – Hållbart medarbetarengagemang ska öka i jämförelse med tidigare medarbetarenkät.

- AVI – Attraktiv arbetsgivarindex ska öka i jämförelse med föregående år.
- Jämix – Jämställdhetsindex ska öka i jämförelse med föregående år.
- Frisktalet ska förbättras i jämförelse med föregående år.
- Personalomsättning, externt och intern, ska redovisas. Det ska minska i jämförelse med föregående år.
- Resultat av avslutningssamtal ska redovisas systematiskt i temaområden.

Effektmål:

Effektmål nr 11. Region Örebro län har en långsiktig stark och hållbar ekonomi samt uppnår en verksamhetsmässig och finansiell god hushållning.

Indikatorer

- Styrelsen och nämnderna redovisar ett resultat i balans.

Uppdrag:

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att fullfölja och genomföra beslutad ekonomisk handlingsplan i syfte att nå ekonomisk balans. Handlingsplanen ska vara omsatt i konkreta, hållbara och långsiktiga åtgärder och kan avse både kostnadsreduceringar och intäktsförstärkningar. Uppföljningen av åtgärderna ska beskrivas med ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser. Uppföljning av handlingsplanen ska vara en del av nämndens del- och årsrapportering till regionstyrelsen

Beredningarna får i uppdrag att utifrån sina fokusansvar bevaka genomförandet av åtgärderna inom den ekonomiska handlingsplanen.

4 Budget

4.1 Ekonomiskt utgångsläge och utveckling

Hälso- och sjukvårdsnämnden gick in i 2019 med ett underskott motsvarande 347 mnkr. Förutsättningarna för 2019 var att grundanslagen till verksamheterna i form av regionbidrag och hälsovalsersättning räknades upp med 1 % vilket innebar ett effektiviseringskrav motsvarande 140 mnkr. Detta effektiviseringskrav har varit svårt att uppfylla med framför allt en lönekostnadsutveckling runt 4 %, minskat utfall för såld vård och ökat utfall för köpt vård samt oförändrade kostnader för hyrläkare. Resultatet för hälso- och sjukvårdsnämnden prognostiseras för 2019 därför till ett underskott motsvarande 500 mnkr. Utifrån detta har en ekonomisk handlingsplan framtagits där åtgärder finns upptagna för att förbättra ekonomin. Totalt redovisar planen åtgärder summerade till 174 mnkr. Till detta ska läggas det uppdrag som alla ingående verksamhetsområden har att vidta åtgärder för att förbättra ekonomin. Det handlar mycket om att se över strukturer och arbetssätt och hitta vägar att bedriva verksamheten mera kostnadseffektivt. Produktions- och resursplanering, kompetensväxling och fastställande av uppdrag är viktiga delar i detta arbete.

4.2 Budgeterat utfall 2020

Den övergripande strategin för att gå emot en budget i balans är fortsatt tesen att ett förbättrat samarbete och en välstrukturerad planering av resurser och produktion skall ge avtryck i ekonomin med anledning av 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 stora delar av 2019 legat kring 4 %. 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 en stor utmaning även under det kommande året. 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 våra inremmitenter inom och utanför sjukvårdsregionen är också en viktig del i den ekonomiska strategin. Här är tanken att vi med länsverksamheter 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 hälso- och sjukvården.

Under 2020 kommer fortsatt stort fokus att läggas på arbetet med de strukturella omställningar som organisationsförändringen 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 fortsatt arbete med strukturella grepp som måste till.

Detta konkretiseras i den ekonomiska handlingsplanen som bl a omfattar översyn av jour- och beredskapslinjer i syfte att frigöra resurser för insatser på dagtid. Till detta kommer också ett fortsatt fokus på arbetet med god och nära vård och tydliggörandet av på vilken nivå vilken typ av vård ska bedrivas och hur resurserna utifrån det bäst används för största möjliga effektivitet.

4.3 Ekonomiska nyckeltal hälso- och sjukvård

Procent	Budget 2020	Prognos 2019	Budget 2019
Lönekostnadsökningstakt	2,0	3,7	2,0
Läkemedelskostnadsutveckling	2,0	4,1	2,0

4.4 Resultatbudget hälso- och sjukvård

Belopp i mnkr	Budget 2020	Prognos 2019	Budget 2019
Verksamhetens intäkter			
Avgifter och såld vård	1 800	1 775	1 707
Övriga intäkter	770	575	490
Summa intäkter	2 570	2 350	2 197
Verksamhetens kostnader			
Personalkostnader	-5 000	-5 145	-4 914
Köpt vård	-280	-335	-272
Läkemedel	-950	-955	-940
Övriga kostnader	-2 098	-2 280	-1 924
Avskrivningar, inventarier	-125	-111	-110
Summa kostnader	-8 453	-8 826	-8 160
Verksamhetens nettokostnader	-5 883	-6 476	-5 963
Finansnetto	-7	-7	-7
Regionbidrag/- ersättning	5 890	5 983	5 970
Resultat	0	-500	0

4.5 Driftbudget hälso- och sjukvård

Belopp i mnkr	Budget 2020		Prognos 2019	
	Omsättning	Varav regionbidrag	Omsättning	Varav regionbidrag
Område närsjukvård väster	630		620	339
Område närsjukvård norr	560		555	301
Område närsjukvård Örebro	875		865	176
Område närsjukvård söder	215		212	0
Område medicin och rehabilitering	1 330		1 315	1 255
Område opererande och onkologi	2 080		2 060	1 684
Område thorax, kärl och diagnostik	1 175		1 165	946
Område habilitering och hjälpmedel	417		415	350
Område psykiatri	780		775	722
Förvaltningsgemensamt	50		50	34
Summa	8 112		8 032	5 807

4.6 Investeringsbudget

Belopp i mnkr	Budget 2020	Prognos 2019	Budget 2019
Immateriella anläggningstillgångar			
Byggnadsinvesteringar			
Medicinteknisk utrustning	330	120	235
It-utrustning			
Övrig utrustning	159	40	138
Summa	489	160	373

