

Sammanträde med:

Hälso- och sjukvårdsnämnd

Sammanträdesdatum: 2021-12-01

Tid: kl. 09:00-16:00

Plats: Konferensrum Eken, Eklundavägen 1

Gruppmöten:

Majoriteten kl 08:00 i Eken, Eklundavägen 1
(M), (L), (MP) i Boken, Eklundavägen 2

Meddela förhinder snarast möjligt till nämndsekreterare
Maria Boström, maria.bostrom2@regionorebrolan.se
019-602 72 52.

Du som är ersättare meddelar om du kommer att närvara.

Tänk på våra allergiker och undvik starka dofter.

Ledamöter kallas

Karin Sundin (S), ordförande
Behcet Barsom (KD), vice ordförande
Sebastian Cehlin (M), 2:e vice ordförande
Peter Björk (S)
Gunnel Kask (S)
Azra Prepica (S)
Stina Lindbäck Olsson (S)
Carina Dahl (S)
Charlotte Edberger (C)
Ulrika Björklund (M)
Willhelm Sundman (L)
Monika Aune (MP)
Gunilla Fredriksson (SD)
Elin Jensen (SD)
Maria Odheim Nielsen (V)

Ersättare underrättas

Ulla Kalander-Karlsson (S)
Frederick Axewill (S)
Jeanette Rasko (S)
Ewa Sundkvist (KD)
Xerxes Åkerfeldt (C)
Maria Lönnberg (M)
Carl Alm (M)
Anna Nordqvist (M)
Habib Brini (SD)



1. Protokollsjustering

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att ordföranden och Behcet Barsom (KD) justerar dagens protokoll med Peter Björk (S) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 15 december 2021.

2. Anmälan av frågor

3. Svar på medborgarförslag om att återöppna primärjouren för kirurgi, ortopedi och urologi mellan kl. 21.00-07.30 vid Lindesbergs lasarett

Diarienummer: 21RS5471

Föredragande: Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget besvarat.

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår en återöppning av primärjourslinjen vid Lindesbergs lasarett mellan kl. 21.00-07.30.

En uppföljning av de förändrade jourlinjerna på Lindesbergs lasarett har genomförts och har föranlett att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram förslag på åtgärder och utvecklingsarbete för att förbättra invånarnas tillgänglighet till akutsjukvård nattetid.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 28 oktober att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att genomföra de förändringar av arbetssätt och förstärkningar för att förbättra invånarnas tillgänglighet till vård.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01, Svar på medborgarförslag om att återöppna primärjouren för kirurgi, ortopedi och urologi mellan kl. 21.00-07.30 vid Lindesbergs lasarett
- Svar på medborgarförslag om att återöppna primärjouren för kirurgi, ortopedi och urologi kl. 21.00-07.30 vid Lindesbergs lasarett
- Medborgarförslag om att återöppna primärjouren vid Lindesbergs lasarett

4. Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget

Diarienummer: 21RS3080

Föredragande: Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget besvarat.

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att kommunernas läkare, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter ska bli anställda av landstinget. Detta med anledning av att det är för mycket vård inom kommunen.

Region Örebro län och länets kommuner har ett delat ansvar, enligt lag, att svara för hälso- och sjukvård till länets invånare. Då hälso- och sjukvårdsansvaret är delat krävs det en bred samverkan parterna emellan för att länets invånare ska kunna erbjudas en god och nära vård. Sedan lång tid tillbaka finns det en uppbyggd struktur för samverkan såväl länsövergripande som på länsdelsnivå.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01, Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Medborgarförslag, socialförvaltning och landsting

5. Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett

Diarienummer: 21RS4982

Föredragande: Michaela Larsson

Tid:



Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget bifallet eftersom en bröstpump har köpts in.

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att ammande kvinnor ska ha tillgång till en bröstpump på akutmottagningen på Karlskoga lasarett.

Akutmottagningen på Karlskoga lasarett har köpt in en manuell bröstpump och det finns att tillgå en bröstpump vid behov på samtliga akutmottagningar inom Region Örebro län.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01 Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Reviderat svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Medborgarförslag om bröstpump på akuten i Karlskoga

6. Svar på motion om införande av psykiatriambulans i Region Örebro län

Diarienummer: 21RS2183

Föredragande: Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen anses besvarad.

Sammanfattning

En motion har inkommit från Willhelm Sundman (L) till Region Örebro län om behovet av att inrätta en verksamhet i form av en psykiatriambulans.

I förslag till svar återges den satsning som Region Örebro län har valt att göra på ett team, en mobil resurs för suicidprevention, som arbetar på flera olika sätt. Med förebyggande insatser, med patienter, kartläggning av behovet av en akutresurs samt det pågående arbetet med att ta fram en struktur för ett anhörigstöd. Genom en bred samverkan med de verksamheter som arbetar med akuta insatser, som polisambulans och brandkårspersonal, säkras bemötandet gentemot de personer som lider av akut psykisk ohälsa.



Inom Region Örebro län skulle en psykiatriambulans inte ha tillräcklig beläggning för att vara kostnadseffektiv.

Förslag till beslut är att motionen anses besvarad.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01 - Svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län
- Svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län
- Motion från Willhelm Sundman (L) om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län

7. Svar på remiss gällande promemorian "Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler"

Diarienummer: 21RS8277

Föredragande: Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

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

Sammanfattning

I promemorian föreslås det att bosättningsprincipen tas bort, det vill säga att även personer som inte kan anses vara bosatta i en region som har beviljats tillstånd för sprututbytesverksamhet ska få delta i sådan verksamhet i den regionen. Detta bland annat då bosättningsprincipen kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen.

I förslag till svar på remissen ställer sig Region Örebro län positiv till förslaget att bosättningsprincipen tas bort men framhåller även att det kan medföra vissa risker för dessa besökare.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01, Svar på remiss gällande promemorian: Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler
- Svar på remiss gällande promemorian: Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler
- Remiss - Förslag om ändring av lagen om utbyte av sprutor och kanyler



8. Svar på remiss - Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Diarienummer: 21RS9619

Föredragande: Michaela Larsson

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Örebro län (Regionen) har fått möjlighet att yttra sig över Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Rapporten föreslår ett utökat nationellt patientregister där uppgifter från primärvården ska inkluderas. Vidare föreslås ett upprättande av ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Regionen ställer sig positiv till att även primärvården ska kunna följas upp på nationell nivå då det skapar förutsättningar för att kunna belysa öppenvården som helhet.

Regionen framhåller i svaret att den föreslagna variabelinsamlingen inte är densamma för primärvården som för den specialiserade vården, någonting som Regionen ställer sig frågande till.

I svaret belyser även Regionens vikten av att ha en hög informations säkerhet vid framtagande av ett utökat nationellt patientregister samt avsaknaden av information gällande den förväntade arbetsbördan för Regionens.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01, Svar på remiss - Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård
- Svar på remiss - Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården
- Remiss - Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården
- Remiss - slutrapport Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården



9. Initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av distansgranskningstjänster till röntgen- och sjukhusfysikkliniken, område Specialiserad vård

Diarienummer: 21RS9241

Föredragande: Jonas Ulin

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av distansgranskningstjänster för akuta och planerade undersökningar till röntgen- och sjukhusfysikkliniken.

Sammanfattning

Röntgen- och sjukhusfysikklinikens nuvarande avtal för distansgranskningstjänster löper ut 2022-12-31. Det finns ett kvarstående behov av distansgranskningstjänster och därför behöver tjänsterna upphandlas på nytt.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01 Initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av distansgranskningstjänster till röntgen- och sjukhusfysikkliniken
- Blankett initiering av upphandling

10. Initiering om upphandlingsuppdrag gällande röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård

Diarienummer: 21RS9104

Föredragande: Jonas Ulin

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandlingsuppdrag gällande röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård.

Sammanfattning

Initiering avseende två röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård. Initieringen omfattar även optioner gällande serviceavtal för utrustningarna under den tekniska livslängden samt utbildningsoption.

Beräknat totalt upphandlingsvärde under utrustningens livslängd på tio år är cirka 20 000 000 kronor, där priset för utrustningar beräknas uppgå till cirka 13 500 000 kronor och serviceavtal till cirka 6 500 000 kronor.



Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01, Initiering av upphandlingsuppdrag gällande röntgensystem för genomlysning
- Initieringsbeslut MT 2022-0005

11. Tilldelningsbeslut MT 2020-0004 gällande upphandling av ramavtal för dialysutrustning inklusive utrustningsbundet förbrukningsmaterial

Diarienummer: 20RS2224

Föredragande: Peter Westin

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att tilldela xx, organisationsnummer xx som leverantör av dialysutrustning inklusive utrustningsbundet förbrukningsmaterial, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad

Sammanfattning

Tilldelningen avser dialysutrustningar med tillhörande utrustningsbunden förbrukning till regionens dialysavdelningar.

Inom en femårsperiod kommer Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att behöva byta ut större delen av utrustningsparken gällande dialysutrustning. Genom en ramavtalsupphandling som är giltig till och med år 2025 kan vi säkra att de tre dialysverksamheter inom länet kan erbjuda en god, patientsäker och jämlik njursjukvård. För detta krävs en enhetlig utrustningspark.

En viktig del av upphandlingen är att köpa in utrustning som är väl lämpad för dialysbehandlingar på andra avdelningar inom sjukhuset. Detta blev påtagligt under rådande coronapandemi, där man i vissa fall behövde isolera eller inte kunde flytta patienter till dialysmottagningen.

Utrustningen ska också vara väl lämpad för självdialys, en behandlingsform där patienten utför sin egen behandling på sjukhuset.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01, Tilldelningsbeslut av upphandling Dilaysutrustning med förbrukning
- Individuell rapport MT 2020-0004
- Tilldelningsbeslut MT 2020-0004



12. Sjukvårdsregional cancerplan 2022-24: Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige

Diarienummer: 21RS3652

Föredragande: Gustav Ekbäck

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar i enlighet med Samverkansnämndens rekommendation

att godkänna föreslagen Cancerplan 2022-24 - Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige.

Sammanfattning

Vid bildandet av Regionalt Cancercentrum (RCC) ingick det som en del i arbetet att ta fram en sjukvårdsregional utvecklingsplan för cancerområdet. Sjukvårdsregion Mellansveriges nuvarande cancerplan gäller från 2019 till och med 2021. En ny Cancerplan för perioden 2022-2024 är nu framtagen och godkänd av samverkansnämnden 1 oktober 2021.

Cancerplan 2022-2024 är överskådlig och praktiskt inriktad. Den ska vara lätt att använda på förvaltningsnivå och i verksamheternas ledningsgrupper så att målen i den Nationella cancerstrategin ska kunna uppnås. Planen innehåller de utvecklingsområden som funnits med i föregående cancerplan, men med modifierade och nya aktiviteter. Ett nytt kapitel om barn och unga har tillkommit (kapitel 8) samt fyra delkapitel. Dessa berör tidig upptäckt i primärvården (kapitel 3.c.i), ärftlig cancer (kapitel 3.c.vii), Individuell patientöversikt (kapitel 4.c.vi) och cancerläkemedel (kapitel 4.c.vii).

RCC Mellansverige har koordinerat revideringsarbetet av cancerplanen. Som stöd i revideringen har de sjukvårdsregionala experter och grupper som arbetar inom respektive delområde engagerats. Remissversionen av cancerplanen har skickats ut brett, bland annat till RCC:s sjukvårdsregionala arbets- och vårdprocessgrupper och patient- och närståenderådet. De lokala cancersamordnarna i regionerna ansvarade för spridning till respektive lokalt cancerråd och linjeorganisation. Även Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet (RUR), Regionalt programområde (RPO) levnadsvanor och RPO äldres hälsa, som har delansvar i planen, har besvarat remissutskicket.

Samverkansnämnden (SVN) fastställde förslaget till Cancerplan 1 oktober 2021 och rekommenderar sjukvårdsregionens regioner att godkänna densamma.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01 Sjukvårdsregional cancerplan 2022-24: Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige



- Protokoll från möte med Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansverige 2021-10-01 innehållande rekommendationer till regionerna i Cancerplan Sjukvårdsregion Mellansverige 2022-2024

13. Svar på revisionsrapport Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster

Diarienummer: 21RS8627

Föredragande: Eva Åkesson Enelo

Tid:

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna de delar av Region Örebro läns förslag till svar på revisionsrapporten som berör hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sammanfattning

Regionens revisorer har överlämnat en revisionsrapport gällande granskning av regionens arbete med 1177 Vårdguidens tjänster. Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och folktandvårdsnämnden säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt ifall den interna kontrollen är tillräcklig.

Revisorerna gör bedömningen att hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att den interna kontrollen inte helt är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Bedömningen har grundat sig på ett sju revisionsfrågor, varav tre anges som delvis uppfyllda för hälso- och sjukvårdsnämnden. Revisorerna lämnar även följande tre rekommendationer till regionen:

- Att stärka styrning och kontroll av 1177 Vårdguiden telefoni.
- Att aktiva åtgärder vidtas i syfte att säkerställa en systematisk uppföljning och utvärdering av 1177 Vårdguidens tjänster inom regionen.
- Att analys genomförs över vilka åtgärder som kan vidtas för att öka graden av kunskap och kännedom om 1177 Vårdguidens tjänster ur ett medborgarperspektiv. Detta inte minst för att säkerställa målsättningen om "Digitalt först" ges tillfredsställande förutsättningar att nås.

Region Örebro län lämnar likalydande svar från hälso- och sjukvårdsnämnden, folktandvårdsnämnden och regionstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsnämnden instämmer i stora delar av revisorernas bedömning men vill framföra ett antal reservationer och förtydliganden.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01, Svar på revisionsrapport Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster



- Hälsa- och sjukvårdsnämndens svar på revisionsrapport - Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster
- Revisionsrapport - Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster

14. Anmälnings- och meddelandeärenden

Diarienummer: 20RS12059

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningsärenden:

1. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal för hyra av operationsrobot, MT 2021-0128, 21RS7901.
2. Områdeschefen för Nära vård har beslutat om tillfällig neddragning och omdisponering av vårdplatser på avd 1, Lindesbergs lasarett 2021-10-25 – 2022-01-16, 21RS8935.
3. Områdeschefen för Psykiatri har beslutat om avgiftsfria läkemedel, 21RS5682, 21RS6920-21RS6923, 21RS6925-21RS6932, 21RS6937-21RS6938, 21RS7735-21RS7738, 21RS7740, 21RSRS8266, 21RS9591, 21RS9593-21RS9595.
4. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av vårdplatser vid psykiatrisk avdelning 2 samt omfördelning av vårdplatser vid psykiatrisk observationsavdelning 2021-11-30 – 2022-02-28, 21RS1239.
5. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering ortopediska skor, 21RS9580.
6. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avrop ramavtal litteratur 2020, Karlskoga lasarett, 21RS9849.
7. Hälsa- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avsteg gällande attesträtt H-huset, 18RS1178-197.
8. Ordföranden i hälsa- och sjukvårdsnämnden har fattat tilldelningsbeslut gällande upphandling av hyrläkare till Region Örebro län 2021 med justerat anbudsområde B, 21RS8861.

Meddelandeärenden:

1. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §26 Svar på motion om att



ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin.

2. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre.

3. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §29 Svar på motion om att utreda förbedömningsmottagning till akutmottagningarna.

4. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §30 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

5. Protokoll beredning specialistvård 2021-10-21.

6. Protokollsutdrag beredning psykiatri, habilitering, hjälpmedel 2021-10-14, §29 Besvarande av motion om att införa en psykiatriambulans inom Region Örebro län.

7. Protokoll beredning psykiatri, habilitering, hjälpmedel 2021-10-14.

8. Protokollsutdrag regionstyrelsen 2021-10-27, §248 Inrättande av ny funktion som äldrevårdsöverläkare

9. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §29 27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre.

10. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §30 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin.

11. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §32 Svar på medborgarförslag om att köpa in bröstpump till Karlskoga lasarett.

12. Protokollsutdrag beredning för närsjukvård 2021-10-20, §33 Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter ska vara anställda inom landstinget.

13. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §34 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

14. Protokoll beredning närsjukvård 2021-10-20.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01, Anmälnings- och meddelandeärenden
- TILLDELNINGSBESLUT justerat anbudsområde B
- Resultatrapport uppdaterad 2021-11-05
- Ordförandebeslut hyrläkare
- INDIVIDUELL RAPPORT justerat anbudsområde B



- §26 BSH Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- §27 BSH Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- §29 BSH Svar på motion om att utreda förbedömningsmottagning till akutmottagningarna
- §30 BSH Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19
- Protokoll BSH 2021-10-21
- §29 BPH Besvarande av motion om att införa en psykiatriambulans inom Region Örebro län
- Protokoll BPH 2021-10-14
- §248 RS Inrättande av ny funktion som äldreårdsöverläkare
- Protokollsutdrag §29 BNV Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- Protokollsutdrag §30 BNV Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- Protokollsutdrag §32 BNV Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Protokollsutdrag §33 BNV Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Protokollsutdrag §34 BNV Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19
- Protokoll BNV 2021-10-20

15. Information

Återrapportering från beredning för närsjukvård och beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedels medborgardialog med ungdomar 18-25 år om psykisk ohälsa - Carina Dahl, Charlotte Edberger (Handling finns i kallelsen 2021-10-21 punkt 19 "Anmälnings- och meddelandeärenden")

Underlag

- Sammanfattning medborgardialog våren 2021 om psykisk ohälsa

16. Information

Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar– Jonas Claesson, hälso och sjukvårdsdirektör
- Aktuellt pandemiläge covid



- Pandemiplanering höst, vaccinationer
- Strategisk planering – nära vård, högspecialiserad vård, framtiden
vårdinformationsstöd, faktabaserad styrning
- Organisationsöversyn, fortsättning områdesnivå
- Akutmottagningen, USÖ

17. Information

Presentation av ny verksamhet - klinisk genetik - Jan Forslid, verksamhetschef
laboratoriemedicin

18. Information

Ekonomisk rapportering inklusive rapport från arbetet med handlingsplanen – Peter
Hansson, ekonomichef

19. Information

F

Arbetet med digitalisering - Göran Thörn, projektledare digitalisering Nära vård,
Sara Pätsi, verksamhetsutvecklare Nära vård

20. Information

Vårdplatssituation och tillgänglighet - Gustav Ekbäck, planeringschef

21. Besvarande av anmälda frågor

22. Presentationer och informationsmaterial

3

Svar på medborgarförslag
om att återöppna
primärjouren för kirurgi,
ortopedi och urologi mellan
kl. 21.00-07.30 vid
Lindesbergs lasarett

21RS5471

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5471

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på medborgarförslag om att återöppna primärjouren för kirurgi, ortopedi och urologi mellan kl. 21.00-07.30 vid Lindesbergs lasarett

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget besvarat.

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår en återöppning av primärjourslinjen vid Lindesbergs lasarett mellan kl. 21.00-07.30.

En uppföljning av de förändrade jourlinjerna på Lindesbergs lasarett har genomförts och har föranlett att Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram förslag på åtgärder och utvecklingsarbete för att förbättra invånarnas tillgänglighet till akutsjukvård nattetid.

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutade den 28 oktober att hälsa- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att genomföra de förändringar av arbetssätt och förstärkningar för att förbättra invånarnas tillgänglighet till vård.

Beredning

Beredning för närskvård samt beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård har vid respektive sammanträde den 17- respektive 25 november behandlat ärendet.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut medför inga konsekvenser ur dessa perspektiv.



Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS5471

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01, ”Svar på
medborgarförslag om att återöppna primärjouren vid Lindesbergs lasarett”
Svar på medborgarförslag om att återöppna primärjouren vid Lindesbergs
lasarett
Medborgarförslag

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Förslagsställaren

Sammanträdesdatum Beteckning
2021-12-01 Dnr: 21RS5471

Svar på medborgarförslag om att återöppna primärjouren för kirurgi, ortopedi och urologi kl. 21.00-07.30 vid Lindesbergs lasarett

Det har inkommit ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att primärjournslinjen för kirurgi, ortopedi och urologi vid Lindesbergs lasarett återöppnas mellan kl. 21.00-07.30. Mot bakgrund av förslaget framför hälso- och sjukvårdsnämnden följande.

I juni presenterades en uppföljning av de förändrade jourlinjerna på Lindesbergs lasarett för hälso- och sjukvårdsnämnden. I samband med det beslutades det att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle ta fram förslag på åtgärder och utvecklingsarbete, för att förbättra invånarnas tillgänglighet till akutsjukvård nattetid på Lindesbergs lasarett.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har utifrån det tagit fram en gemensam, bred lösning som ska förstärka hela det akuta omhändertagandet nattetid för patienterna i den norra länsdelen. Uppdraget att förstärka den akuta närsjukvården innebär att en första bedömning sker på samtliga patienter som söker vård på akutmottagningen i Lindesberg där lämpliga, enklare kirurgiska och ortopediska besvär ska kunna hanteras. Förstärkningen innebär även att minst en av de två läkarna som är på plats på akutmottagningen nattetid bör vara legitimerad samt att antalet vårdplatser kommer att utökas. För att göra det möjligt att förstärka den akuta närsjukvården i hela den norra länsdelen ska även mobila insatser vara möjliga att utföra vid behov när arbetsbelastningen på akutmottagningen nattetid så medger.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 28 oktober att hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att genomföra de förändringar av arbetssätt och förstärkningar för att förbättra invånarnas tillgänglighet till vård.

Avslutningsvis kan nämnas att akutmottagningen på Lindesbergs lasarett är och fortsättningsvis kommer att vara öppen dygnet runt och primärjouren där kommer inte att försvinna. Den dominerande mängden patienter som kommer till akutmottagningen i Lindesberg nattetid tas om hand av medicinjouren och denna kommer vara oförändrad.

Mot bakgrund av det ovan anförda anses medborgarförslaget besvarat.

För Region Örebro län

MEDBORGARFÖRSLAG

<i>Namn</i> Lars	<i>Efternamn</i> Idstam
Förslaget (<i>Kortfattat namn</i>) Återöppna Primärjour för kirurgi, ortopedi och urologi 21:00- 07:30 Lindesbergs Lasarett	
Motivering (<i>Lämna en mer utförlig beskrivning av ditt medborgarförslag. Motivera gärna varför du anser att förslaget ska genomföras och hur det i så fall kunna ske</i>) Vi vill återöppna tre skäl: 1. Förbättra ekonomin 1. Minskat Klimat-avtrycket 3. Minskat Mänskligt lidande Se detaljerade beräkningar på bilaga 1 1. Förbättra Ekonomin Transporter - besparingar Efter stängning av nattakut i Lindesbergs lasarett har transport av patienter ökat med både ambulans och taxi/sjukresor. Vi har räknat på att det i genomsnitt blivit 3 transporter fler/natt än när natt-akuten var öppen. Varje ambulanstransport till USÖ från Lindesberg har följts av en "tomkörning" hem till Lindesberg igen. Kostnaden för varje ambulans transport blir 960 kr/mil x 2 x 4,8 mil)= 9216 kr. På ett år blir det 3 x 365 x 9216 kr = 10,1 Mkr/år Till detta kommer återresor med taxi/Sjukresor från USÖ åter till Lindesberg. 480 kr/milen x 3 x 4,8 mil x 365 dagar = 2,5 Mkr/år Total blir transport-besparingen 10,1 + 2,5 =12,6 Mkr/år Avgår kostnadshöjning personal i Lindesberg Lindesberg måste öka med 3 st underläkare á 700 000 kr/år = 2,1Mkr Nettobesparing: 12,6 - 2,1 = 10,5 Mkr/år 2. Minskat Klimat-avtrycket Minskad Ambulans/taxiäkning ger 63 6024 kg mindre CO2 per år. Se bilaga 3. Minskat Mänskligt Lidande Långa transporter vid t.ex. tarmvred, urinstopp, benbrott, skärskador eller andra plågsamma åkommor skapar mänskligt lidande helt i onödan. När transporter samt lång väntetid vid USÖ-akuten blir plågan utdragen. Kravet på täckningsgrad på 90% av prio1- fall inom 20 min blir lättare att uppnå. Bakom detta förslag ligger: - SPF-Seniorerna i Lindesberg - PRO i Lindesberg - Företagarna i Lindesberg	

Den här sidan kommer att publiceras på Region Örebro läns webbplats i sin helhet samt i protokoll, kallelser och handlingar som behandlar detta medborgarförslag.

Bilaga till medborgarförslag från Lars Idstam

Akutservice vi vill återinföra i Lindesbergs lasarett

- **Primärjour** (Kirurgi, Ortopedi, Urologi) mellan klockan **21:00-07:30**

Transportkostnader

- Avstånd mellan Lindesberg akuten och USÖ akut: **4,8 mil.**
- Antal ambulansresor Linde till USÖ: **3 st/dag**
- Antal "tomresor" åter för ambulans: **3 st/dag**
- Antal taxiresor från USÖ efter behandling: **3 st/dag**
- Regionens kostnader:
 - Ambulans: **960 kr/mil**
 - Taxi/Sjukresor **480 kr/mil**

Läkarkostnader

- Att hålla natt-akut öppen i Linde: **3 st underläkare á 700 000kr/år**

Miljöpåverkan

- Koldioxidutsläpp (CO₂) från dieselmotor: **2,69 kg/liter**
- Snittförbrukning av diesel: **1,5 l/mil**
- Summa CO₂: $(5256 + 5256 + 5256) \times 2,69 \times 1,5 =$ **63 624 kg/år**
- Till detta kommer NO_x och andra miljöpåverkande utsläpp.

Mänskligt lidande vid:

- Tarmvred
- Urinstopp
- Benbrott
- Blödning
- Längre väntan med värk i transport och på akuten på USÖ
- Större oro för patienter och anhöriga
- Svårt att klara täckningsgraden på 90% av prio 1 inom 20 minuter.

4

Svar på medborgarförslag
om att kommunens läkare,
sjuksköterskor och
arbetsterapeuter alla ska
vara anställda inom
landstinget
21RS3080

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS3080

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget besvarat.

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att kommunernas läkare, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter ska bli anställda av landstinget. Detta med anledning av att det är för mycket vård inom kommunen.

Region Örebro län och länets kommuner har ett delat ansvar, enligt lag, att svara för hälsa- och sjukvård till länets invånare. Då hälsa- och sjukvårdsansvaret är delat krävs det en bred samverkan parterna emellan för att länets invånare ska kunna erbjudas en god och nära vård. Sedan lång tid tillbaka finns det en uppbyggd struktur för samverkan såväl länsövergripande som på länsdelsnivå.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut innebär inga konsekvenser för dessa perspektiv

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS3080

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Förslag till svar
Medborgarförslaget

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Förslagsställaren
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sammanträdesdatum Beteckning
2021-12-01 Dnr: 21RS3080

Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget

Det har inkommit ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att kommunernas läkare, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter ska bli anställda av landstinget. Detta med anledning av att det är för mycket vård inom kommunen. Vidare föreslår förslagsställaren att det inom Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt Socialtjänstlag (2001:453), SoL, endast ska vara anställda skötare. Med anledning av förslaget framför hälso- och sjukvårdsnämnden följande.

Uppdelningen av regionernas och kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar är lagstadgad och utgår i grunden från de förordningar och lagar som regeringen och riksdagen tar fram och beslutar om. Den ansvarsfördelning som regionerna och kommunerna idag är förpliktade att följa har sin utgångspunkt i ädelreformen som genomfördes år 1992. Med ädelreformen sågs behovet av att samla hälso- och sjukvårdsansvaret för de äldre där kommunerna inom Region Örebro län idag ansvarar för exempelvis hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre och boenden för personer med funktionsnedsättning upp till sjuksköterskenivå och där även arbetsterapeuter omfattas av kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar kom även att inkludera hemsjukvården genom en överenskommelse med landstinget, men befogenheten av läkarinsatser tillkom endast landstinget. Utöver läkare handhar Region Örebro län hälso- och sjukvårdsansvaret även för fysioterapeuter. Det är denna ansvarsfördelning av hälso- och sjukvårdsansvaret som är gällande än idag. Vidare är det inte endast hälso- och sjukvårdsansvaret som är uppdelat mellan regionerna och kommunerna utan även ansvaret som framgår av LSS. Region Örebro län ansvarar endast för den rådgivande och stödjande delen i enlighet med LSS medan kommunerna ansvarar för övriga insatser.