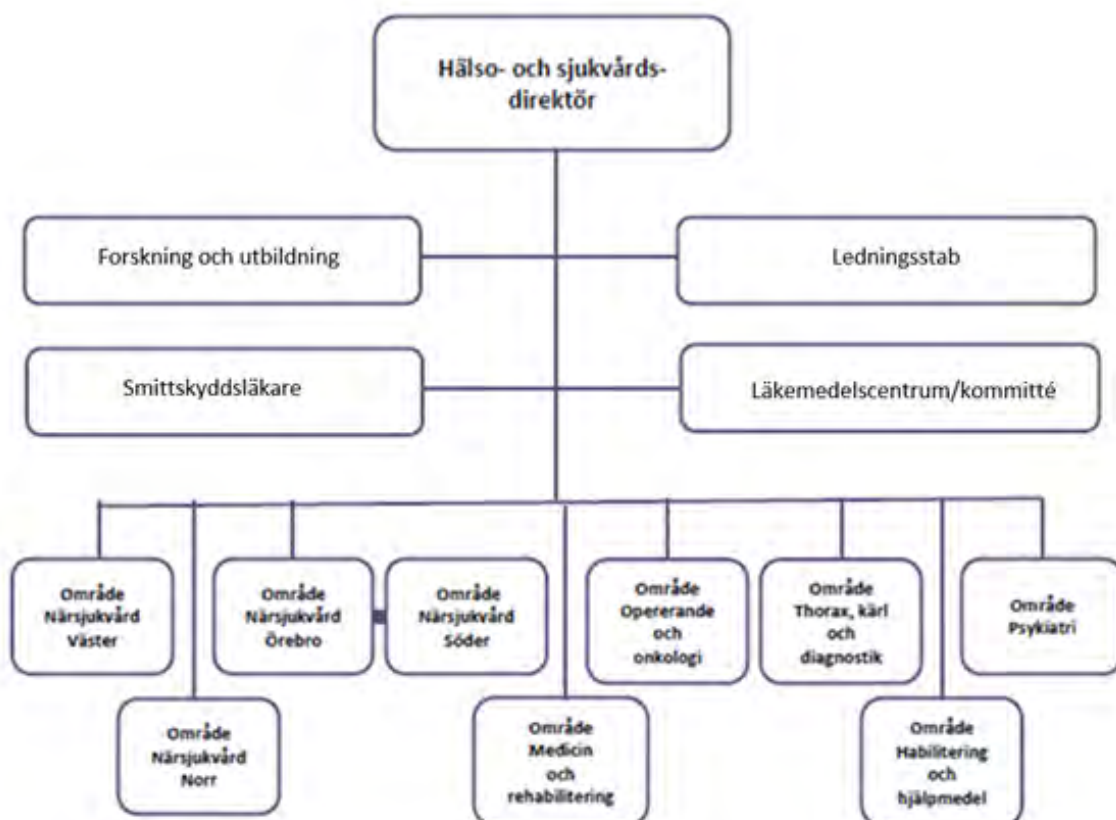
5 Organisation

Sedan 1 januari 2019 är Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarig vårdgivare för all Hälso- och sjukvård i Region Örebro län. Nämnden ansvarar för hela denna verksamhetsplan och de mål som finns i planen exklusive forskningsmål och forskningsuppdrag. Forsknings- och utbildningsnämnden är ansvarig för den forskning som bedrivs inom Hälso- och sjukvård. Regionstyrelsen är ansvarig för arbetsgivarfrågor. 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.

Det finns tre beredningar som är beredningsorgan till hälso- och sjukvårdsnämnden. Beredningarna har inte något beslutsmandat, utöver budgeten för den egna verksamheten. Det är beredningen för psykiatri, hjälpmedel och rehabilitering, beredningen för närsjukvård samt beredningen för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård. Syftet med beredningarna är att stödja och bistå nämnden, förbättra/möjliggöra kunskapsför djupning samt skapa ökad tillgänglighet till politiken för medborgare och andra aktörer.

Sedan 2014 är all hälso- och sjukvård tillsammans med klinisk forskning och utbildning samlad i en förvaltning. Utifrån beslut i dåvarande landstingsstyrelse (nuvarande regionstyrelse) så har fyra närsjukvårdsområden skapats med uppdrag att ansvara för den vård länets patienter behöver ofta och nära. I närsjukvårdsområdena organiseras verksamheter som huvudsakligen har ett lokalt inriktat uppdrag och där en likartad verksamhet bör bedrivas i alla länsdelar. Det handlar företrädesvis om allmänmedicin, basal akutsjukvård inklusive ambulanssjukvård och viss specialiserad öppen vård. Primärvården utgör basen i närsjukvårdsorganisationen. Landstingsstyrelsens beslut innebar också att länsverksamheter med gemensam produktionsplanering har etablerats för att ta ett ansvar för specialistsjukvården i hela länet. Inom ramen för länsverksamheterna har vissa ingrepp koncentrerats till något av de tre sjukhusen. Detta bygger på den nationella inriktningen att träning ger färdighet. Länsverksamhetsområdena är en förutsättning för att patienter i de fyra närsjukvårdsområdena ska få tillgång till länets samlade specialistkompetens på lika villkor. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens organisation har under hösten 2019 utretts av en extern utredare. Organisationsutredning kommer att bearbetas och utvärderas under våren 2020.



6 Uppföljning

Hälso- och sjukvårdens följs löpande upp av nämnden för Hälso- och sjukvård samt nämnden för forskning och utbildning. Nämnderna lämnar delårsrapport och verksamhetsberättelse till regionstyrelsen.

Regiondirektören följer löpande upp förvaltningens verksamhet.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har en månatlig intern uppföljning med förvaltningens områden.

I områden så sker en löpande uppföljning av verksamhetsområdena vid områdesmöten.

Uppföljning sker också i samverkan med de fackliga organisationerna genom samverkansgrupp.

Löpande resultat av preciserade indikatorer redovisas på Region Örebro läns resultattavla på intranätet.

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.

Förenklat kan man säga att den interna styrningen syftar till att "få bra saker att hända" för att verksamheten ska fullgöra/uppnå krav a-b och den interna kontrollen syftar till att "undvika negativa händelser" som kan leda till att verksamheten inte bedrivs i enlighet med krav c-e. Aktiviteter kopplade till den interna styrningen dokumenteras i nämndens verksamhetsplan och åtgärder kopplade till den interna kontrollen dokumenteras i internkontrollplanen som är del av verksamhetsplanen.

Den interna kontrollen ska vara tillräcklig enligt Kommunallagen (KL) 6 kap. 7 §. Med tillräcklig menas att processen för den intern styrning och kontroll 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. Vid uppföljningen av helår ska förvaltningar och nämnder göra en bedömning (ISK-bedömning) om den interna styrningen och kontrollen har varit tillräcklig. Regionstyrelsen gör sedan utifrån sin uppsiktsplikt en samlad bedömning i årsredovisningen.

7.1 Internkontrollplan

Internkontrollplanen består dels av regionövergripande risker med åtgärder som berör samtliga nämnder samt nämndspecifika risker med åtgärder.

Uppföljningen av IK-planen dokumenteras i delårsrapport samt i verksamhetsberättelsen. Resultatet av uppföljningen bereds i verksamhetsdialoger mellan förvaltningschef och regiondirektören.

Förklaringar till IK-planen nedan:

Verksamhet: Process/område.

Risk: Händelse som, om den inträffar kan leda till att verksamheten inte bedrivs i enlighet med krav c, d och e.

Åtgärd: Hur verksamheten vill hantera de risker som inte accepteras.

Verksamhet	Risk	Åtgärd
HR	Risken att systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) inte efterlevs.	Regionövergripande åtgärd: Varje chef ska säkerställa efterlevnaden av SAM utifrån de regionövergripande dokument som finns, och uppföljning ska ske i ledningsgrupper och i samverkansgrupper.
	Risken att underlag för utbetalning av lön och arvoden inte är korrekta.	Regionövergripande åtgärd: Skicka ut en påminnelse till ansvariga att kontroll av löneberäkningsresultat ska ske inför löneutbetalning.
	Risken att rekryteringsrutiner inte efterlevs.	Regionövergripande åtgärd: Informera alla chefer om betydelsen av referenstagning och konsekvenserna vid felrekrytering.
Ekonomi	Risken att inköp görs utanför avtal.	Regionövergripande åtgärd: Upphandlingen genomför uppföljning inom utpekade avtalsområden, 1 Övergripande material och tjänster, 2 Fastighet, 3 IT/Kommunikation, 4 Fordon, 7 Vårdrelaterad utrustning, textilier och hjälpmedel samt 8 Vårdrelaterat förbrukningsmaterial. Upphandlingen återkopplar till verksamheten om avtal inte följs. Verksamheten ska vidta åtgärder om avtal inte följs.
		Öka beställarkompetens samt tydliggöra och utveckla beställarorganisationen.
	Risken att kontanta medel hanteras felaktigt.	Genomföra stickprovskontroll av kontantkassor i enlighet med rutin. Vidta åtgärder vid avvikelser.
	Risken att ersättning till inhyrd personal (primärvård) är felaktig. Revisionsrapport.	Stickprov ska tas för kontrollera att ersättningsnivåer följer avtal. Kontroller av att fastställda riktlinjer avseende tidrapporterna följs av både leverantörer och verksamhet ska göras. Informationsinsatser ska ske löpande till leverantörer och verksamheter för att påtala funna brister i internkontrollen.
	Risken att fakturering av såld vård avseende patienter från andra landsting och kommuner i länet är felaktig. Revisionsrapport.	Säkerställa att underlag för fakturering upprättas utan onödig tidsförskjutning.
	Risken att utbetalning sker av leverantörsfakturor som är bristfälliga/ felaktiga.	Verksamheten ska vidta förebyggande åtgärder som exempelvis att utbilda/säkerställa att de kontroller som ska göras vid varje enskild betalning görs.

Verksamhet	Risk	Åtgärd
Informati onssäkerh et	Risken att verksamheten inte efterlever tillämplig dataskyddslagstiftning (GDPR och Patientdatalagen). Samt NIS-direktivet och lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.	Regionövergripande åtgärd: Säkerställa ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. En förutsättning för arbetet är: att verksamheten på det sätt som är möjligt avsätter resurser för informationssäkerhetsarbetet, att all berörd personal ska ha god kunskap om och medverka till att följa regelverk för informationssäkerhet, att informationsklassa och riskbedöma vid inköp, upphandling och förändring som kan påverka informationssäkerheten.
		Regionövergripande åtgärd: Säkerställ att informationsklassning av IT-stöd som innehåller personuppgifter har genomförts i enlighet med riktlinje för informationsklassning. Dokumentnr434302. Rapportera vilka system som är informationsklassade och vilka som kvarstår att informationsklassa.
		Regionövergripande åtgärd: Informationsägare/objektägare ska säkerställa att identifierade informationssäkerhetsbrister åtgärdas.
	Risken att en komplett IT-kontinuitetsplan inte finns.	Upprätta en IT-kontinuitetsplan.
Kvalitet och utvecklin g	Risken att verksamheten inte bedrivs i beaktande av intressenters krav och behov.	Regionövergripande åtgärd: Vid behov säkerställa ett 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.
	Risken att arbetssätt/processer som inkluderar flera verksamheter inte samordnas.	Regionövergripande åtgärd: Implementera ett processororienterat arbetssätt där behov finns. Stöd: Processororienterat arbetssätt på intranätet.
		Regionövergripande åtgärd: Identifiera och beskriv prioriterade arbetssätt/processer som kräver samordning mellan verksamheter. Stöd: Organisation för processledning och Systemkarta på intranätet.
Juridik	Risken att otillbörlig påverkan, muta/bestickning och korruption förekommer.	Regionövergripande åtgärd: Implementera ny riktlinje när denna är framtagen och beslutad.

Verksamhet	Risk	Åtgärd
Patientsäkerhet	Risken att anmälningsskyldigheten enligt PSL avseende legitimerad yrkesutövare inte efterlevs.	Implementera ny riktlinje "Legitimerad personal som utgör risk för patientsäkerheten".
	Risken att klagomål och synpunkter inte tas tillvara och att patientdelaktigheten inte stärks.	Systematisk aggregering och analys av klagomål/ synpunkter och åtgärder.
	Risk för överanvändning av antibiotika och bestående nivå av VRI.	Uppföljning av resultat från Infektionsverket PPM-VRI/BHK och MJG.
	Risken att händelseanalyser inte utförs, fördröjs och inte håller god kvalitet.	Utbilda analysledare, utveckla och anpassa organisationen.
	Risken att avvikelser inte rapporteras, hanteras inom verksamheten och förs vidare vid behov.	Information om skyldighet, som ett led i systematiskt förbättringsarbete.
Kunskapsstyrning	Risken att patientdelaktighet i utvecklingsarbeten inte prioriteras.	Utbilda och informera om hur patienter kan vara delaktiga i utvecklingsarbeten. Säkerställ att patientdelaktighet beaktas i utvecklingsarbeten. Ta fram ersättningsmodell för deltagande.
	Risken att rutin för ordnat införande inte efterlevs.	Information/kommunikation i HSLG för vidare spridning i verksamheten via områdena. Uppföljning ledningens genomgång.
	Risken att förutsättningar för lokal implementering av kunskapsstyrningssystemet inte tillses.	Besluta om och genomföra etablering av lokala programområden/ arbetsgrupper. Ge verksamheten och medarbetare förutsättningar att delta i arbetet. Utse processägare, processledare och processhandledare/ metodstöd.
	Risken att läkemedelskommitténs redan befintliga kunskapsstyrningsstruktur inte tas till vara i det nya systemet.	Att beslut tas och åtgärder genomförs för att åstadkomma en god samverkan.
Hälsofrämjande	Risken att medarbetare inte tar upp frågor om levnadsvanor då de saknar faktakunskap som ger en osäkerhet i rådgivning till patient.	Framtagande av personalutbildning om fysisk aktivitet, matvanor och alkohol. Utbildning genomförs.

Verksamhet	Risk	Åtgärd
Medicinteknisk säkerhet	Risken att berörda verksamheter inom Hälsa- och sjukvården inte efterlever gällande lagstiftning rörande medicintekniska produkter (MTP).	Regionservice, Område medicinsk teknik, anpassar system och utbildar berörda verksamheter i reviderad riktlinje och handbok medicintekniska produkter (MTP).

24

Anmälning- och
meddelandeärenden

20RS9

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, June Fors

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 20RS9

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Anmälnings- och meddelandeärenden

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:

1. T.f. hälsa- och sjukvårdsdirektör har fattat tilldelningsbeslut om medicinska frysar, 19RS4889.
2. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut om 3D-skrivare för anatomiska utskrifter, 18RS3863.
3. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut om öronundersökningsstolar, 17RS6523.
4. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut om öronenheter, 17RS6522.
5. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut om GC-MS/MS-system, 19RS3407.
6. Områdeschefen för forskning och utbildning har fattat beslut om initiering för upphandling av röntgenutrustning för brachyterapi, 19RS10021.
7. Områdeschefen för thorax, kärl och diagnostik har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning 53 och TIVA, 19RS10040.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, June Fors

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 20RS9

8. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på ögonklinikerna till 8 platser helger 2019-12-23 - 2020-01-06, 7 platser icke röda dagar eller helg, 5 platser röda dagar och helg.
9. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning 3 till 14 platser 2019-12-23 - 2020-01-06.
10. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning 6 till 10 platser 2019-12-23 - 2020-01-06.
11. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning 37 till 29 platser 2019-12-23 - 2020-01-06.
12. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om akut neddragning av vårdplatser på avdelning 6 till 14 platser 2019-12-09 - 2020-12-22.
13. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning 85 till 15 platser 2019-12-25 - 2020-01-06.
14. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning 23 till 13 platser 2019-12-23 - 2019-12-27 samt 2019-12-30 - 2020-01-01.
15. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på avdelning Q till 6 platser 2019-12-22 - 2020-01-06.
16. Områdeschefen för opererande och onkologi har fattat beslut om tillfällig neddragning av vårdplatser på vårdenhet 42 till 10 platser 2019-12-23 - 2020-01-06.
17. Områdeschefen för psykiatri har fattat beslut om lönetillägg x 10, 19RS6937.
18. Områdeschefen för psykiatri har fattat beslut om löneändring ST-läkare, 19RS6937.
19. Områdeschefen för psykiatri har fattat beslut om intagningsstopp på grund av caliciutbrott, samt uppföljande beslut om omvärdering av intagningsstopp, 19RS10472.
20. Områdeschefen för närsjukvård Örebro och söder har fattat beslut om skriftlig varning enligt AB 17 §11 mom 1, 19RS10590.
21. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om skuldsanering för påskrift av kronofogden.

22. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om upphandlingskontrakt blodgasanalys till Universitetssjukhuset Örebro.
23. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om initiering av upphandlingsuppdrag mellanmjukvara AEGISPOC.
23. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om avtal avseende Mekanist, Zejula, Mektovi.
24. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om initiering av upphandling av patienthotell i Lindesberg.
25. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om avropsbeställning av mobil röntgenutrustning.
26. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat tilldelningsbeslut om hörapparater 7-klövern DU-UPP18-0126, 18RS2492.
27. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om godkännande av överlåtelse av avtal om tandtekniska tjänster, 17RS2696.
28. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om nationellt framtagna avtal för läkemedel, en förlängning och ett nytt avtal, 17RS1992.
29. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om 3D-skrivare för anatomiska utskrifter till röntgenkliniken, 18RS3863.
30. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fattat beslut om nationella avtal för läkemedel, en förlängning och ett nytt avtal.
31. Områdeschefen för thorax, kärl- och diagnostik har fattat beslut om begäran om avgiftsbefrielse, 19RS10512.

Meddelandeärenden:

1. Protokoll från Beredning för närsjukvård den 20 november 2019.
2. Protokoll från Beredning för psykiatri hjälpmedel och habilitering den 26 november 2019.
3. Protokoll från Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård den 27 november 2019.



Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, June Fors

Sammanträdesdatum
2020-01-22

FöredragningsPM
Dnr: 20RS9

Beslutsunderlag

FöredragningsPM till hälso- och sjukvårdsnämnden den 22 januari 2020.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör



**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**

Sammanträdesdatum
2019-11-27

Plats och tid	Konferensrum Unden, M-huset, USÖ kl. 09:00-15:40
Tjänstgörande ledamöter	Ewa Sundkvist (KD) (ordförande) Sebastian Cehlin (M) (2:e vice ordförande) Ulla Kalander-Karlsson (S) Ingvar Ernstson (C) Linda Brunzell (M) Birgitta Malmberg (L) Patrik Nyberg (SD) Erica Gidlöf (KD) ersätter Azra Prepic (S) § 40, del av § 41, § 42 Andreas Tranderyd (MP) ersätter Kent Gustafsson (S) Monika Klockars (M) ersätter Azra Prepic (S), §§ 38-39, del av § 41
Närvarande ersättare	Monika Klockars (M) § 40, del av § 41, § 42
Övriga närvarande	Peter Rask, områdeschef, Kärl-thorax, diagnostik §§ 38-39, del av § 41 Lisa Bjärmark, verksamhetschef röntgenkliniken §§ 38-39, del av § 41 Mats Dreifaldt, verksamhetschef kärl-thoraxkliniken §§ 38-39, del av § 41 Stella Cizinsky, verksamhetschef hjärt-lung-fysiologiska kliniken §§ 38-39, del av § 41 Jan Forslid, verksamhetschef laboratoriemedicinska kliniken del av § 41 Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör del av § 41 Karin Haster, områdeschef psykiatri del av § 41, § 42 Ewa Slätmo, områdeschef medicin och rehabilitering del av § 41, § 42 Gun Loiske, projektledare område psykiatri del av § 41, § 42 Gustav Ekbäck, planeringschef del av § 41, § 42 Ted Rylander, utredare Maria Boström, sekreterare
Utses att justera	Birgitta Malmberg
Justeringens tid	
Protokollet omfattar	§§38-42

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
Datum för anslags
uppsättande
Förvaringsplats för
protokollet
Underskrift

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård
2019-11-27

2019-12-13

Datum för anslags
nedtagande

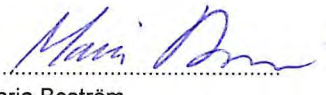
2020-01-04

Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro


Maria Boström

**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**Sammanträdesdatum
2019-11-27**Underskrifter**

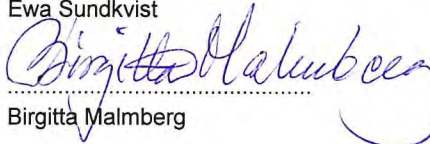
Sekreterare


.....
Maria Boström

Ordförande


.....
Ewa Sundkvist

Justerande


.....
Birgitta Malmberg



**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**

Sammanträdesdatum
2019-11-27

Innehållsförteckning

§ 38	Protokollsjustering
§ 39	Anmälan av frågor
§ 40	Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden - beredningens uppdrag för 2019
§ 41	Information
§ 42	Svar på anmälda frågor



§ 38 Protokollsjustering

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att jämte ordföranden justera dagens protokoll utse Birgitta Malmberg (L) med Sebastian Cehlin (M) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 11 december 2019.



§ 39 Anmälan av frågor

1. Birgitta Malmberg (L) vill ha en statusuppdatering över materialbristen.
2. Birgitta Malmberg (L) frågar hur det ser ut med sjukskrivningar inom de olika områdena i Region Örebro län.



§ 40 Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden - beredningens uppdrag för 2019

Diarienummer: 19RS7882

Sammanfattning

Fokus detta år för beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård har varit inspel till hälso- och sjukvårdsnämnden för en ekonomi i balans samt kunskapsinhämtning från och dialog med specifika delar av verksamheten. Bedömningen är att Uppdrag A är genomförd och övriga uppdrag förutom uppdrag 54 och 63 beräknas uppnå målnivå. Uppdrag 54 och 63 visar båda en viss avvikelse från målnivån och bör därför fortsatt följas.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2019-11-27, Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2019
- Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård, rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2019

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att godkänna rapporten och överlämna den till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 41 Information

Sammanfattning

1. Inledning fördjupning specialistvård: Område Kärl-thorax, diagnostik

Peter Rask ger en kort presentation av området. De kliniker som ingår i området är röntgenkliniken, laboriemedicinska kliniken, hjärt-, lung- och fysiologiska kliniken, kärl- och thoraxkliniken, arbets- och miljömedicinska kliniken och sjukhusfysik. Totalt har området cirka 1000 medarbetare. Området är mycket forskningsmeriterat med bland annat 4 professorer, 14 docenter och 41 disputerade. Vidare presenteras styrkor, svagheter och möjligheter för området.

2. Röntgenkliniken

Lisa Bjärmark presenterar röntgenkliniken som är en länsklirik och har cirka 200 anställda i Örebro, Karlskoga och Lindesberg. Information ges om de olika metoder som används och pågående projekt med ombyggnation och utbyte av utrustning. Maskinparkens värde uppgår till mer än 200 miljoner kronor. Inkommande remisser för magnetkamera- och datortomografiundersökningar har ökat kraftigt de senaste åren vilket gör att kompetensförsörjningen är en utmaning. Investeringsbehovet för 2020-2026 presenteras.

3. Kärl-thoraxkliniken

Mats Dreifaldt presenterar kärl- och thoraxkliniken som opererar och vårdar patienter med sjukdomar i hjärta, kärl, lungor eller bröstorg. Det unika för kliniken är att här finns både egen operationsavdelning och intensivvårdsavdelning (TIVA) tillsammans med vårdavdelning (avdelning 53) och administration. Antalet operationer 2019 presenteras.

4. Studiebesök Kärl-thoraxkliniken

Studiebesök genomförs på operationsavdelningen, vårdavdelning 53 och intensivvårdsavdelningen (TIVA)

5. Laboriemedicinska kliniken

Jan Forslid presenterar laboriemedicinska kliniken som är en länsövergripande klinik och bedriver verksamhet på länets tre sjukhus. Kliniken har cirka 300 anställda och bedriver en bred verksamhet inom bakteriologi, immunologi, klinisk kemi, transfusionsmedicin, farmakologi, patologi, cytologi och molekylärgenetisk verksamhet. Det direkta vårduppdraget omfattar analyser och tolkningar, provtagningar, blodförsörjning, framställning av produkter för transplantation och annan behandling samt diagnostik. Utmaningar för kliniken är bland annat kompetensförsörjningen.

6. Hjärt-lung-fysiologiska kliniken

Stella Cizinsky presenterar hjärt-lung-fysiologiska kliniken och dess tre sektioner. Kliniken har cirka 270 medarbetare där hjärtsektionen är cirka halva kliniken. Resterande sektioner är lungsektionen och fysiologsektionen. Till hjärtsektionen kommer främst patienter med akuta hjärtinfarkter, hjärtsvikt, kärlkramp och hjärtrytmrubbningar. Lungsektionen utreder och behandlar patienter med besvär från luftvägarna, exempelvis astma, kronisk obstruktiv



**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**

lungsjukdom (KOL) och lungcancer. Hit hör även tobakspreventiva enheten och sömnapné-mottagningen. Fysiologsektionen utför kvalificerade fysiologiska undersökningar, framförallt inom hjärta och lungor.

7. Presentation av ny hälso- och sjukvårdsdirektör

Jonas Claesson presenterar sig och berättar om sin bakgrund samt sitt uppdrag som hälso- och sjukvårdsdirektör.

8. Kompetensförsörjning psykiatrisk och somatisk specialistvård

Karin Haster informerar om hur verksamheten arbetar med kompetensförsörjningen inom psykiatrin. För att skapa ett hållbart medarbetarengagemang arbetas med förbättringsområden och olika former av aktiviteter. Verksamheten arbetar med kompetensplaner som visar nuläge, läget om 3-4 år och om 5-7 år för att se inom vilka yrkeskategorier det är/kommer att vara brist.