För att denna ansvarsfördelning ska fungera väl krävs det en god samverkan mellan Region Örebro län och kommunerna för att säkerställa att regionens invånare får en god och nära vård. Inom Region Örebro län finns sedan lång tid tillbaka en uppbyggd struktur för samverkan mellan regionen och länets kommuner på flera nivåer för hälso- och sjukvårdsfrågor där samverkansstrukturen finns såväl länsövergripande som på länsdelsnivå.

Region Örebro län med tillhörande kommuner strävar ständigt efter att förbättra och utveckla den samverkansstruktur som finns. En översyn av hemsjukvårdsavtalet pågår med utgångspunkt i det gemensamma ansvar som kommunerna och regionen har enligt den nationella utredningen om omställningen till en god och nära vård. Enligt den tidsplan som finns ska underlag för en överenskommelse om hälso- och sjukvård i hemmet vara framtaget under 2022.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att medborgarförslaget ska anses besvarat.

För Region Örebro län

Karin Sundin (S)
Ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

MEDBORGARFÖRSLAG

Namn	Efternamn
Camilla	Danielsson
Förslaget (Kortfattat namn)	
Socialförvaltning och Landstinget	
Motivering (Lämna en mer utförlig beskrivning av ditt medborgarförslag. Motivera gärna varför du anser att förslaget ska genomföras och hur det i så fall kunna ske)	
<p>Kommunernas anställda Läkare, sjuksystrar, arbetsterapeuter. De kan bli anställda av Landstinget. Det är för mycket vård i kommunerna. Att LSS/SOL anställd personal som Läkare, sjuksystrar, arbetsterapeuter kan bli anställda på landstinget. I LSS/SOL kan det bara vara skötare anställda i Sverige.</p>	

Den här sidan kommer att publiceras på Region Örebro läns webbplats i sin helhet samt i protokoll, kallelser och handlingar som behandlar detta medborgarförslag.



5

Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett 21RS4982

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS4982

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget bifallet eftersom en bröstpump har köpts in.

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att ammande kvinnor ska ha tillgång till en bröstpump på akutmottagningen på Karlskoga lasarett.

Akutmottagningen på Karlskoga lasarett har köpt in en manuell bröstpump och det finns att tillgå en bröstpump vid behov på samtliga akutmottagningar inom Region Örebro län.

Beredning

Beredning för närsjukvård har vid sitt sammanträde den 20 oktober 2021 behandlat ärendet.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut innebär inga konsekvenser för dessa perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut innebär inga ekonomiska konsekvenser.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
20xx-xx-xx

FöredragningsPM
Dnr: 21RS4982

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Förslag till svar
Medborgarförslag

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Förslagsställaren
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sammanträdesdatum Beteckning
2021-12-01 Dnr: 21RS4982

Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett

Det har inkommit ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att akutmottagningen på Karlskoga lasarett ska köpa in en bröstpump som ska finnas till förfogande för ammande kvinnor. Med anledning av förslaget framför Hälso- och sjukvårdsnämnden följande.

Akutmottagningen på Karlskoga lasarett har med anledning av den uppkomna situationen köpt in en manuell bröstpump. Karlskoga lasarett har även investerat i en elektrisk bröstpump som kommer att finnas till akutmottagningens förfogande vid behov.

På förekommen anledning har en avstämning med de övriga akutmottagningarna inom Region Örebro län genomförts. Både akutmottagningen på Lindesbergs lasarett samt akutmottagningen på Universitetssjukhuset i Örebro har en manuell bröstpump att låna ut vid behov till ammande kvinnor.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse medborgarförslaget bifallet eftersom en bröstpump har köpts in.

För Region Örebro län

Karin Sundin (S)
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

MEDBORGARFÖRSLAG

Namn	Efternamn
Elisabet	Gunnarsson
Förslaget (Kortfattat namn)	
Bröstpump på akuten i Karlskoga.	
Motivering (Lämna en mer utförlig beskrivning av ditt medborgarförslag. Motivera gärna varför du anser att förslaget ska genomföras och hur det i så fall kunna ske)	
<p>Det behöver finnas ^(minst) en bröstpump för ammande mammor på akuten i Karlskoga!</p> <p>Jag åkte in för [redacted] några dagar ^(till akuten i Karlskoga) efter att jag förlöst min son.</p> <p>Jag ligger där och har <u>extremt</u> ont och det tar några timmar innan jag får rätt smärtlindring och under tiden blir mina bröst sprängfulla med mjölk.</p> <p>Den finns ingen pump på plats och mitt barn är hemma med sin pappa (Detta är mitt i natten)</p> <p>Jag får då lägga där med hemiska smärtor och försöka handmjölka min i allt! (vilket jag aldrig har gjort tidigare!)</p> <p>Det var en hemsk upplevelse och det ska ingen behöva gå igenom!</p>	

Den här sidan kommer att publiceras på Region Örebro läns webbplats i sin helhet samt i protokoll, kallelser och handlingar som behandlar detta medborgarförslag.

6

Svar på motion om införande av psykiatriambulans i Region Örebro län 21RS2183

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS2183

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på motion om införande av psykiatriambulans i Region Örebro län

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå
regionfullmäktige besluta

att motionen anses besvarad.

Sammanfattning

En motion har inkommit från Willhelm Sundman (L) till Region Örebro län om
behovet av att inrätta en verksamhet i form av en psykiatriambulans.

I förslag till svar återges den satsning som Region Örebro län har valt att göra
på ett team, en mobil resurs för suicidprevention, som arbetar på flera olika sätt.
Med förebyggande insatser, med patienter, kartläggning av behovet av en
akutresurs samt det pågående arbetet med att ta fram en struktur för ett
anhörigstöd. Genom en bred samverkan med de verksamheter som arbetar med
akuta insatser, som polis- ambulans och brandkårspersonal, säkras bemötandet
gentemot de personer som lider av akut psykisk ohälsa.

Inom Region Örebro län skulle en psykiatriambulans inte ha tillräcklig
beläggning för att vara kostnadseffektiv.

Förslag till beslut är att motionen anses besvarad.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS2183

Beredning

Ärendet har beretts av beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering,
2021-10-14.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet bedöms inte medföra konsekvenser ur miljö-, barn- eller
jämställdhetsperspektivet.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01 – Svar på motion
om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län

Svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län

Motion från Willhelm Sundman (L) om att införa en psykiatriambulans i
Region Örebro län

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Områdeschef psykiatri

Sammanträdesdatum 2021-12-01 Beteckning Dnr: 21RS2183

Willhelm Sundman (L)

Svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län

Willhelm Sundman (L) föreslår i en motion till regionfullmäktige att etablera en verksamhet i form av en psykiatrisk akutambulans. Hälsa- och sjukvårdsnämnden framför med anledning av motionen följande.

Hälsa- och sjukvårdsnämnden instämmer i att det är viktigt att ha en beredskap för att kunna hantera de personer som är i behov av akut psykiatrisk stöd och vård. Utifrån handlingsplanen för suicidprevention som beslutades av regionstyrelsen 2016 har regionen satsat pengar på ett team, en mobil resurs för suicidprevention. Detta för att förbättra det akuta omhändertagandet av personer som är självmordsbenägna och lider av akut psykisk ohälsa.

En lagstadgad rättighet för den enskilda patienten är att vården ska bygga på patientens självbestämmande och integritet. Utifrån den grundförutsättningen har Region Örebro län valt att satsa på ett team som arbetar med insatser på olika nivåer eftersom det finns personer som lider av akut psykisk ohälsa men som inte vill ha hjälp från en psykiatrisk avdelning. Teamet arbetar över hela länet och består av sjuksköterska med specialistutbildning inom psykiatri, kurator och psykolog. En utsedd läkare finns alltid tillgänglig för medicinskt stöd i bedömning och behandling/åtgärder av aktuella patienter.

Att ha en väl fungerande samverkan mellan sjukvården och polisen, som arbetar med akuta insatser, är av största vikt för att kunna hjälpa människor med psykisk ohälsa. Teamet har därför genomfört workshops med polisen, tillsammans med ambulansen och brandkåren, för att kartlägga utbildningsbehovet och kommer utifrån kartläggningen bland annat att utbilda i strukturerade suicidriskbedömningar. Genom denna utbildning får blåljuspersonalen rätt kunskaper för att på rätt sätt kunna bemöta personer som befinner sig i akut psykisk ohälsa.

En struktur är även framtagen inom vårdsystemet så att teamet kopplas in när en patient som lider av psykisk ohälsa, som sedan tidigare inte finns inom den psykiatriska vården, har inkommit till en akutpsykiatrisk mottagning eller vårdas på en avdelning utanför den psykiatriska vården. Teamet erbjuder stöd och fungerar då som en brygga till patienten fram tills dess att en fast kontakt finns etablerad inom den psykiatriska vården.

Teamet är även i full gång med att ta fram en struktur med förebyggande insatser, se över behovet och nyttan av att tillföra teamet en akutresurs som kan ringas ut när personer befinner sig i ett akut psykiskt tillstånd, samt att etablera ett anhörigstöd. Ett arbete pågår även med att sprida en allmän information om den mobila resursen så att människor, samarbetspartners inom regionen och andra verksamheter som i någon omfattning lider av, eller arbetar med, akut psykisk ohälsa får kunskap om den och söker kontakt.

Motionsställaren refererar i sin motion till Region Uppsala där Akademiska sjukhuset har fått i uppdrag, från Sjukhusstyrelsen, att inrätta en psykiatriambulans. Sjukhusstyrelsen beslutade dock i juni 2021, utifrån en bedömning från verksamhetsområde psykiatri, att det behövs en ny utredning för att undersöka vilken form av akutpsykiatrisk mobil lösning som blir mest kostnadseffektiv och som bäst möter patientgruppens behov. Det står därmed inte klart att det är en psykiatriambulans som kommer att inrättas i Region Uppsala.

Att inrätta en psykiatriambulans inom Region Örebro län beräknas landa på en kostnad om närmare 9,5 miljoner kronor inklusive personalkostnader och utryckningsfordon. Det skulle inte vara en kostnadseffektiv satsning då verksamheten inte beräknas ha full beläggning med ärenden under de 24 timmar som den ska vara i tjänst.

Mot bakgrund av detta kommer Region Örebro län fortsatt att arbeta med utveckling av den mobila resursen. Genom förebyggande och riktade insatser till de personer som lider av akut psykisk ohälsa skapas förutsättningarna att kunna ge en sammanhållen vård med en resurs som arbetar på flera nivåer samtidigt. Det är av högsta prioritet att fortsätta arbetet framåt så att de individer som lider av akut psykisk ohälsa får rätt bemötande och vård i rätt tid.

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen anses besvarad.

För Region Örebro län

Karin Sundin,
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden

Jonas Claesson,
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Från: Sundman Wilhelm, Oppositionsråd L Politisk ledning opposition

<willhelm.sundman@regionorebrolan.se>

Skickat: den 2 mars 2021 08:06

Till: Berglund Kristina, Regionkansliet Nämndsadministration

<kristina.berglund@regionorebrolan.se>

Ämne: Motion till RF

Hej!

Här är en motion från Liberalerna till RF.

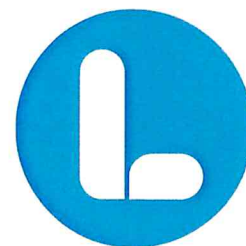
Mvh

--

Willhelm Sundman
Oppositionsråd, Liberalerna
Region Örebro län

Liberalerna i Örebro län, Drottninggatan 40C 702 22 Örebro
070 352 94 06, willhelm.sundman@liberalerna.se





Motion

Inför en psykiatriambulans i Region Örebro län

Akut psykisk ohälsa tar inte hänsyn till kontorstid, därför måste regionen ha en beredskap för att hantera de individer som är i akut behov av psykiatrisk stöd och vård oavsett när på dygnet behovet uppstår. För en person som lider av en psykisk kris kan några minuter vara en skillnad mellan liv och död. Därför är det viktigt att snabbt vara på plats och att den som är i behov av hjälp får möta personal med psykiatrisk kompetens.

Patienter med oro, ångest eller med självmordsrisk måste snabbt kunna få hjälp från vården. Idag omhändertas alltför ofta människor med akut psykisk sjukdom av polisen inför grannar och andra vittnen som hämtar och skjutsar individen till vården. Det är inte rimligt att sjuka människors i akut kris behandlas på ett sådant sätt att de upplever sig som brottslingar eller att de inte får möta människor med rätt vårdkompetens i första skedet. Samtidigt leder detta till att polisen blir allt mer belastade som i sin tur leder till att polisen tvingas prioritera uppgifter de egentligen inte har kompetens till att lösa.

Med hjälp av en psykiatrisk blåljusenhet kan patienten få ett bra bemötande från början och vårdpersonal kan tidigt göra bedömning av rätt vårdnivå. För patienten är det mindre stigmatiserande att möta en ambulans med specialistutbildad personal än en polis.

Region Uppsala som är jämförbart med Region Örebro län har givit Akademiska sjukhuset i uppdrag att ta fram en mobil psykiatrisk akutverksamhet en så kallad psykiatriambulans. Sedan tidigare finns där ett mobilt team, precis som i Region Örebro län, men detta kan enligt psykiatrin där inte jämföras med en ambulansverksamhet. Därför ses psykiatriambulansen som ett viktigt komplement till deras verksamhet. Polisen i Uppsala län har i olika sammanhang lyft fram att det skulle behövas en psykiatriambulans i regionen, precis som polisen i Örebro län.

Om vi inte gör någonting åt detta är risken att personer som lider av psykisk ohälsa inte får rätt vård och att deras sjukdomstillstånd försämras. Samtidigt kan polisen avlastas när de slipper åka på liknande larm. Att använda en psykiatrisk blåljusenhet, istället för en polisinsats, jämställer psykiatrisk akutsjukvård med somatisk akutsjukvård och kan därmed bidra till att avstigmatisera psykiska sjukdomar.

DÄRFÖR FÖRESLÅR JAG ATT:

- Region Örebro län etablerar en verksamhet med psykiatrisk akutambulans.

För Liberalerna

Willhelm Sundman

7

Svar på remiss gällande
promemorian "Ändring i lag
(2006:323) om utbyte av
sprutor och kanyler"

21RS8277

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8277

Organ
Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss gällande promemorian ”Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler”

Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

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

Sammanfattning

I promemorian föreslås det att bosättningsprincipen tas bort, det vill säga att även personer som inte kan anses vara bosatta i en region som har beviljats tillstånd för sprututbytesverksamhet ska få delta i sådan verksamhet i den regionen. Detta bland annat då bosättningsprincipen kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen.