9. Mobila team, samarbete psykiatrisk och somatisk specialistvård

Ewa Slätmo informerar om de olika mobila team som Region Örebro län har.

Näsjukvårdsteam Örebro är en form av förstärkt hemsjukvård för äldre personer med omfattande och komplexa behov.

Geriatriska öppenvårdsteamet har som målgrupp äldre, sköra patienter som efter kontakt med sjukvården bedöms ha ett behov av snabb medicinsk uppföljning i hemmet. Teamet hjälper även patienter som är i behov av multiprofessionella rehabiliteringsinsatser samt benamputerade patienter över 18 år som behöver uppföljning och träning.

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Detta teams målgrupp är patienter med demensdiagnos som bor på boende och har svåra beteendemässiga symtom.

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Målgruppen är patienter över 18 år som är i behov av avancerad sjukvård i hemmet. Uppdraget omfattar både avancerad palliativ hemsjukvård och avancerade medicinska konsultuppdrag för icke palliativa patienter.

Mobila psykiatriteamet som arbetar med suicidprevention för patienter som har aktiva tankar och/eller planer på att suicidera eller har genomfört suicidförsök. Avser akut kontakt, ett till max tre besök.

Mobilt team rättspsykiatri består för närvarande av tre sjuksköterskor som i första hand arbetar med patienter som befinner sig i rättspsykiatrisk vård.

Mobilt team psykiatrisk rehabilitering arbetar med hembesök hos patienter med komplex och psykiatrisk problematik, majoriteten av patienterna har psykosproblematik.

Mobilt team barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har som uppdrag att kunna erbjuda



**Beredning för somatisk
specialistvård och
högspecialiserad vård**

insatser utifrån patientens behov. Detta innebär ibland diagnostisk bedömning i hemmet, ibland observationer av små barn i förskolan som en del i neuropsykiatrisk utredning.

Mobila team öppenvård finns kopplat till ett par öppenvårdsmottagningar i länet utifrån lokala behov. Utveckling pågår för att skapa ett mer strukturerat samarbete med socialtjänst och närsvård.

10. Könsdysfori, tydlighet i vårdförloppet

Gun Loiske informerar om begreppet könsdysfori, eller könsinkongruens som diagnosen kommer att ändra namn till. Begreppet används för personer vars könsidentitet inte stämmer överens med det kön som de tilldelats juridiskt vid födseln. Region Örebro län gjorde våren 2019 en utredning om omhändertagandet av patienter med könsdysfori. Utredningen visar att det inte finns någon tydlig struktur i vårdförloppet och att väntetiden till utredande enheter är cirka två år lång. Det har också varit dålig kontroll på hur många patienterna är och vilka resurser som utgår. Gun berättar att Region Örebro län nu går vidare med en arbetsgrupp med alla involverade aktörer och att nästa steg bland annat blir att uppdatera riktlinjer, föra dialog med utredande enheter samt att träffa patienter.

11. Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt

Ted Rylander informerar bland annat om att regeringen har utsett en nationell samordnare för ökad kvalitet i äldreomsorgen. Sjukvårdsregionalt är ett nytt sjukvårdsregionalt avtal på gång. Lokalt så har regionfullmäktige tagit beslut om nya avgifter i hälso- och sjukvården för 2020.



§ 42 Svar på anmälda frågor

1. Gustav Ekbäck besvarar Birgitta Malmberg (L) fråga om materialbristen. Situationen är lite bättre just nu men läget är inte stabilt.

Övrig fråga besvaras vid ett senare tillfälle.

Plats och tid	Stora konferensrummet, P-huset, 4 vån, Universitetssjukhuset i Örebro kl 09:00-16:00
Tjänstgörande ledamöter	Carina Dahl (S) ordförande Emilia Molin (C) vice ordförande Kristian Berglund (M) 2:e vice ordförande Thomas Andersson (S) §§30-31, del av §32, §§33-34 Linda Torége (S) §§30-34 Malin Silén (KD) Lennart Carlsson (M) Pernilla Marberg (SD) Lise-Lott Svensson (L)
Närvarande ersättare	Inger Högström-Westerling (M)
Övriga närvarande	Alexander Bygdén (S) politisk lärling Karin Haster områdeschef psykiatri Mats Eriksson områdeschef habilitering och hjälpmedel §30-31, del av §32, 33-34 Jonas Claesson hälso- och sjukvårdsdirektör del av §32 Åge Sollien funktionshinderkonsulent §34 Spyridon Kilaidakis, chefsöverläkare del av §32 Andreas Geschwind-Widegren enhetschef del av §32 Stefan Stjernström verksamhetschef del av §32 Mia Johansen enhetschef del av §32 Erik Ström psykolog del av §32 Ted Rylander utredare Marita Jansson sekreterare
Utses att justera	Pernilla Marberg
Justeringens tid	2019-12-05
Protokollet omfattar	§§30-35

ANSLAG/BEVIS


Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
**Datum för anslags
uppsättande**
**Förvaringsplats för
protokollet**
Underskrift

Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering
2019-11-26

2019-12-06 **Datum för anslags
nedtagande**

Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro


Marita Jansson

2019-12-29

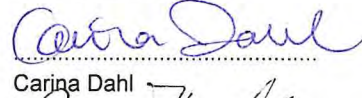


Underskrifter

Sekreterare


.....
Marita Jansson

Ordförande


.....
Carina Dahl

Justerande


.....
Pernilla Marberg

Innehållsförteckning

- § 30 Protokollsjusterare
- § 31 Anmälan om frågor
- § 32 Information
- § 33 Gemensamt sammanträde med beredning för närsjukvård
- § 34 Fördelning av föreningsbidrag och projektstöd till länets funktionshinderorganisationer 2020
- § 35 Svar på anmälda frågor





§ 30 Protokollsjusterare

Beslut

Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel beslutar

att jämte ordförande justera dagens protokoll utse Pernilla Marberg (SD) med Malin Silén (KD) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 10 december.



§ 31 Anmälan om frågor

Fråga ställd av Camilla Hansén vid sammanträde 2019-10-09:

Hur fungerar det i vår region avseende drogtest vid behandling av ADHD?



§ 32 Information

Aktuellt från verksamheten psykiatri

Karin Haster informerar om att beredningen vid nästa sammanträde kommer att få rapport om årshjulet som det nu arbetas med. Inom neuropsykiatriområdet arbetas det intensivt med flöden med mera. Bra resonemang förs när det gäller produktion och kapacitetsplanering. Karin informerar om att hon den 27 november kommer att medverka vid beredning för specialistvård och högspecialiserad vård och de vill veta mer om kompetensförsörjning, mobila team och könsdysfori, hon skickar de bilder hon använder då även till den här beredningen. Samarbetet med den somatiska och geriatriska vården fungerar bra.

Aktuellt från verksamheten habilitering och hjälpmedel

Mats Eriksson informerar om det som just nu är aktuellt inom verksamheten, bland annat när det gäller tillgängligheten. Mats räknar med att göra ett bättre resultat än beräknat. Prognosen visar på ett underskott på 28 mnkr vid årets slut, Mats räknar dock på att göra ett bättre resultat än så. Åtgärdsplanen som lämnades in i juni kommer att hållas. Produktionsplanering pågår och det arbetas bland annat med verksamhetsnära IT. Det handlar om effekt/nytta och om det inte finns ska vi inte hålla på med det. Habiliteringen ska spara 17 mnkr på två år. Kostnaderna ökar, men ingen uppräknning, vilket gör att förslag till åtgärder för 2020/2021 måste tas fram.

Medborgardialog 2020

Carina Dahl redogör att arbetsgruppen träffats den 20 november med anledning av den medborgardialog som är tänkt att genomföras våren 2020. Processledare Adam Helles som arbetar vid utvecklingsenheten psykiatri deltog på mötet. Syfte och målgrupp diskuterades och gruppen var överens om att medborgardialogen ska handla om hur det är att få kontakt med vården när man drabbas av psykisk ohälsa, däremot är det inte klart om den ska vara för barn och unga eller om den inte ska vara åldersbestämd. Om beredning för närsjukvård är intresserade skulle medborgardialogen kunna genomföras gemensamt. Medborgardialogen är också en kunskapsinhämtning och ger en möjlighet för politikerna att få insyn.

Presentation av ny hälso- och sjukvårdsdirektör

Den nya hälso- och sjukvårdsdirektören Jonas Claesson presenterar sig, berättar om sin bakgrund och sina tankar framåt. Han poängterar att det är ett gemensamt arbete, "laget framför jaget" och att han måste bygga ett starkt team runt sig. Jonas talar om standardiserande uppföljningar när det gäller ekonomin, att utgifterna inte får överstiga intäkterna, en ökad kostnadsmedvetenhet, noggrann planering och förmåga att arbeta med flöden.

Studiebesök

En studiebesök görs vid Beroendecentrums vårdavdelning, tillnyktringsenhet och LAROmottagning. På LAROmottagningen behandlas patienter som har ett beroende av heroin eller andra opiater/opioider.



**Beredning för psykiatri,
hjälpmedel och habilitering**

LAROmottagningen

På LAROmottagningen behandlas patienter som har ett beroende av heroin eller andra opiater/opioider. Spyridon Kilaidakis informerar om att det på LAROmottagningen ges en läkemedelsassisterad behandling mot opioidberoende, vilken kan vara lämplig om man uppfyller vissa kriterier, exempelvis har minst ett år dokumenterat opiatmissbruk, har kontakt med socialtjänsten och att man söker behandlingen frivilligt. Målsättningen för de som behandlas är framförallt drogfrihet, men också en psykisk god hälsa, ett icke kriminellt liv samt ett drogfritt socialt nätverk.

Beroendecentrum vårdavdelning, tillnyktringsenhet

Andreas Geschwind-Widegren informerar om att tillnyktringsenheten bedrivs av Beroendecentrum på uppdrag av länets kommuner. En ombyggnation kommer att ske inom kort. På tillnyktringsenheten får besökare tillnyktra, under tillsyn under säkra förhållanden och är ett första alternativ gentemot arresten. Det finns vissa kriterier för att få komma till tillnyktringsenheten.

Beroendecentrum öppenvård USÖ

Stefan Stjernström redogör för beroendecentrum öppenvårds verksamhet där LAROmottagning, dopningsmottagning, mottagning för läkemedelsberoende och sprututbytesverksamhet finns. Mottagningen för läkemedelsberoende saknar läkare och kan därför inte ha öppet.

Sprututbytesmottagningen

Stefan Stjernström informerar om sprutbytesmottagningen till vilken infektionskliniken är huvudman. Sprututbytesmottagningen öppnade i maj 2019 och har cirka 85 patienter inskrivna just nu. Mottagningens syfte är bland annat att minska och förebygga smittspridning av blodburna infektioner, framför allt hepatit C och HIV. Patienterna erbjuds kontakt med beroendecentrum med sikte på ett narkotikafritt liv.

Beroendecentrum öppenvård Slottsgatan

Mia Johansen redogör för verksamheterna som finns på Beroendecentrum öppenvård på Slottsgatan och där finns allmänmottagning, neuropsykiatrisk mottagning, Kajsamottagningen och ungdom. De tar emot personer med drogproblem, narkotika, alkohol och spelberoende och får in cirka 100 remisser i månaden. När Maria ungdom öppnar överförs ungdom dit, förutom de med dubbeldiagnoser.

Beroendecentrum psykolog och psykoterapeutenhet, spelberoende

Erik Ström arbetar på Beroendecentrums psykolog och psykoterapeutenhet med spelberoende. Teamet, som består av tre personer i dagsläget, arbetar med hela länet. När det gäller behandling har det visat sig kraftfullt att behandla i grupp, cirka sex personer. Antalet självmord är större bland spelberoende än bland andra missbruk.

Maria ungdom

Stefan Stjernström informerar om Maria ungdom, en öppenvårdsverksamhet som öppnar i januari 2020. Verksamheten sker i samverkan mellan Örebro kommun och Region Örebro län. Sjuksköterskor, psykologer, läkare, kuratorer och socialsekreterare kommer att arbeta i samma verksamhet, vilken vänder sig till ungdomar mellan 13 och 25 år som har alkohol- och/eller drogmisbruk, men också för deras vårdnadshavare, familjer och nätverk.



Samverkan i nära vård, 2030 - Vad ser vi inför framtiden?

Stefan Stjernström informerar om att när det gäller samverkan i nära vård har man identifierat att det finns ett behov av dialogmöten med primärvård.

Inför 2030 kommer vi sannolikt att ha färre läkare, fler digitala möten, produktionskrav, produktions- och kvalitetsplanering med mera. För att komma dit krävs exempelvis tydligare arbetsledning, öppna tidböcker, tydligare definitioner av arbetsuppgifter och genomförande. Det krävs också en stor noggrannhet vid nyrekryteringar. När det gäller produktionsplanering var Kajsamottagningen, LAROmottagningen och allmänmottagningen först ut med detta våren 2019. Psykolog och psykoterapeutenheten ska nu göra detsamma.





§ 33 Gemensamt sammanträde med beredning för närsjukvård

Diarienummer: 19RS7264

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har gett beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel ett antal uppdrag att genomföra, men också uppdrag att genomföra i samverkan med beredning för närsjukvård. Därför bedöms ett gemensamt sammanträde för de båda beredningarna vara nödvändigt och är inplanerat den 5 februari 2020 klockan 09:00-12:00.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel 2019-11-26
Gemensamt sammanträde med beredning för närsjukvård

Beslut

Beredning för Psykiatri, habilitering och hjälpmedel beslutar

att tillsammans med beredning för närsjukvård ha ett gemensamt sammanträde den 5 februari 2020 klockan 09:00-12:00.

Skickas till

Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedels ledamöter och ersättare
Berörda tjänstemän



§ 34 Fördelning av föreningsbidrag och projektstöd till länets funktionshinderorganisationer 2020

Diarienummer: 19RS7420

Sammanfattning

Fördelningsgruppen har tillsammans med funktionshinderkonsulenten tagit fram ett förslag till fördelning av föreningsbidrag samt projektstöd till länets funktionshinderföreningar för år 2020. Enligt förslaget kommer cirka hälften av föreningarna att få en höjning av bidraget. Medel till de höjda bidragen kommer dels från outnyttjade projektmedel, dels från medel som inte har fördelats som tidigare år då två föreningar inte har inkommit med ansökan.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel 2019-11-26 Fördelning av föreningsbidrag och projektstöd till länets funktionshinderorganisationer 2020
- Fördelningsförslag
- Förslag till fördelning vid ev uppskrivning av budget 2020

Reservation

Mot beslutet reserverar sig Pernilla Marberg (SD) med anledning av bristande underlag till fördelade medel.

Beslut

Beredningen för psykiatri, habilitering och hjälpmedel föreslår regionstyrelsen besluta, under förutsättning att regionfullmäktige beslutar om oförändrade anslag under 2020,

att anta förslag om fördelning av föreningsbidrag 2 806 tkr till funktionshinderorganisationerna,

att avsätta 20 tkr till rådet för funktionshinderfrågors referensgrupp,

att eventuell uppräknings i budget 2020 används för projektmedel år 2021, samt

att rekommendera att en process påbörjas för att riktlinjerna ska ses över när det gäller föreningsbidragen.

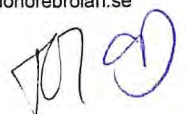
Skickas till
Funktionshinderkonsulent



§ 35 Svar på anmälda frågor

Svar på fråga ställd av Camilla Hansén vid sammanträde 2019-10-09:
Hur fungerar det i vår region avseende drogtest vid behandling av ADHD?

Stefan Stjernström och Karin Haster besvarar frågan om drogtest vid behandling av ADHD och säger att man inte gör det. Man tar endast drogtest om man misstänker att personen är påverkad av något och då efter läkarens bedömning.