I förslag till svar på remissen ställer sig Region Örebro län positiv till förslaget att bosättningsprincipen tas bort men framhåller även att det kan medföra vissa risker för dessa besökare.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet får inga konsekvenser ur ett miljö- eller barnperspektiv men kan bidra till en mer jämlik vård för en utsatt grupp.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8277

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01, Svar på remiss
gällande promemorian ”Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och
kanyler”

Svar på remiss gällande promemorian ”Ändring i lag (2006:323) om utbyte av
sprutor och kanyler”

Promemoria – Förslag om ändring av lagen om utbyte av sprutor och kanyler
(2006:323)

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum Beteckning
2021-12-01 Dnr: 21RS8277

Er beteckning:
S2021/06088

Regeringskansliet, Socialdepartementet,
enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm

Svar på remiss gällande promemorian ”Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler”

Region Örebro län har fått möjlighet att lämna synpunkter på promemorian ”Ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler” och vill med anledning av promemorian lämna följande synpunkter.

Region Örebro län är positiv till förslaget om att bosättningsprincipen tas bort då det innebär en mer patientsäker och jämlik vård. Däremot framhåller Region Örebro län att det kan medföra en risk för besökare att få slutenvård i en region där denne inte är folkbokförd. Till exempel då en besökare blir hänvisad att uppsöka sin hemregion för en åkomma som kräver slutenvård. Väljer då besökaren att avstå från att ta sig till sin hemregion, där denne är folkbokförd, för att få den hjälp som behövs kan det innebära en ökad risk för komplikationer och förvärrade symtom. Vid dessa situationer kan det dock tänkas att sprututbytesmottagningarna fyller en viktig funktion för dessa besökare som träffar sjuksköterskor i lokalen.

Region Örebro län framhåller även att det kan vara fördelaktigt att de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna följs upp då det i promemorian framgår att de bedömts som ringa.

För Region Örebro län

Promemoria

Förslag om ändring av lagen om utbyte av sprutor och kanyler
(2006:323)

1 Sammanfattning

I promemorian föreslås att kravet på bosättning i en region för att kunna delta i sprututbytesverksamhet där tas bort. I dag gäller att endast personer som kan anses bosatta i en region som har beviljats tillstånd enligt lagen om utbyte av sprutor och kanyler (2006:323) får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen.

Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Härigenom föreskrivs att 6 § lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §¹

En spruta eller en kanyl får lämnas ut av regionen endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 18 år. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Endast personer som kan anses bosatta i en region som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022

¹ Senaste lydelse 2019:924. Ändringen innebär att tredje stycket tas bort.

3 Bakgrund

Lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler reglerar verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler i syfte att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som missbrukar eller är beroende av narkotika. Utbyte av sprutor och kanyler inom sprututbytesverksamheterna är i första hand en smittskyddsåtgärd. Sprututbytesmottagningarna kan även bidra till att göra hälso- och sjukvård mer tillgänglig för den som uppsöker mottagningen samt motivera deltagare i sprututbytesverksamheten till behandling och sociala insatser mot missbruk och beroende.

Verksamheten ska enligt 1 § andra stycket lagen om utbyte av sprutor och kanyler bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde motiveras för vård och behandling. Sprututbytesverksamhet får enligt 2 § samma lag endast bedrivas av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård och sedan Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gett tillstånd till verksamheten. Endast personer som kan anses bosatta i en region som har beviljats tillstånd får enligt 6 § lagen om utbyte av sprutor och kanyler delta i sprututbytesverksamhet i den regionen.

Den 1 mars 2017 trädde ett par ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler i kraft. Syftet med lagändringarna var att förbättra tillgången till sprututbyten i hela landet. Ändringarna innebar att ansvaret för sprututbytesverksamheterna renodlades till regionen samt att den tidigare åldersgränsen sänktes från 20 till 18 år (prop. 2016/17:15 s. 1). Fortfarande gäller dock att endast personer som anses bosatta i en region som har beviljats tillstånd att bedriva sprututbyte får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen (bosättningsprincipen).

Socialstyrelsen presenterade i slutet av 2019 en uppföljning av ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler, se rapporten

Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige. Rapporten visar att lagändringarna har gett personer som injicerar droger ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet. Enligt myndighetens kartläggning ökade antalet regioner med sprututbytesverksamhet från åtta stycken före lagändringen till sexton regioner 2019. När rapporten skrevs planerade ytterligare två regioner att öppna sprututbytesverksamhet. Av dessa öppnade den ena verksamheten 2020, vilket innebär att totalt sjutton regioner erbjuder sådan verksamhet. En region har tagit beslut om, men ännu inte startat upp, sprututbytesverksamhet. Socialstyrelsen föreslår i sin rapport att kravet att endast personer som anses bosatta i regionen ska få delta i verksamheten med utbyte av sprutor och kanyler tas bort. Bosättningsprincipen utgör enligt Socialstyrelsen ett hinder för personer att besöka sprututbytesverksamhet utanför sin hemregion, vilket kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen (2004:168). Möjligheten för individen att skydda sig själv och andra mot smitta skulle enligt rapporten öka om bosättningsprincipen tas bort.

3.1 Grunderna i den svenska narkotikapolitiken

Den svenska narkotikapolitiken är en del av folkhälsopolitiken. Ambitionen är att begränsa tillgång till och förebygga användning av narkotika, erbjuda vård och stöd för missbruk och beroende samt minska skador och dödsfall till följd av narkotikabruk. Sverige för en balanserad narkotikapolitik som består av olika insatser inom narkotikaområdet och där tillgångsbegränsning och efterfrågeminskning är likvärdiga beståndsdelar. Den balanserade narkotikapolitiken är hälsofrämjande och restriktiv.

I den svenska narkotikapolitiken finns en ambition om ett samhälle fritt från narkotika vilket bl.a. har lagts fast i regeringens proposition En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47). Inom ramen för regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken ligger tyngdpunkten inom narkotikapolitiken på förebyggande åtgärder och tidig upptäckt och intervention. Detta

har avgörande betydelse för att minska nyrekrytering till missbruk eller beroende.

Narkotikapolitiken har en nära koppling till hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, fastställer att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Sprututbytesverksamhet är en viktig komponent i en beroendevård präglad av ett förebyggande och skadereducerade perspektiv.

3.2 God tillgänglighet till sprututbyte är en viktig hälsofråga

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar ska enligt smittskyddslagen tillgodoses av samhällets smittskydd. Därutöver har var och en skyldighet att medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.

Personer som injicerar droger är en utsatt och sårbar grupp. Jämfört med befolkningen i stort löper de högre risk att drabbas av både smittsamma och icke-smittsamma infektionssjukdomar som behöver behandling.

Delning av icke-sterila injektionsverktyg med andra personer utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom gruppen personer som injicerar droger. Genom att tillhandahålla sterila injektionsverktyg går det att reducera riskbeteenden, minska antalet nya fall av hepatit C eller hiv och stärka en persons eget skydd vid eventuella sjukdomsutbrott.

Sprututbytesverksamheter utgör ett värdefullt komplement till övriga smittskyddsinsatser som bedrivs i landet i regionernas regi. Sprututbytesverksamheter är också ett komplement, men inte på något vis en ersättning, för vård- och behandlingsinsatser för missbruk eller beroende i regioners och kommuners regi. Det är viktigt att det finns ett brett och individanpassat utbud av vård- och stödinsatser för personer som injicerar droger. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Även om sprututbyte med testning och rådgivning i första hand är en hälsofråga och en smittskyddsfråga stöder arbetet också indirekt samhällets insatser mot narkotika. Genom att bygga upp en förtroendefull relation och visa på allas lika rätt till en god vård ökar chanserna att nå fram med insatser som hjälper personer att hantera eller på sikt att ta sig ur ett drogberoende.

En skattning från 2013 visar att det finns 8 000 personer som injicerar droger. Dessa personer är spridda över hela landet.

3.3 Lagstiftning som rör smittskydd, hälso- och sjukvård samt insatser mot beroende

Lagstiftning som reglerar smittskydd

Grundläggande regler om smittskydd finns i smittskyddslagen. Lagen innehåller bestämmelser om åtgärder och förhållningsregler då en smittsam sjukdom misstänks eller har konstaterats samt regler om hur spridning av sådana sjukdomar ska motverkas. Med smittsam sjukdom avses enligt 1 kap. 3 § smittskyddslagen alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som innebär ett inte ringa hot mot människors hälsa. Särskilda regler finns för s.k. allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar. De allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna anges i bilagor till smittskyddslagen. Till de allmänfarliga sjukdomarna räknas bland annat hepatit A–E och hivinfektion.

Folkhälsomyndigheten ansvarar enligt 1 kap. 7 § smittskyddslagen för samordning av smittskyddet på nationell nivå. Smittskyddslagen innehåller vidare bestämmelser om åtgärder för att förebygga smittspridning som riktar sig dels till regionerna, inklusive smittskyddsläkarna, dels till enskilda individer. Smittskyddslagen är inte utformad på ett sätt som begränsar smittskyddsinsatserna utifrån bosättning.

Varje region ansvarar enligt 1 kap. 8 § smittskyddslagen för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionen. Myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal ska enligt 1 kap. 10 § smittskyddslagen samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar. Regionerna och smittskyddsläkarna ska enligt 2 kap. 3 § smittskyddslagen se till att allmänheten har den

information som krävs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.

Enligt 2 kap. 1 § smittskyddslagen är varje enskild individ skyldig att genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Den som vet att han eller hon har en smittsam sjukdom, eller som misstänker att så är fallet, ska enligt 2 kap. 2 § smittskyddslagen vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smitta. Om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom ska den smittade lämna information om smittan till de människor i omgivningen som han eller hon kan riskera att smitta.

Reglering av försäljning av sprutor och kanyler

Av 3 § lagen (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler framgår vem som får bedriva handel i Sverige med sprutor och kanyler. Bestämmelsen innebär bland annat att sprutor och kanyler får säljas på apotek. Försäljning får inte ske när omständigheter ger anledning till misstanke att varan kan komma till användning vid missbruk av narkotika eller dopningsmedel, vilket framgår av 3 § i förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler. Den som har ett missbruk eller ett beroende har därmed begränsade möjligheter att lagligt köpa sterila injektionsverktyg.

Lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvård

I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och bedrivas. Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår att definitionen i 2 kap 1 § HSL innefattar såväl miljöinriktade som individinriktade förebyggande åtgärder och att sistnämnda åtgärder innefattar åtgärder för att uppspåra hälsoproblem. Som exempel på förebyggande individinriktade åtgärder nämns allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsouppllysning samt mödra- och barnhälsovård. I hälso- och sjukvård ingår också psykologisk och

psykiatrisk vård till personer som på grund av exempelvis traumatiska upplevelser och övergrepp är i behov av vård. Även omvårdnad omfattas av begreppet hälso- och sjukvård trots att dessa åtgärder inte uttryckligen nämns i hälso- och sjukvårdslagen.

Vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård, vilket innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lätt tillgänglig. Målet med hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § HSL en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att den som behöver vård ska kunna få del av hälso- och sjukvårdens tjänster inom rimlig tid, oavsett var personen bor i landet och oavsett levnadsvillkor. Möjligheterna till vård får därmed inte påverkas av förhållanden som t.ex. ålder, kön, förmåga att ta initiativ, kulturella olikheter eller sjukdomens art eller varaktighet. I de ursprungliga förarbetena till motsvarande bestämmelse i den äldre HSL anges att det är särskilt angeläget för samhället att värna om vissa grupper som ansågs särskilt utsatta, t.ex. äldre och personer med funktionsnedsättning. Även för personer med ett beroende bedömdes vårdutbudet kunna förefalla begränsat. I förarbetena framhölls därför vikten av att utreda hur skilda sociala förhållanden, som kan begränsa den enskildes möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning (prop. 1981/82:97 s. 27–29).

Utbytet av sprutor och kanyler är inte en verksamhet som definieras som hälso- och sjukvård eftersom det inte är en vårdande eller behandlande insats. Sprututbytesverksamheterna anses dock som en viktig plattform för att ge personer med ett skadligt bruk, missbruk eller beroende av narkotika tillgång till vård.

Regionen har enligt 8 kap. 1 § HSL en generell skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård för den som är bosatta inom regionen samt den som både har skyddad folkbokföring och stadigvarande vistas inom regionen. Regionens ansvar omfattar enligt 2 § även den som, utan att vara bosatt i Sverige, har rätt till vårdförmåner enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen samt i Sverige bosatta personer som lämnat landet för att studera i ett annat land och där genomgår en

studiestödsberättigad utbildning. I 7 kap. 3 § första stycket HSL anges att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Regionen ska enligt 8 kap. 3 § HSL även erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti, men ska i övrigt ges vård på samma villkor som gäller för regionens egna invånare. Som huvudregel faller ansvaret för kostnaderna för vård i en annan region på den region som enligt 8 kap. 1 § har ansvaret för patientens hälso- och sjukvård.

Patientlagen (2014:821) syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen har samma målformulering som HSL, dvs. en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En annan grundprincip i vården, som har formulerats i 3 kap. 1 § andra stycket HSL och som upprepas i 1 kap. 6 § patientlagen, är att den ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Även i patientlagen föreskrivs bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig. Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient, som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Lagstiftning som avser insatser mot missbruk och beroende

Såväl kommuner som regioner har ansvar för att erbjuda personer med skadligt bruk, missbruk eller beroende av narkotika medicinska eller sociala insatser. I föregående avsnitt redogörs för regionernas ansvar för hälso- och sjukvården enligt HSL.

En kommun har enligt 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ansvaret för socialtjänsten inom sitt område och det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Utgångspunkten i 2 a kap. 1 § SoL är att den kommun där den enskilde vistas ansvarar för stöd och hjälp om det inte står klart att en annan kommun bär ansvaret. Socialnämnden har enligt 5 kap.

9 § SoL ett särskilt ansvar för insatser åt den som till följd av missbruk har behov av särskilda åtgärder till stöd och hjälp för att komma ifrån missbruket. Socialnämnden ska även arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel samt missbruk av spel om pengar, vilket framgår av 3 kap. 7 § SoL. Av 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL följer en skyldighet för kommuner och regioner att komma överens om ett samarbete när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Om möjligheten till frivilliga åtgärder är uttömda finns även vissa möjligheter till tvingande insatser för den vars beroende riskerar att få allvarliga negativa följder. Förutsättningarna för sådan tvångsvård framgår av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

4 Överväganden och förslag

4.1 Bosättningskravet tas bort

Förslag: Även personer som inte kan anses vara bosatta i en region som har beviljats tillstånd för sprututbytesverksamhet ska få delta i sådan verksamhet i den regionen.