Plats och tid	Linden, Eklundavägen 1 kl. 09:00-16:00
Tjänstgörande ledamöter	Charlotte Edberger Jangdin (C) ordförande Gunnel Kask (S) vice ordförande Anna Ågerfalk (L) 2:e vice ordförande Sven-Olof Reinholdsson (S) Fredrika Jakobsen (S) Markus Lundin (KD) Ebba von Schéele (M) Oscar Lundqvist (SD) Cecilia Albertsson (M) ersätter Maria Lönnberg (M)
Närvarande ersättare	Zaki Habib (S) Rose-Marie Wilnerzon-Thörn (KD) §§33-34, del av §35 Ingvar Ernstson (C) Agneta Nilsson (MP)
Övriga närvarande	Heléne Fredriksson områdesekonom norr del av §35 Jan Sundelius projektledare för patientkontrakt del av §35 Anna Mann projektledare vid staben för digitalisering del av §35 Boel Lindblom projektledare staben för digitalisering del av §35 Eva Frantz staben hälso- och sjukvård del av §35 Ingrid Gustavsson samordnande skolsköterska vid hälso- och sjukvårdsförvaltning gemensam del a §35 Karolina Stridh chef hälso- och sjukvårdsstaben del av §35 Elisabeth Liljekvist områdeschef närsjukvård norr del av §35 Katrinn Eriksson områdeschef närsjukvård väster del av §35 Ewa-Lena Sjöberg områdeschef närsjukvård örebro och söder del av §35 Lena Adolfsson bitr hälso- och sjukvårdsdirektör §§33-34, del av §35, §§36-40 Gabriel Stenström utredare Marita Jansson sekreterare
Utses att justera	Ebba von Schéele
Justeringens tid	2019-12-04
Protokollet omfattar	§§33-40

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ
Sammanträdesdatum
Datum för anslags
uppsättande
Förvaringsplats för
protokollet
Underskrift

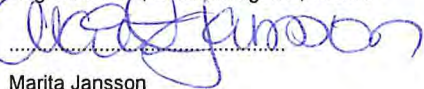
Beredning för närsjukvård
2019-11-20

2019-12-04

Datum för anslags
nedtagande

2019-12-27

Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro



Marita Jansson





Underskrifter	Sekreterare	 Marita Jansson
	Ordförande	 Charlotte Edberger
	Justerande	 Ebba von Schéele



Beredning för närsjukvård

Innehållsförteckning

- § 33 Protokollsjusterare
- § 34 Anmälan om frågor
- § 35 Information
- § 36 Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden om beredningens uppdrag 2019
- § 37 Yttrande över förslag till svar på medborgarförslag angående portkod för ambulans och blåljus
- § 38 Yttrande över förslag till svar på medborgarförslag angående portkod för räddningstjänsten
- § 39 Gemensamt sammanträde med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel
- § 40 Svar på anmälda frågor



§ 33 Protokollsjusterare

Beslut

Beredning för närsjukvård beslutar

att jämte ordförande justera dagens protokoll utse Ebba von Schéele (M) med Fredrika Jakobsen (S) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 4 december 2020.

§ 34 Anmälan om frågor

Ingvar Ernstson frågar om bemanningen vid Hallsbergs vårdcentral.

Gunnel Kask frågar hur vårdcentralerna ställer sig när det är brist på en receptfri medicin, i det här fallet läkemedel för springmask, och patienten istället får ett starkare receptbelagt läkemedel. Frågan ställs med tanke på riskerna för antibiotikaresistens.

Agneta Nilsson frågar hur kommer ambulanserna att räcka till när jourlinjen dras in på Lindesbergs lasarett.

Agneta Nilsson frågar om familjecentraler, hur agerar Region Örebro län om kommuner på grund av besparingar inte vill starta familjecentraler.



§ 35 Information

Ekonomi

Heléne Fredriksson redogör för närsjukvårdens resultat per den sista oktober, vilket visar på ett minus på 100,8 mnkr. Resultatet vid årets slut ser ut att landa på minus 128 mnkr. Övergripande orsaker till resultatförsämringen är bland annat att kompensationen endast är på 1 procent, vilket kräver ett effektiviseringskrav på cirka 33 mnkr på helårsbasis. Ökade hyreskostnader och löneökningstakten på 5,6 procent, vilket motsvarar 42,8 mnkr, är andra orsaker. Utfallsrapport, resultatrapport samt lönekostnader för januari till oktober redovisas. Antalet hyrläkare har minskat på alla ställen utom i södra länsdelen.

Patientkontrakt

Jan Sundelius och Anna Mann redogör för bakgrund och syfte när det gäller patientkontrakt. Det är en nationellt prioriterad fråga, viktigt inom hälso- och sjukvården och en viktig del av en god och nära vård. Det kommer redan i mars att komma ett lagförslag om patientkontrakt, som är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare och handlar om att man ska ha en sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskommen tid. En gemensam värdegrund och samverkan är en förutsättning. Jan och Anna redogör för det fortsatta arbetet, förutsättningar med mera.

Aktuellt i verksamheten väster

Katrin Eriksson redogör för det aktuella läget i västra länsdelen när det gäller telefontillgängligheten, drop in och hyrläkarsituationen. Mycket fokus ligger på att få en ekonomi i balans 2020. Ett aktivt arbete görs för att fånga upp framtida medarbetare. Kliniken för medicin och geriatrik, MAVA, planerar att införa ett kompetensutvecklingskoncept och för det har de sökt och beviljats medel från omställningsfonden på 812 tkr. Man börjar nu se resultat av arbetet med livsstilmottagningen och Katrin redogör för upplägg och resultat. Avslutningsvis visas en film som Sveriges kommuner och landsting gjort om rehabkoordinering för redan sjukskrivna patienter. Karolina vårdcentralers läkare och rehabkoordinator deltar i filmen och lyfter där fram det positiva med att ha en anställd rehabkoordinator.

Aktuellt i verksamheten norr

Elisabeth Liljekvist redogör för det aktuella läget i norra länsdelen, bland annat visar hon på vilken påverkan hon ser att beslutet om indragna jourlinjer vid kirurgkliniken i Lindesberg kan få för närsjukvården i norr samt hur lönekostnadsutvecklingen ser ut. Norr ligger bra till när det gäller regionbidragsfinansierad verksamhet, men sämre på hälsovalsfinansierad verksamhet. I nästa steg kommer en utredning kring utbudspunkter för vårdcentralerna i norr att göras.

Aktuellt i verksamheten Örebro och söder

Ewa-Lena Sjöberg redogör för arbetet med den nya akutmottagningen. Beräknad inflyttning är 1 juni 2020. Hon visar en karta över den nya akutmottagningen och var ingångarna är

EL *C.E*

Beredning för närsjukvård

belägna. När bygget är klart kommer även barnakuten få en egen ingång. Många barn som är sjuka kommer till fel vårdnivå, det vill säga de kommer till barnakuten medan vårdnivån skulle vara ett besök på vårdcentralen. När det gäller leveranser från Apotekstjänst AB är det fortfarande stora problem, men medarbetare runt om i länet gör ett stort arbete för att verksamheterna ska fungera.

Digitalisering

Boel Lindblom informerar om att det har funnits en efterfrågan och en förväntan från våra medborgare när det gäller digitala vårdmöten och den första digitala vårdcentralen öppnade den 11 november 2019. Drygt 20 mottagningar erbjuder digitala återbesök, men den nu öppnade digitala vårdcentralen erbjuder även nybesök inom primärvården. Alla patienter kan ta del av den digitala vårdcentralen för åkommor av lindrigare art, men det krävs att man har ett digitalt ID. Den digitala vårdcentralen är ett komplement till de ordinarie vårdcentralerna. Nationella och lokala medicinska riktlinjer och rutiner för primärvården följs på samma sätt som vid fysiska möten, exempelvis riktlinjer som handlar om utskrivning av läkemedel.

Elevhälsan

Eva Frantz och Ingrid Gustavsson redogör för en ny lagstiftning som kom 2017 gällande hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och informerar om bakgrunden. Elevhälsan fick uppdraget att ta fram förslag till lösning när det gäller ansvarsfördelning för hälsoundersökningar vilken de redogör för. Vårdcentralerna tar vid för personer över 18 år.