Skälen för förslaget: Förslaget innebär att bosättningsprincipen tas bort. Bosättningsprincipen innebär att endast personer som anses bosatta i en region som har beviljats tillstånd att bedriva sprututbyte får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen. Bosättningsprincipen kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen. Förutom att underlätta ett effektivt smittskyddsarbete syftar förslaget till att öka tillgängligheten till sprututbyten.

Personer som injicerar droger är bland de mest utsatta i samhället. Delning av icke-sterila injektionsverktyg med andra personer utgör den främsta orsaken till att hepatit och hivinfektion sprids inom den gruppen. Genom att bosättningsprincipen tas bort ökar möjligheten för individen att skydda sig själv och andra mot smitta genom en ökad tillgång till sprututbyte för personer med ett beroende. Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ge öppenvård och omedelbar vård till personer som inte är bosatta i den egna regionen (8 kap. 3 § HSL). Därför bör regionerna, oavsett om de infört sprututbytesverksamheten eller inte, ha en beredskap för att ge vård till personer som inte är bosatta inom den egna regionen. Upphörandet av bosättningskravet blir därmed en harmonisering av sprututbytesverksamheten till annan hälso- och sjukvård.

Bosättningsprincipen har tidigare varit föremål för diskussion i en rad olika sammanhang. Redan vid tillkomsten av lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler konstaterades att det ur ett

smittskyddsperspektiv kunde vara mest effektivt att inte begränsa tillgängligheten till sprututbytesverksamhet genom krav på bosättningsort (prop. 2005/06:60 s. 136). De bärande skälen för ett s.k. bosättningskrav var att kravet bedömdes främja missbruksvården genom att underlätta dels långsiktigt motivationsarbete och samverkan med hemkommunen, dels den tillståndsprövande myndighetens bedömning av om resurserna för avgiftning och vård kunde anses tillräckliga.

I betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) föreslog Missbruksutredningen att personer som vistas i en region med sprututbytesverksamhet ska kunna delta i verksamheten. Utredningen anförde att verksamheten därmed även kan nå personer med intravenöst missbruk som rör sig mellan olika regioner eller mellan olika länder. När vissa ändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler trädde i kraft den 1 mars 2017 lämnades dock bosättningsprincipen oförändrad. Skälen var i huvudsak desamma som vid lagens tillkomst (prop. 2016/17:15 s. 26–28). I den tidigare propositionen ansågs bosättningsprincipen viktigt för att tillståndsprövande myndighet ska kunna göra en korrekt bedömning när tillstånd beviljas. Därutöver ansågs bosättningsprincipen fungera som ett incitament för att fler regionen skulle ansöka om och upprätta sprututbytesverksamhet. Regeringen lyfte dock att det fanns skäl att följa upp och utvärdera genomförandet av propositionen och konsekvenserna av bibehållet krav på bosättning som huvudprincip.

Sedan den tidigare lagförändringen har merparten av regionerna ansökt om och upprättat sprututbytesverksamhet. Dessutom förslår Socialstyrelsen i Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige att bosättningsprincipen bör tas bort. Myndigheten lyfter att bosättningsprincipen utgör ett hinder för personer att besöka sprututbytesverksamhet utanför sitt hemlandsting vilket kan försvåra ett effektivt smittskyddsarbete i enlighet med smittskyddslagen.

Socialstyrelsen har i sin uppföljning av lagändringarna som trädde i kraft 2017 konstaterat att narkotikaanvändning genom injektion förekommer i samtliga regioner, men det är svårt att beräkna antalet brukare och hur de är fördelade över landet. Vårdbehovet påverkas

av fler faktorer än populationens storlek och är svårt att beräkna för en given tidsperiod.

Regioner som bedriver verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler ska enligt 13 och 14 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika årligen inkomma med en verksamhetsberättelse till IVO.

Uppgift om antalet deltagare som besöker en sprututbytesverksamhet men som är skrivna på annan ort ingår inte bland de uppgifter som är obligatoriska att rapportera enligt 13 och 14 §§ SOSFS 2007:2 och rapporteras därför inte av alla verksamheter. Majoriteten av deltagarna i sprututbyte var folkbokförda och bosatta i den region där de besökte sprututbytet. Personer som besöker sprututbytet på annan ort än i hemregionen uppger att motivet till besöket är att de vill skydda sig själva och andra från blodsmitta när de vistas under en kortare tid på annan ort. Utifrån de verksamhetsberättelser som lämnats till IVO förför år 2018 framkommer det att mellan 6 och 21 procent av deltagarna som besökte ett sprututbyte var skrivna på annan ort. Detta leder till bedömningen att kravet på bosättning är av begränsad nytta när IVO ska avgöra om vårdresurserna är tillräckliga för att tillåta ett sprututbytesprogram.

Samtliga sprututbytesverksamheter samarbetar med socialtjänsten – mellan 40 och 80 procent av deltagarna har en pågående kontakt med socialtjänsten, enligt Socialstyrelsens uppföljning (artikelnummer 2019-12-6462). Vid samtliga sprututbyten erbjuds deltagare hjälp med att kontakta beroendevård, psykiatri, kurator, mödravård och socialtjänst. I Skåne och Stockholm bedriver socialtjänsten uppsökande arbete i sprututbytesverksamhetens väntrum. De flesta som uppsöker verksamheterna är bosatta i regionen. För att förhindra smittspridning av t.ex. hepatit och hivinfektion är det dock viktigt att kunna erbjuda sprututbyte även för dem som inte är bosatta i regionen.

Det går att ifrågasätta om det är lämpligt att undanta utbyte av sprutor och kanyler från möjligheten att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient ha möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvård inom eller utom sin egen region. Detta innefattar även de vårdåtgärder som erbjuds vid en sprututbytesverksamhet såsom testning, vaccinationer,

somatisk vård och behandling, men i dagsläget gäller det inte för utbyte av sprutor och kanyler. Utbytet av sprutor och kanyler räknas inte till hälso- och sjukvård eftersom det inte är en vårdande eller behandlande insats, men eftersom det primära målet med verksamheten är att begränsa smitta och smittspridning är det rimligt att samma principer gäller för sprututbytesverksamheten som för de vårdåtgärder som erbjuds i anslutning till denna.

Efter lagändringarna 2017 har antalet regioner med sprututbytesverksamhet ökat från åtta till 17 av totalt 21 regioner. Under en lång tid dessförinnan var Skåne ensamt om att bedriva sprututbytesverksamhet. Bosättningsprincipen kunde därför motiveras utifrån att verksamheten hade en lokal förankring. Numera, när en klar majoritet av regionerna bedriver en sådan verksamhet bör det inte längre finnas något hinder mot att ett visst utbyte av deltagare sker mellan regionerna. Bosättningsprincipen är dessutom svår att tillämpa i verksamheterna. Kravet på bosättning i regionen innebär oftast att endast den som är folkbokförd i regionen får delta. Att någon inte rent faktiskt är folkbokförd i regionen utgör dock, enligt förarbetena till lagen, inget hinder mot deltagande under förutsättning att personen kan göra sannolikt att förutsättningarna för folkbokföring finns (prop. 2005/06:60 s. 165). Bedömningen av om personen gjort sannolikt att den är bosatt i regionen lämnar ett visst utrymme för tolkning. Tolkningsutrymmet kan, i avsaknad av en tydlig praxis, resultera i regionala skillnader, vilket kan medföra att tillgången till vård blir ojämlig. IVO har också uppmärksammat att bosättningsprincipen inte alltid upprätthålls, möjligen på grund av att det i den praktiska verksamheten anses viktigare att förhindra smittspridning än att utreda i vilken region en person ska anses bosatt. Detta speglar den problematik som blir konsekvensen av bosättningsprincipen.

Erfarenheterna av sprututbytesverksamheterna är goda – inte minst ur ett smittförebyggande perspektiv. Mot bakgrund av att merparten av regionerna numera bedriver sprututbytesverksamhet har bosättningsprincipen spelat ut sin roll. Fördelarna ur ett smittförebyggande perspektiv väger tyngre än de eventuella nackdelar det möjligtvis skulle kunna medföra att ta bort kravet på bosättning. Sammanfattningsvis bör bosättningsprincipen därför tas bort.

4.2 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Ändringen ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Bedömning: Det behövs inga övergångsbestämmelser.

Skälen för förslaget och bedömningen: Ändringen ska träda i kraft så snart som möjligt och därför föreslås ikraftträdandet till den 1 juli 2022.

5 Konsekvenser

Förslaget bedöms ha positiv inverkan på tillgänglighet för de personer som är målgruppen för sprututbytesverksamheterna. Personer som redan deltar i sprututbytesverksamhet får därmed tillgång till sprututbyte även om de vistas på annan ort. Samtidigt innebär förslaget att personer som är bosatta i de regioner som ännu inte infört sprututbytesverksamhet får tillgång till sprututbyte. Antalet personer som omfattas av sprututbytesverksamheten var 2019 drygt 4 800 personer. Vanligaste substansen som injiceras är amfetamin följt av opioider i någon form. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar att det är betydligt vanligare att män besöker sprututbytesverksamheterna än kvinnor. Andelen besökare som var kvinnor varierade mellan 19 och 33 procent och andelen män mellan 67 och 81 procent. Ökad tillgång till sprututbytesverksamhet innebär minskad spridning av blodsmitta som hiv, hepatiter och andra blodburna infektioner bland dessa personer. Förutom att personerna erbjuds nya sprutor minskar spridningen av smittsamma sjukdomar då verksamheterna ska erbjuda personerna vaccinationer mot hepatit B och regelbundet erbjuda rådgivning och provtagning för hiv, hepatit B och hepatit C. Verksamheterna ska även motivera personerna till annan vård och behandling vilket ökar möjligheten att personerna frivilligt deltar i ett program som kan bryta det aktiva beroendet eller minska omfattningen av det skadliga bruket. En ökad tillgänglighet genom att det nuvarande bosättningskravet tas bort kan bidra till att WHO:s mål om 300 utdelade enheter per person och år uppnås. WHO har satt målet för att påverka smittspridningen. Enligt Socialstyrelsen var det under 2019 få sprututbytesverksamheter som nådde upp till målet.

Ett borttagande av dagens bosättningskrav bedöms ha en positiv inverkan på jämlikheten eftersom det kommer att finnas möjlighet till sprututbyte oavsett var i landet en person bor. Eftersom sprututbytesverksamheten redan idag främst nyttjas av män bedöms förslaget ha ringa påverkan på jämställdheten.

Förslaget som redovisas i denna departementspromemoria bedöms ha ringa organisatoriska och ekonomiska konsekvenser. Regionerna kommer inte få några uppstartskostnader och utomlänspatienter bör ej medföra ett ökat personalbehov i redan befintliga verksamheter. Däremot blir det vissa extrakostnader för material. Dessa bedöms dock vara försumbara mot bakgrund av storleken på den målgrupp som är berörda av förslaget.

Regionerna får till följd av förslaget lämna ut sprutor och kanyler även till den som inte är bosatt i regionen, vilket innebär en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. De regioner som inte har infört sprututbytesverksamhet kan komma att bli betalningsskyldiga för de personer som deltar i verksamhet utanför hemlandet. Dock behöver regioner redan idag erbjuda annan vård till utomlänspatienter. Inskränkningen i samband med borttagandet av bosättningskravet för sprututbytesverksamhet innebär således att utomlänspatienter inom sprututbytesverksamhet behandlas på samma sätt som merparten av hälso- och sjukvårdens patienter. Mot denna bakgrund bedöms konsekvenserna av förslaget, dvs. att regionerna får erbjuda utbyte av sprutor och kanyler även till den som inte är bosatt i regionen, utgöra ett proportionerligt ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen kan motiveras med hänvisning till behovet av smittskydd. Regionerna har idag en årlig kostnad på 360 miljoner för hepatit-C-läkemedel, vilket utgör 30 procent av den totala läkemedelskostnaden.

Förslaget bedöms ha inte ha några konsekvenser på det kommunala självstyret.

Det går i dagsläget inte att göra en bedömning av om förändringen kommer att öka inflödet av utomlänspatienter för vissa regioner. Det går inte heller att göra en bedömning av om det finns ett omfattande uppdämt behov i de regioner som inte infört sprututbytesverksamhet eller om bosättningskravet medfört att personer i behov av sprututbyte bosatt sig i regioner med pågående verksamhet.

Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ge öppenvård och omedelbar vård till personer som inte är bosatta i den egna regionen (8 kap. 3 § HSL). Därför bör regionerna, oavsett om de infört sprututbytesverksamheten eller inte, ha en beredskap för att ge vård till personer som inte är bosatta inom den egna regionen. Upphörandet av bosättningskravet blir därmed en harmonisering av sprututbytesverksamheten till annan hälso- och sjukvård.

En ökad tillgång till sprututbyte för personer med ett beroende bör på sikt minska regionernas kostnader för smittsamma sjukdomar eftersom sprututbytesverksamheten minskar förekomsten av sådana sjukdomar.

Förslaget bedöms inte ha några konsekvenser för de statliga myndigheterna. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är den myndighet som ansvarar för tillståndsplikten, och merparten av regionerna har redan idag pågående verksamhet vilket innebär att myndigheten redan gett tillstånd och bedriver tillsyn. Dessutom är bosättningsprincipen ett trubbigt verktyg för att bedöma behovet av vård och omsorg för de personer som utgör målgruppen för sprututbytesverksamheten. Detta eftersom det samlade behovet inom en region inte behöver stå i relation till antalet invånare, utan kan bero på andra faktorer.

Förslaget bedöms inte ha några konsekvenser på statens finanser. Men över tid bör en ökad tillgång till sprututbyte leda till minskade läkemedelskostnader för smittsamma sjukdomar, som exempelvis hepatit C.

6 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

6 §

En spruta eller en kanyl får lämnas ut av regionen endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 18 år. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Paragrafen anger villkor för utbyte av sprutor och kanyler. Paragrafen ändras på så sätt att det tidigare *tredje stycket* tas bort. Det innebär att det inte finns något krav på att endast personer som kan anses bosatta i den region som har beviljats tillstånd ska få delta i sprututbytesverksamhet i den regionen. Även en person som inte är bosatt i regionen kan därmed besöka en sprututbytesverksamhet och där få en spruta eller en kanyl utlämnad under de förutsättningar som anges i paragrafen.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.1.

8

Svar på remiss -
Socialstyrelsens rapport
Uppföljning av primärvården
och omställningen till en
mer nära vård, deluppdrag I
- Nationell insamling av
registeruppgifter från
primärvården

21RS9619

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9619

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på remiss - Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Örebro län (Regionen) har fått möjlighet att yttra sig över Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Rapporten föreslår ett utökat nationellt patientregister där uppgifter från primärvården ska inkluderas. Vidare föreslås ett upprättande av ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Regionen ställer sig positiv till att även primärvården ska kunna följas upp på nationell nivå då det skapar förutsättningar för att kunna belysa öppenvården som helhet.

Regionen framhåller i svaret att den föreslagna variabelinsamlingen inte är densamma för primärvården som för den specialiserade vården, någonting som Regionen ställer sig frågande till.

I svaret belyser även Regionens vikten av att ha en hög informationssäkerhet vid framtagande av ett utökat nationellt patientregister samt avsaknaden av information gällande den förväntade arbetsbördan för Regionens.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälsa- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9619

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut har inga konsekvenser ur ovanstående perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01

Förslag till yttrande

Remiss

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Socialdepartementet, s.remissvar@regeringskansliet.se och kopia till
s.fs@regeringskansliet.se

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Michaela Larsson

Sammanträdesdatum
2021-12-01

Beteckning
Dnr: 21RS9619

Er beteckning:
S2019/03056

Regeringskansliet, Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Svar på remiss - Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I - Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Region Örebro län (Regionen) har fått möjlighet att yttra sig över Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Med anledning av deluppdrag I vill Region Örebro län framföra följande synpunkter.

Regionen ställer sig positiv till att primärvården, på en nationell nivå, ska kunna följas upp. Med ett nationellt patientregister där primärvården inkluderas skapas de förutsättningar som idag saknas för att kunna belysa öppenvården som helhet. Då över hälften av alla öppenvårdsbesök sker i primärvården kan ett nationellt patientregister bidra till en mer samlad bild och med det öka förståelsen för primärvårdens verksamhet. Regionen ser även positivt på förslaget om ett nationellt organisationskodverk då det mer rättvist kommer gå att jämföra olika resultat från enheter.

Vad gäller den föreslagna variabelinsamlingen ställer sig Regionen frågande till varför den inte är densamma för primärvården som för den specialiserade vården. Inom Region Örebro län kommer det framöver att vara ett enhetligt system som hela sjukvården förhåller sig till, med samma konfiguration, och Regionen anser att det även på nationell nivå är eftersträvansvärt att uppnå vid framtagandet av ett nationellt patientregister.

Genom att utöka det nationella patientregistret med data från primärvården kommer registret även att innefatta hälso- och sjukvårdsuppgifter för större delen av den svenska befolkningen. Regionen framhåller därav vikten av en hög informations säkerhet och det är någonting som bör belysas i en större omfattning. Då utvidgningen av det nationella patientregistret berör stora delar av den svenska befolkningen anser Regionen det extra viktigt att säkerställa huruvida nyttan av registerutvidgningen överväger det integritetsintrång som utvidgningen faktiskt innebär.

I deluppdraget framgår det att arbetsbördan inte bör vara alltför stor mot bakgrund av att uppgifter på individnivå förs över till Socialstyrelsen och inte på aggregerad nivå. Frågan kvarstår då vilket arbete som faktiskt kommer att landa på Regionerna när det kommer till hantering och rapportering, någonting som inte tydligt framgår i deluppdraget.

Avslutningsvis framhåller Regionen att de ekonomiska konsekvenserna som ett utökat nationellt patientregister för primärvården kommer att resultera i nogsamt bör belysas och följas upp. Dels för att administrativa resurser kommer att behövas i en större omfattning samtidigt som det erfordras förstärkning och utbildning för att skapa en enhetlig och korrekt kodning vid registrering. En utbildningssatsning för all journalförande personal kommer även att vara nödvändig så rätt kompetens finns från start vid införandet av ett nationellt patientregister för primärvården.

För Region Örebro län



Socialdepartementet

Remiss av Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Med utgångspunkt i det omställningsarbete som pågår inom primärvården finns det ett behov av underlag med uppgifter om primärvården som beskriver olika förhållanden inom den vården. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av regionernas uppgiftslämnande (dnr. S2019/03056 – deluppdrag I). Detta utifrån vad som bedöms stå i proportionalitet mellan integritetsintränet och det allmännas intresse av uppföljning av primärvården avseende vårdens kvalitet och jämlikhet och som möjliggör djupare analyser på nationell nivå. I uppdraget angavs bl.a. att Socialstyrelsen skulle utgå från de ändamål som gäller för hälsodataregister enligt 3 § lagen om hälsodataregister.

I februari 2021 redovisade Socialstyrelsen deluppdraget genom rapporten Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården till Socialdepartementet.

Socialdepartementet önskar nu ta del av remissinstansernas synpunkter på förslaget.

Remissinstanser

E-hälsomyndigheten
Folkhälsomyndigheten
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
Funktionsrätt Sverige
Fysioterapeuterna
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Integritetskyddsmyndigheten
Justitiekanslern (JK)
LIF
Läkemedelsverket
Myndigheten för delaktighet
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Nepi (nätverk för läkemedelsepidemiologi)
Regelrådet
Region Blekinge
Region Dalarna
Region Gotland
Region Gävleborg
Region Halland
Region Jämtland Härjedalen
Region Jönköpings län
Region Kalmar län
Region Kronoberg
Region Norrbotten
Region Skåne
Region Stockholm
Region Sörmland
Region Uppsala
Region Värmland
Region Västerbotten
Region Västernorrland
Region Västmanland
Region Örebro län
Region Östergötland
Statistiska centralbyrån (SCB)

Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)
Svensk sjuksköterskeförening
Svenska Distriktsläkarförbundet (DLF)
Svenska Läkaresällskapet
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Sveriges läkarförbund
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
Vetenskapsrådet
Vårdförbundet
Vårdföretagarna
Västra Götalandsregionen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 15 januari 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till petra.zetterberg.ferngren@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2019/03056 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

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

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

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

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Ämnesråd

Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård

Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter
från primärvården

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

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

Artikelnummer 2021-2-7223

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2021

Förord

Socialstyrelsen fick i juli 2019 i uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården. Uppdraget avser såväl uppföljning av primärvården som uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2023.

Den här rapporten avser deluppdrag I, vilket handlar om att utreda förutsättningarna för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I rapporten ger Socialstyrelsen förslag på variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän i primärvården. Socialstyrelsen ger även nödvändiga författningsförslag för att nationell insamling av uppgifter från primärvården ska kunna komma till stånd.

Rapporten är avsedd som underlag för beslutsfattande om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den vänder sig till regeringen samt huvudmän inom regionernas primärvård. Den är även relevant för verksamhetschefer, professionsföreträdare samt patient- och brukarföreningar.

Utredaren Anna Granath har varit projektledare för deluppdraget. Juristen Carina Carmona har varit huvudansvarig för de juridiska analyserna, där även juristerna Annica Gulliksson och Sara Land bistått. Utredarna Magdalena Fresk, Anders Hansson, Max Köster och Kristina Bränd Persson har ingått i den interna expertgruppen. Externa experter har varit Stina Gäre-Arvidsson, Christer Rosenberg, Jan Sölch och Johan Ärnlov. Ett särskilt tack riktas till alla representanter från regioner, professionsförbund och verksamheter, vilka har medverkat i intervjuer respektive enkätundersökning. Ansvarig enhetschef har varit Henrik Lysell.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Författningsförslag	9
Uppdrag	10
Bakgrund	11
Primärvårdens omfattning och uppdrag	11
Omställningen till en god och nära vård	13
Heltäckande bild av primärvården saknas i dagsläget	15
Uppdragets utförande	21
Syfte och mål	21
Projektorganisation och genomförande	22
Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring	24
Nationell uppgiftsinsamling ur perspektivet god och nära vård	24
I primärvården arbetar åtskilliga yrkeskategorier	27
Behov av uppgifter från både offentlig och privat vård	30
Med utvecklad digitalisering i åtanke	31
Uppgiftsinsamling ur patientens perspektiv	32
Uppgiftsinsamling ur ett internationellt perspektiv	33
Förslag till registerinnehåll	34
Nödvändiga registeruppgifter	34
Rättslig analys	45
Inledning	45
Positiva och eventuella negativa effekter av en utökad personuppgiftsbehandling	47
Bedömningar utifrån dataskyddsförordningen	50
Säkerhet vid uppgiftsbehandling och skydd av personlig integritet	59
Sök- och sammanställningsmöjligheter	61
Gallring	62
Barnkonsekvensanalys	62
Alternativ till den föreslagna personuppgiftsbehandlingen	63
Behandling av personuppgifter hos vårdgivare och huvudmän	64
Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen	66
Integritetsintrång i proportion till nytta	67
Proportionalitetsbedömning	68

Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet	74
Termer, begrepp och klassifikationer inom hälso- och sjukvård	74
Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter	76
Utbildning inom klassifikationer	80
Behov av goda tekniska förutsättningar för rapportering	83
Nuvarande lösning för dataöverföring till patientregistret	86
Förväntad resursåtgång vid krav på uppgiftslämnande.....	87
Utvecklingsbehov på närmare och längre sikt.....	90
Gemensamt ansvar för en ändamålsenlig rapporteringsprocess.....	90
Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården – slutord	92
Referenser	93
Bilaga 1. Projektorganisation samt berörda aktörer	99

Sammanfattning

Inom hälso- och sjukvården pågår en reform med en förflyttning från sjukhustung vård till en mer nära vård där primärvården ska utgöra navet. I den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) betonas vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå. Vidare lyfts avsaknaden av ett nationellt register med uppgifter från primärvården fram som problematiskt. Nationella hälsodataregister gör det möjligt att bland annat utvärdera vårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet, samt ger ett bättre underlag för exempelvis forskning, uppföljning och för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Socialstyrelsen har följaktligen utrett juridiska förhållanden och andra viktiga förutsättningar för insamling av de uppgifter myndigheten anser nödvändiga avseende vårdkontakter i primärvården.

Socialstyrelsen föreslår att följande uppgifter från primärvården ingår i ett utvidgat nationellt patientregister:

- patientens personnummer, kön och födelseår
- folkbokföringsort
- födelseort
- datum och tid för primärvårdskontakt
- form av primärvårdskontakt
- planerad vårdkontakt
- remiss och remitterande vårdenhet
- utförande vårdenhet
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom eller skada
- funktionstillstånd
- åtgärd
- läkemedel
- yrkeskategori.

Urvalet av uppgifter grundar sig på den förväntade nyttan av att samla in den här typen av uppgifter. En avvägning har även gjorts utifrån den uppgiftslämnarbördan en uppgiftsskyldighet medför för vårdgivarna. Socialstyrelsen föreslår att uppgiftsinsamlingen initialt påbörjas med de uppgifter som redan registreras vid tidpunkten för insamlingens start. Successivt kan insamling sedan ske även av de uppgifter som i dagsläget inte registreras vid verksamheter. Tillgängliga uppgifter behöver i sin tur vara enhetligt registrerade. Exempelvis behövs ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter, vilket i dagsläget saknas.

Vidare föreslås uppgiftsskyldigheten gälla personal som utför självständigt hälso- och sjukvårds- samt omsorgsarbete i primärvården och beröra verk-

samheter i offentlig samt privat regi. Så väl fysiska som digitala vårdkontakter omfattas av förslaget. Primärvården ska i det här fallet bedrivas inom regionens ansvarsområde.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget även sett över de juridiska förutsättningarna för att samla in uppgifter från primärvården till patientregistret. Myndigheten har därvid bedömt att den föreslagna utökningen av registret är förenlig med grundlagens bestämmelser och med regelverken avseende sekretess och dataskydd.

En effektiv och ändamålsenlig rapporteringsprocess är en grundförutsättning för insamling av uppgifter från primärvården. Socialstyrelsens kartläggning visar att verksamheter och regioner över lag – och framför allt på sikt – har goda förutsättningar för registrering och överföring av de uppgifter myndigheten önskar samla in. De flesta av de föreslagna uppgifterna finns på många håll redan att tillgå, framför allt från verksamheter som använder regionens journalsystem eller filspecifikation. En uppgiftsskyldighet beräknas medföra kostnader för regionerna, främst för IT- och utbildningsinsatser.

I händelse av en framtida uppgiftsskyldighet behöver uppgifter i högre utsträckning systematiskt registreras i primärvården än vad som sker i dagsläget. Samtliga berörda aktörer, oavsett driftsform eller storlek på verksamhet, behöver ha rätt tekniska förutsättningar som underlättar en enhetlig registrering med gällande klassifikationer och kodverk, samt ett enhetligt användande av termer och begrepp. Det behövs även en medvetenhet i primärvårdsverksamheterna beträffande syftet och nyttan med insamlingen av uppgifter. Här kan Socialstyrelsen bidra med information och stöd i form av exempelvis utbildningsmaterial. Vidare har Socialstyrelsen identifierat ett behov att se över och utveckla regelverken för klassifikationer. Inom ramen för det ryms även framtida framtagande avseende kunskapsstöd om användande av klassifikationer.

Enhetlig och ändamålsenlig registrering samt rapportering av uppgifter kan bidra till en högre täckningsgrad och kvalitet på de uppgifter Socialstyrelsen föreslår ska samlas in. Ett nationellt patientregister över primärvården skulle i sin tur skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Det kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. I slutändan är det framförallt folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.

Uppdraget har genomförts i samråd med ett flertal berörda aktörer, däribland Integritetsskyddsmyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner. En redogörelse över de aktörer myndigheten varit i kontakt med finns i bilaga 1. Vidare relaterar förslagen som presenteras i rapporten med de globala hållbarhetsmål i Agenda 2030 som lyfter god hälsa och välbefinnande, jämställdhet samt minskad ojämlikhet.

Författningsförslag

Förslag till förordning om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen

Regeringen föreskriver att 3 och 4 §§ förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar.

Föreslagen lydelse

3 §¹

Personuppgifter i patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom *hälso- och sjukvården* samt forskning och epidemiologiska undersökningar.