De har också uppdraget att ta fram förslag om lösning kring skolläkarresurs i länets kommuner, exempelvis finns det avtal mellan barnkliniken USÖ och Örebro kommun. Syftet är att få jämlik vård utifrån gemensamt nyckeltal för länets kommuner, eftersom det ser olika ut i länet. Engagemanget är stort, men samarbete krävs. Idag är det en resursfråga utifrån kompetensförsörjning.

Krav- och kvalitetsboken

Karolina Stridh redogör för Krav- och kvalitetsbok Hälsoval Örebro län, kravspecifikation och uppdrag. Hon redogör för hur den ekonomiska ersättningen ser ut med bland annat målrelaterad ersättning som kan ges för telefontillgänglighet med mera. Hur kan Krav- och kvalitetsboken bli mer attraktiv för alternativa utförare? Dels är det ersättningsmodellen, dels uppdraget. Karolina visar på förslag att genomföra på kort sikt, men också på lång sikt.

Nationellt, sjukvårdsregionalt, lokalt

Gabriel redogör för de nyheter som regionfullmäktige nu beslutat om, bland annat de nya avgifterna som kommer att gälla från och med 2020-01-01.

Minskad jour och beredskap vid Lindesbergs lasarett

Lena Adolfsson redogör för det beslut hälso- och sjukvårdsnämnden fattat när det gäller att minska jour och beredskap vid Lindesbergs lasarett nattetid, ett förslag som hälso- och sjukvårdsförvaltningen tagit fram och som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att ställa sig bakom. Lena visar på statistik på besök, inläggningar, ambulanstransporter med mera. Bakgrunden till beslutet är det stora underskottet på 500 mnkr som riskerar öka om inget görs.



Arbetsuppgifter för Lena

Lena informerar med anledning av att Region Örebro läns nya hälso- och sjukvårdsdirektör Jonas Claesson är på plats sedan den 1 november att hon nu är tillbaka som biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör och nu kommer att fortsätta arbeta för en omställning till en god och nära vård. Lena återkommer med hur Jonas Claesson vill arbeta för att få ett samlat grepp när det gäller vårdcentralerna för att få ett effektivare arbetssätt.



§ 36 Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden om beredningens uppdrag 2019

Diarienummer: 19RS6847

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tilldelat beredningen för närsjukvård huvudansvaret för fyra uppdrag under 2019. Dessutom har åtta uppdrag lämnats till beredningen för närsjukvård för att bereda i samverkan med övriga beredningar. Slutligen har tre av uppdragen lämnats till beredning för närsjukvård och ytterligare minst en beredning. Med anledning av uppdragen har en rapport sammanställts som ska överlämnas till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM BNS 191120 Rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden om beredningens uppdrag 2019
- Förslag till rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden om beredningens uppdrag 2019

Beslut

Beredningen för närsjukvård beslutar

att överlämna beredningens rapport till hälso- och sjukvårdsnämnden.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 37 Yttrande över förslag till svar på medborgarförslag angående portkod för ambulans och blåljus

Diarienummer: 19RS328

Sammanfattning

I ett medborgarförslag föreslås att ambulanspersonal får tillgång till portkod till alla fastigheter i Örebro. Förslagsställaren vill på detta sätt säkerställa att ambulanspersonalen kan nå nödställda i till exempel ensam-hushåll.

I förslaget till svar framgår att ambulansverksamheterna i dag har tillgång till portkoder i viss utsträckning. Det är dock svårt att säkerställa att ambulanspersonalen har tillgång till aktuell kod i samband med utryckning, eftersom koderna regelbundet byts ut. Eftersom personalen rycker ut i olika städer och samhällen behöver de dessutom ha tillgång till flera koder. Att tvinga alla fastighetsägare att ha ett gemensamt låssystem saknar Region Örebro län mandat för. Sammanfattningsvis föreslås att medborgarförslaget avslås.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM BNS 2019-11-20 Yttrande över svar på medborgarförslag angående portkod för ambulans och blåljus
- Svar på medborgarförslag angående portkod för ambulans och blåljus
- Medborgarförslag - portkod för ambulans och blåljus

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar Gabriel Stenström underlaget.

Beslut

Beredningen för närsjukvård beslutar

att föreslå hälso- och sjukvårdsnämnden att anta förslaget till svar på medborgarförslaget.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 38 Yttrande över förslag till svar på medborgarförslag angående portkod för räddningstjänsten

Diarienummer: 19RS1378

Sammanfattning

I ett medborgarförslag föreslås att räddningstjänst, polis och sjukvård får en särskild portkod för att ta sig in i alla fastigheter i Örebro. Förslagsställaren som arbetar på ett fastighetsbolag föreslår ett samarbete kring detta.

I förslaget till svar framgår att ambulansverksamheterna i dag har tillgång till portkoder i viss utsträckning. Det är dock svårt att säkerställa att ambulanspersonalen har tillgång till aktuell kod i samband med utryckning, eftersom koderna regelbundet byts ut. Eftersom personalen rycker ut i olika städer och samhällen behöver de dessutom ha tillgång till flera koder. Att få alla fastighetsägare att ha ett gemensamt låssystem har hälso- och sjukvårdsnämnden inte befogenheter till. Sammanfattningsvis föreslås att medborgarförslaget avslås

Beslutsunderlag

- FPM BNS 2019-11-20, yttrande över förslag till svar på medborgarförslag om portkod för räddningstjänsten
- Svar på medborgarförslag om portkod för räddningstjänsten
- Medborgarförslag - Portkod för räddningstjänsten

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar Gabriel Stenström underlaget.

Beslut

Beredningen för närsjukvård beslutar

att föreslå hälso- och sjukvårdsnämnden att anta förslaget till svar på medborgarförslaget.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 39 Gemensamt sammanträde med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Diarienummer: 19RS7265

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har gett beredning för närsjukvård ett antal uppdrag att genomföra under året, men också uppdrag att genomföra i samverkan med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel. Därför bedöms ett gemensamt sammanträde för de båda beredningarna vara nödvändigt och är inplanerat den 5 februari 2020 klockan 09:00-12:00.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2019-11-20, gemensamt sammanträde med psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Beslut

Beredning för närsjukvård beslutar

att tillsammans med beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel ha ett gemensamt sammanträde den 5 februari 2020 klockan 09:00-12:00.

Skickas till

Beredning för närsjukvårds ledamöter och ersättare
Berörda tjänstemän

§ 40 Svar på anmälda frågor

Ewa-Lena Sjöberg besvarar Ingvar Ernstsons fråga om bemanningen vid Hallsbergs vårdcentral. Det finns idag en fast läkare i Hallsberg som också är medicinsk ledningsansvarig, övriga är långtidsbokade hyrläkare. Det är bättre kontinuitet på övriga yrkeskategorier. Ett visst samarbete sker med Kumla vårdcentral.

Ewa-Lena Sjöberg besvarar Gunnel Kasks fråga om hur vårdcentralerna ställer sig när ett receptfritt läkemedel är slut på apoteket, i det här fallet läkemedel mot springmask, och man därför får ett starkare receptbelagt läkemedel. Ewa-Lena är medveten om att det inte finns lämplig medicin för springmask på apoteken, utan endast det som är starkare och kräver recept. Resistensen är ett bekymmer, men alternativet är annars att patienten måste "stå ut".

Med anledning av Agneta Nilsdotters fråga om hur ambulanserna räcker till när jourlinjen stängs nattetid på Lindesbergs lasarett redogör Elisabeth Liljekvist för hur ambulansverksamheten ser ut i norra länsdelen. Lena Adolfsson redogör för det arbete som pågår när det gäller frågan.

Elisabeth Liljekvist besvarar Agneta Nilsdotters fråga gällande familjecentraler, eftersom frågan har aktualiserats i Lindesbergs kommun. Beslut kommer att fattas i Lindesbergs kommuns barn- och utbildningsnämnd den 9 december. Lokalerna på nya vårdcentralerna är förberedda för en familjecentral. Diskussioner pågår mellan Region Örebro län och Lindesbergs kommun.