4 §²

Sådana personuppgifter får behandlas som rör patienter som

1. vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården,
 2. behandlats av läkare inom den öppna vården *som inte är primärvård, eller*
 3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården.
2. behandlats av läkare inom den öppna vården,
 3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården, *eller*
 4. *behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom primärvården.*

Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.

Denna förordning träder i kraft den

¹ Senaste lydelse 2001:707.

² Senaste lydelse 2017:69.

Uppdrag

I juli 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården (S2019/03056/FS). Uppdraget består av tre delar där deluppdrag I (vilket den här rapporten avser) syftar till att utreda möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Deluppdrag II handlar om att föreslå indikatorer anpassade för att följa omställningen till en mer nära vård samt utreda möjligheter att på aggregerad nivå samla in resultat för utvalda indikatorer. Deluppdrag III har ett fokus på uppföljning och stöd till regionernas och kommunernas omställningsarbete till en mer nära vård.[1] Uppdraget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS) till att bland annat även innefatta beaktande av de indikatorer för uppföljning som föreslogs i delbetänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (2018:39)[2]. Vidare ska Socialstyrelsen enligt den ändrade uppdragsbeskrivningen utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt samt föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå. Det ändrade uppdraget innebär även att deluppdrag I–III samlas i ett gemensamt uppdrag tillsammans med uppdraget att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (S2019/01225/FS) samt uppdraget att genomföra insatser för att stärka omställningen till en god och nära vård (S2019/02110/FS).[3] Det sistnämnda uppdraget syftar till att ta fram en strategisk plan för att stödja regionerna och kommunerna i omställningsarbetet.[4] I planen, som publicerades i november 2019, presenteras målbilder för år 2027 samt konkreta förslag inom en närmare tidshorisont gällande viktiga utvecklingsområden, inom bland annat samordning av kommunal och regional hälso- och sjukvård, hälsofrämjande insatser och e-hälsa.[5]

Uppdraget ska slutredovisas i sin helhet till Socialdepartementet senast den 30 augusti 2023.

Bakgrund

Primärvårdens omfattning och uppdrag

Primärvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som:

Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det 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.³

Ansvar för primärvården är fördelat mellan kommuner och regioner. Den kommunala delen innefattar vård vid särskilt boende (SÄBO), dagverksamhet samt hemsjukvård (insatser som helt eller delvis sker under kommunens ansvar).⁴

Den primärvård som bedrivs inom regionens ansvarsområde omfattar medicinska, omvårdnads- och rehabiliterande insatser från vårdcentraler⁵, hemsjukvård (insatser som delvis eller helt sker under regionens ansvar), läkarinsatser på SÄBO, barnhälsovård, mödrahälsovård⁶, närakutmottagningar, husläkarjourer, medicinsk fotvård samt primärvårdsrehabilitering. I flera regioner hör även ungdomsmottagningar till primärvårdens verksamhet, även om detta åtagande är frivilligt.⁷ Även andra typer av verksamheter kan lokalt helt eller delvis ingå inom regioners vårdnivå primärvård. Några exempel är habilitering, medicinska mottagningar särskilt riktade till nyanlända, samt mobila vårdteam.

Några vanliga besöksorsaker i primärvården är exempelvis infektioner, smärttillstånd, hosta och psykisk ohälsa.[6, 7] Vidare är framför allt de äldre patienterna ofta multisjuka, med långvariga eller kroniska sjukdomar som exempelvis högt blodtryck, typ 2-diabetes eller astma. En stor andel patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar tas om hand inom flera vårdnivåer för sina diagnoser.[6]

Statistik från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) visar att över hälften av alla öppenvårdsbesök 2019 skedde i primärvården.⁸ Av dessa primärvårdsbesök skedde knappt hälften hos privata vårdgivare. Per tusen invånare gjordes 1 284 läkarbesök i primärvården det året. Motsvarande siffra för besök till andra yrkeskategorier inom primärvården var 2 817 besök per tusen invånare. Inom primärvården har antalet besök till läkare minskat sedan

³ 2 kap. 6 § HSL.

⁴ 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL.

⁵ Med vårdcentraler avses här även husläkarmottagningar, allmänläkarmottagningar, hälsocentraler eller motsvarande. För enkelhetens skull används genomgående begreppet "vårdcentral" i rapporten.

⁶ Inklusiva bammorskemottagningar.

⁷ Gäller även ungdomsmottagningar med kommunen som huvudman.

⁸ I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna. Med öppenvårdsbesök avses här fysiska besök.

2014, medan antalet besök till andra yrkeskategorier har ökat under motsvarande tidsperiod.⁹[8]

Vårdcentralernas medicinska grunduppdrag

Den gemensamma kärnan för regionernas medicinska grunduppdrag till vårdcentralerna omfattar:

- mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård
- medverkan i regionernas smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.[9]

Medicinska insatser till specifika grupper, som exempelvis kvinnor och barn eller personer i behov av psykosociala insatser alternativt rehabilitering, är viktiga komponenter i primärvården. Det varierar däremot i vilken utsträckning denna vård ingår i, alternativt organiseras inom ramen för, vårdcentralernas grunduppdrag. I vårdcentralernas uppdrag ingår även att de ska samverka med andra vårdnivåer och huvudmän, i syfte att samordna patientens vård.[9]

År 2019 fanns det enligt SKR:s verksamhetsstatistik 1 140 vårdcentraler i Sverige, varav 56 procent drevs i offentlig regi. Över hälften av mottagningsbesöken hos läkare eller sjuksköterska det året skedde vid offentligt driven primärvård. Besök hos fysioterapeut eller arbetsterapeut skedde däremot i högre utsträckning till privat drivna primärvårdsmottagningar.[8]

Digital primärvård

De senaste åren har vård som ges digitalt kommit att spela en allt större roll, framför allt inom primärvården. Vid en digital vårdkontakt möts patient och vårdgivare inte fysiskt, utan i stället via exempelvis videolänk, chatt, bildmeddelanden eller mobilapplikationer. Digitala vårdtjänster kan erbjudas som ett komplement vid fysiska mottagningar, men även via privata företag som har den digitala vårdtjänsten som huvudsaklig vårdform. Dessa vårdgivare kallas i vardagligt tal ofta för ”nätläkare”, även om flera också erbjuder vård från exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor och psykologer. Dessa besök utgörs ofta av utomlänskontakter, det vill säga att vårdgivaren är verksam i en annan region än den patienten är folkbokförd inom.

Antalet digitala utomlänskontakter hos privata vårdgivare har ökat markant sedan den första etableringen 2016. Under 2019 ökade antalet digitala utomlänskontakter med 91 procent jämfört med året innan.[10]

Våren 2020 skedde en kraftig ökning av tillhandahållandet och användandet av regionernas egna digitala tjänster, främst med anledning av den rådande covid-19-pandemin. Parallellt skedde även en fortsatt ökning av digitala utomlänskontakter.[11]

⁹ Se avsnitt ”Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring”, stycke ”I primärvården arbetar åtskilliga yrkeskategorier” för en fördjupad beskrivning och besöksstatistik hos olika yrkeskategorier i primärvården.

Omställningen till en god och nära vård

I mars 2017 påbörjades på uppdrag av regeringen en statlig utredning, Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), med syfte att stödja regionerna¹⁰ att utveckla hälso- och sjukvården och med särskilt fokus på primärvården.[12] Uppdraget har sitt ursprung i förslagen från en tidigare utrednings (S 2013:14) slutbetänkande, Effektiv vård (SOU 2016:2). I det framhålls att hälso- och sjukvårdens resurser i dagsläget inte används tillräckligt effektivt och att en utbyggnad av primärvården därför är nödvändig för att möta nuvarande och kommande behov, bland annat utifrån ett demografiskt perspektiv.[13]

Enligt utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård ska primärvården utgöra basen och första linjens behandling i den framtida hälso- och sjukvården. Utredningen har överlämnat tre delbetänkanden, ett huvudbetänkande samt ett slutbetänkande.[12]

I det första delbetänkandet, God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53), ges förslag på nya styrande principer för hälso- och sjukvården. Bland annat presenteras följande målbild:

Målbild för god och nära vård

Det behövs en gemensam målbild för förflyttningen från dagens sjukhusunga system till en ny första-linjens hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.

Mer specifikt föreslås en förändring av vårdgarantin, innebärande bland annat att patientens behov ska styra vilken yrkesgrupp patienten får träffa i primärvården. Vidare framhålls att andra kontaktformer än rent fysiska kan vara ett alternativ vid en medicinsk bedömning.[14] Delbetänkandet resulterade i en proposition¹¹ om styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. Förslagen ledde till lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019.

I det andra delbetänkandet, God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), presenteras en fördjupad målbild med ingående och mer konkreta förslag på hur primärvårdens roll kan stärkas. I delbetänkandet framhålls bland annat vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå, och avsaknaden av ett nationellt register med uppgifter från primärvården lyfts fram som problematiskt. Vidare uppges i delbetänkandet att utredningen kommer stödja arbetet med en utveckling av primärvårdsuppföljning via Socialstyrelsens patientregister.[2]

Det tredje delbetänkandet, God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29), innehåller fördjupningstexter om bland annat behovet av samverkan mellan sjukhusvård och övrig vård, mellan olika huvudmän (regioner

¹⁰ Samt berörda myndigheter och organisationer.

¹¹ Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

och kommuner) och mellan vårdgivare. Detta fastställs som en förutsättning för att uppnå god och nära vård. I delbetänkandet lyfts även behovet av ett bredare dataunderlag för bland annat statistik och således förbättrad möjlighet till uppföljning i primärvården.[15]

I april 2020 kom utredningens huvudbetänkande, God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Här presenteras de övergripande slutsatserna för utredningen i stort. Det handlar bland annat om behovet av samverkansstrukturer, kontinuitet och personcentrering i vården. Även utformandet av framtida ersättningssystem samt utbildning och forskningens roll i primärvården utgör några centrala områden i omställningen till en god och nära vård.[16]

Slutligen lämnade utredningen i januari 2021 över ett slutbetänkande, God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Här lyfts förslaget att psykisk ohälsa tydligare ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.[17]

Som en följd av den statliga utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård ingick staten och SKR 2019 en överenskommelse, God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelsen är avsedd att främja den fortsatta processen och tre utvecklingsområden lyfts fram: omställningen till en god och nära vård, tillgängligheten i primärvården samt patientkontrakt¹². [18] En ny överenskommelse för 2020 ingicks den 31 januari samma år, där utveckling av den nära vården med fokus på primärvården lyfts fram som ett utvecklingsområde.[19] Ytterligare en överenskommelse tecknades i januari 2021.[20]

I april 2020 lämnade regeringen över en lagrådsremiss, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, till Lagrådet, mot bakgrund av förslagen i God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).¹³[21] Vidare lämnade regeringen över en proposition om en nära och tillgänglig vård¹⁴ till riksdagen i maj 2020. I propositionen presenteras tre övergripande mål för omställningen av primärvården. Det handlar om ökad tillgänglighet, en mer delaktig patient och en personcentrerad vård samt ökad kontinuitet. Dessutom föreslås begreppet primärvård i HSL omdefinieras.

¹² Med patientkontrakt avses att det på sikt ska finnas en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter som bland annat ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. Det är både en överenskommelse mellan vården och patienten och en teknisk lösning som ska underlätta samordningen av patientens vårdinsatser. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. (ur överenskommelsen 2019).

¹³ Undantaget de förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet.

¹⁴ Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Propositionens förslag på omdefinition av begreppet primärvård:

Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Följande delar föreslås ingå i primärvårdens grunduppdrag:

1. Tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.
2. Se till att vården är lätt tillgänglig.
3. Tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.
4. Samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.
5. Möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Dessa lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2021.

Heltäckande bild av primärvården saknas i dagsläget

Nedan följer en beskrivning av vad ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle kunna medföra för hälso- och sjukvården och i slutändan patienternas del. Därefter följer en översikt över Socialstyrelsens nuvarande hälsodataregister, med tonvikt på patientregistret och vad det i dagsläget innehåller. Vidare redogörs för externa databaser med primärvårdsuppgifter, vad dessa uppgifter huvudsakligen består av, samt vem som är uppgiftslämnare till den aktuella databasen. Sammanställningen över befintliga datakällor, samtliga med varierande omfång och detaljnivå, visar att det i dagsläget är svårt – men likväl angeläget – att skapa en heltäckande bild över vad som sker i primärvården.

Vi presenterar även slutsatser av tidigare utredningar Socialstyrelsen gjort inom området nationell uppgiftsinsamling från primärvården.

Vikten av samlade primärvårdsuppgifter på nationell nivå

Ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle ge ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring. Vidare kan det ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna

råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). De insamlade uppgifterna kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Med uppgifter från primärvården i ett nationellt hälsodataregister tillhandahålls exempelvis information om praxis vid olika tillstånd inklusive följsamheten till olika rekommendationer, bland annat utifrån nationella riktlinjer. Ett sådant register skulle även ge ökade möjligheter för jämförelser och uppföljning av patientsammansättning och tillgänglighet.

I slutändan är det framförallt folkhälsan i stort och den enskilde patienten som gynnas av ökad kunskap av vad som sker i primärvården och efterföljande utvecklingsarbeten.

Över hälften av alla öppenvårdsbesök sker inom primärvården, men det saknas idag författningsstöd för att samla in uppgifter nationellt, annat än på aggregerad nivå. Till skillnad från den specialiserade öppen- och slutenvården, där uppgifter om vårdkontakter på individnivå samlas in och löpande rapporteras till Socialstyrelsen, innebär bristen på information om primärvårdens insatser en begränsad möjlighet att på nationell nivå beskriva och följa upp primärvårdens verksamhet i syfte att kvalitetssäkra, utveckla samt skapa en mer jämlik och säker vård. Dessutom saknas idag i hög utsträckning möjligheter att kunna följa patienters väg i vårdkedjan, vilken ofta involverar såväl primärvård som specialiserad vård. Med tillgång till uppgifter från samtliga vårdnivåer och med möjlighet att samköra uppgifter från olika hälsodata- eller kvalitetsregister blir diagnosområden som idag har en begränsad möjlighet till uppföljning, exempelvis inom psykiatri, således lättare att följa och utvärdera. Vidare innebär samkörning av uppgifter att vård över huvudmannagränser mer ingående kan följas. Till exempel kan information från regionens ansvarsområden inom primärvård kopplas samman med information från kommunens ansvarsområden och därmed ge en mer utförlig bild av vården som bedrivs. Behov av hälsorelaterade uppgifter kan även uppstå mer hastigt, som exempelvis i kristid. Det har aktualiserats i samband med covid-19-pandemin, där uppgifter från primärvården behövs för att mer ingående kunna undersöka olika faktorer runt sjukdomen. Bland annat vilka risker som är förknäade med att drabbas av svår sjukdom, eller för att göra uppföljning av patienter med långtidscovid.

I och med den pågående omställningen till en mer nära vård kommer primärvården framöver att spela en allt större roll. Avsikten med reformen är att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, där primärvården utgör navet.[12] I samtliga regioner har detta arbete påbörjats, om än med olika arbetssätt med olika utvecklingsområden som prioriteras.[22] För att kunna följa ett skifte från sjukhustung hälso- och sjukvård till vård som ges nära patienter framträder ett ökat behov av möjligheter till uppföljning på alla nivåer. Möjligheten att framöver mer ingående och heltäckande än idag kunna följa primärvårdens verksamhet på nationell nivå blir en viktig bidragande faktor till att kunna upprätthålla en god och nära vård. Framför allt gynnas den enskilda individen av detta, då det ökar förutsättningarna för en patientsäker och god vård på lika villkor.

Hälsodataregister vid Socialstyrelsen

Vid Socialstyrelsen finns sex nationella hälsodataregister: patientregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, läkemedelsregistret, tandhälsoregistret och registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Dessa är reglerade av lagen (1998:543) om hälsodataregister samt dataskyddsförordningen¹⁵. Vidare råder uppgiftsskyldighet till hälsodataregister¹⁶ för berörda verksamheter.

Hälsodataregistren bygger på personnummer, och syftet med registren är att följa, analysera och rapportera om hälsa och sociala förhållanden. Uppgifterna används bland annat i såväl nationella som internationella forskningssammanhang.[23] Registrering av personnummer möjliggör att olika register kan samköras, och på så sätt ges en tydligare och mer komplett bild av olika patientgruppers vård och sjukdomsburda.

Patientregistret

Patientregistret upprättades 1964 och blev rikstäckande 1987. Från början innehöll registret endast uppgifter från slutenvården, men 2001 började även uppgifter från den specialiserade öppenvården att samlas in. I patientregistret finns patientuppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård, samt uppgifter om läkarbesök i öppenvård, inklusive akuta vårdbesök. Registret innehåller även uppgifter om patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård.[24]

Syftet med patientregistret är att:

- följa hälsoutvecklingen i befolkningen över lång tid
- förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar
- bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling
- följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet.

För närvarande pågår ett föreskriftsarbete om uppgiftslämnarskyldighet även från andra yrkeskategorier inom öppenvård psykiatri, utöver läkare. Detta föranleddes av en ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen (patientregisterförordningen), som i sin tur föregicks av ett regeringsuppdrag (S2013/6129/FS) till Socialstyrelsen år 2013. I slutrapporten konstaterar Socialstyrelsen att det är väsentligt att kunna hämta in uppgifter från andra yrkeskategorier, mot bakgrund av att majoriteten av patientbesöken inom den specialiserade öppenvård psykiatri sker hos annan vårdpersonal än läkare.[25] Detta tillskott av uppgifter, om exempelvis vårdåtgärder och vilka yrkeskategorier som utför dem, innebär möjlighet till en mer rättvisande och komplett bild av den vård som sker inom öppenvård psykiatri. Under 2021 kommer Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen att inleda ett arbete som syftar till att lämna förslag på de författningsändringar

¹⁵ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

¹⁶ 6 § Lag (1998:543) om hälsodataregister.

som krävs för att datainsamlingen till patientregistret även ska kunna innehålla uppgifter om vårdkontakter med andra yrkeskategorier i den öppna specialiserade vården, utöver läkarkontakter.[26]

Vårdgivare som bedriver specialiserad öppen- eller slutenvård är enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister med tillhörande förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen skyldiga att lämna uppgifter till registret. Trots detta saknas i viss utsträckning uppgifter från privata vårdgivare [27]. Orsaken är inte fastställd, men bortfallet beror troligtvis på flera faktorer, som exempelvis okunskap hos de uppgiftsskyldiga eller tekniska begränsningar för rapportering.

I dagsläget finns uppgifter från primärvården varken i patientregistret eller i Socialstyrelsens andra hälsodataregister (med vissa undantag¹⁷). Detta innebär att möjligheten till att följa primärvården på nationell nivå är begränsad.

Av de nordiska länderna har Finland och Island nationella hälsodataregister med uppgifter från primärvården.

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Systemet leds av SKR och omfattar ett antal kvalitetsindikatorer inom områden som kroniska sjukdomar, infektioner, psykisk ohälsa, levnadsvanor och rehabilitering. Det finns även ett antal övergripande indikatorer. Verksamheter anslutna till PrimärvårdsKvalitet kan använda databasen för att följa upp och utvärdera sitt arbete.[28] I november 2020 hade 18 av 21 regioner, bestående av sammanlagt 980 vårdcentraler, tillgång till data i PrimärvårdsKvalitet. Andelen rapporterade vårdcentraler per region var som regel hög vid den tidpunkten. Däremot fanns en större variation mellan regionerna avseende andelen rapporterade rehabiliteringsenheter, delvis beroende på att dessa på flera håll är i uppstartsfas.

Endast aggregerade data – det vill säga inga individuppgifter – samlas in centralt till PrimärvårdsKvalitet. Det innebär att uppgifter på nationell nivå inte kan samköras med uppgifter från andra register.

Andra nationella databaser med uppgifter från primärvården

Utöver PrimärvårdsKvalitet finns det andra nationella databaser som innehåller uppgifter om primärvård. Detta gäller såväl vissa kvalitetsregister som databaser vilka används (alternativt planerar att användas) till att beräkna väntetider i vården (Nationella väntetidsdatabasen) respektive kostnader per vårdhändelse (KPP-databasen). Även databaser med så kallade patientrapporterade mått innehåller uppgifter från primärvården (Nationell patientenkät).

De kvalitetsregister (utöver PrimärvårdsKvalitet) som har koppling till primärvård innehåller ofta uppgifter gällande enskilda sjukdoms- alternativt diagnosgrupper, exempelvis Svenska diabetesregistret.[7] För att följa vården av personer med flertal förekommande kroniska diagnoser i primärvården krävs

¹⁷ Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om uthämtade recept förskrivna i bland annat primärvården. Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård innehåller uppgifter om åtgärder inom den kommunala delen av primärvården.

således samkörning av flera olika kvalitetsregister, vilket kan försvåra uppföljningen.[29] Vidare är täckningsgraderna för kvalitetsregister med primärvårdsskoppling över lag låga [7], något som försämrar möjligheterna till forskning baserad på data från dessa register.

Nationella väntetidsdatabasen redovisar statistik över tillgängligheten till svensk hälso- och sjukvård. Samtliga regioner rapporterar in uppgifter om primärvårdsbesök till väntetidsdatabasen, vilken förvaltas av SKR.[30] Informationen är begränsad till typ av besök, vilken yrkeskategori patienten besökt, diagnos och åtgärd. Inga personnummer registreras, vilket omöjliggör sambearbetning av data. Endast verksamheter som drivs i regional regi eller har avtal med regionen rapporterar in till databasen.

SKR förvaltar även KPP-databaserna, som innehåller kostnadsuppgifter från specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.[31] Via KPP-databasen kan enskilda patienters vårdhändelser följas, men endast i viss utsträckning eftersom uppgifterna är regionsspecifika och bundna till vårdgivargränser. Under 2020 har SKR påbörjat insamling av uppgifter även från primärvården, om än inledningsvis från ett begränsat antal regioner. Aktuella uppgifter för databasen med primärvårdsuppgifter är kostnad per vårdkontakt, patientrelaterade uppgifter (såsom kön, ålder etc.), diagnos, åtgärd samt besökt yrkeskategori. Databasen innehåller i regel uppgifter från verksamheter som drivs i regionernas egen regi.¹⁸ Då patienternas personnummer inte registreras minskar möjligheten att samköra uppgifterna i KPP-databasen för primärvård med andra datakällor.

Nationell patientenkät samordnas av SKR och består av återkommande nationella undersökningar¹⁹ av patientens erfarenheter och upplevelser av vården.[32] Dessa typer av mätningar kallas även PREM²⁰. Frågeställningar som avser att mäta resultat av specifika vårdinsatser och där patientens självrapportering av utfallen är i fokus kallas PROM²¹. PROM utgår från patientens beskrivning av sin hälsa och hälsorelaterade livskvalitet, sina symtom och funktion. Ofta används standardiserade frågeformulär i dessa mätningar.[33] Exempelvis används PROM-relaterade mått vid standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Det är upp till regionerna själva att avgöra vilka sjukdomsområden de vill följa upp genom PROM. För vissa sjukdomsområden är frågorna som ställs relativt likvärdiga, framgår av den dialog Socialstyrelsen fört med SKR.

Regionernas egen insamling av data

Regionerna har i relativt omfattande utsträckning tillgång till uppgifter från primärvården i sina centrala datasystem.²² Informationen består exempelvis av uppgifter om patienten, vårdgivaren (inklusive yrkeskategori) samt besöksdatum. Även uppgifter om diagnos(er) och åtgärd(er) finns att tillgå. Eftersom primärvårdens utformande skiljer sig mellan olika regioner kan vilken typ av uppgifter som samlas in variera.

¹⁸ Det föreligger enligt SKR inget hinder för regionerna att även rapportera in uppgifter från privata vårdgivare.

¹⁹ Samtliga regioner deltar i någon form i Nationell patientenkät.

²⁰ PREM står för Patient Reported Experience Measures.

²¹ PROM står för Patient Reported Outcome Measures.

²² För en närmare beskrivning av vilka uppgifter regionerna har att tillgå, se avsnitt "Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet", stycke "Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter".

Regionerna kan således göra interna uppföljningar inom den egna vårdgivarens gränser – det vill säga för den primärvård som bedrivs i regionens egen regi.

Hälso- och sjukvårdssekretessen hindrar som regel att uppgifter om en enskild individs hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden lämnas ut från en privat vårdgivare till en region. Detta innebär bland annat att det i dagsläget saknas lagstöd för regioner att samla in och behandla individuppgifter från vårdcentraler som drivs i privat regi, vilket är nära hälften av landets vårdcentraler. Denna bedömning gjorde Socialstyrelsen i samband med andra delrapporten för deluppdrag II i juni 2020.[34]

För närvarande pågår en statlig utredning, Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)[35], som enligt dir. 2019:37 syftar till att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshandling inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen ska slutredovisas senast den 31 maj 2021.[36] Förslagen från utredningen kan komma att påverka regionernas lagliga möjligheter att framöver behandla uppgifter på personnivå från privata vårdgivare.

Tidigare utredningar rörande nationell datainsamling i primärvården

Socialstyrelsen fick 2010 i uppdrag av regeringen (S2007/11028/HS, S2010/7914/HS) att påbörja ett utvecklingsarbete gällande datainsamling i primärvården. Bland annat ingick att genomföra en pilotstudie, i syfte att se över förutsättningarna till datainsamling från primärvården.[37] I slutrapporten, publicerad 2012, drogs slutsatsen att det fanns ett stort behov av ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Vidare gavs förslag till en förordningsändring om att patientregistret även ska omfatta primärvård. Dessutom konstaterades att testet av dataöverföring för utvalda regioner haft ett lyckat utfall.[38]

Socialstyrelsen lämnade 2014 över en promemoria till Socialdepartementet gällande utvecklingen av nationell datainsamling i primärvården. I dokumentet sammanställdes vad som vid den tidpunkten var möjligt att samla in från primärvården, utvecklingsbehov avseende rapporteringen av primärvårdsuppgifter, konsekvenser rörande patientens integritet, samt kostnadsberäkningar för utvecklingsinsatser hos vårdgivarna.[39] I en fördjupad analys från 2017 presenterades bland annat regionernas egna tidsperspektiv för när de teoretiskt sett skulle kunna komma igång med rapportering, ekonomiska konsekvenser för Socialstyrelsen samt möjligheter för vårdkontakter med andra yrkeskategorier än läkare att rapporteras in.[40]

I samband med utvecklingen av en god och nära vård har, som tidigare nämnts, Socialstyrelsen fått ett övergripande uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. I den andra delrapporten för deluppdrag II framhålls avsaknaden av lagstöd att behandla primärvårdsuppgifter från privata vårdgivare som en begränsning för möjligheten att kunna följa omställningen.[34]

Uppdragets utförande

Syfte och mål

Syftet med uppdraget är att utreda vilka förutsättningar som finns för nationell insamling av uppgifter från primärvården. Här har även olika aktörers behov av information från primärvården tagits i beaktande. Framför allt har fokus legat på nationella behov av uppföljning, analysverksamhet och statistikverksamhet.

Deluppdraget syftar även till att utvärdera huruvida informationen som behöver samlas in till ett framtida hälsodataregister över primärvård för detta ändamål är proportionerlig i förhållande till det integritetsintrång en utökad informationsinsamling utgör. Vidare har nödvändigheten i att insamla uppgifter med personnummer särskilt utretts. Informationsmängdernas typ och omfattning i relation till uppgiftslämnarbördan har särskilt tagits i beaktande.

Målet med uppdraget är att ge förslag på vilka variabler och personalkategorier som bedöms vara nödvändiga att omfattas av en uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän med utgångspunkt i omställningen till en mer nära vård.

Avgränsningar

Utifrån hälso- och sjukvårdslagens definition av primärvård²³ har Socialstyrelsen begränsat omfattningen av det som i den här rapporten avses utgöra primärvård till att inkludera vårdcentraler²⁴, hemsjukvård (insatser som delvis eller helt sker under regionens ansvar²⁵), läkarinsatser på SÄBO, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler²⁶, närakutmottagningar, husläkarjourer, medicinsk fotvård samt primärvårdsrehabilitering. Det finns även fler typer av verksamheter som i vissa regioner kan ingå i vårdnivå primärvård och således vara aktuella för inkludering, förutsatt att de helt eller delvis bedrivs inom regionens ansvarsområde. Några exempel kan vara habilitering, mottagningar för nyanlända eller mobila vårdteam.

Vidare kan den primärvård som omfattas bedrivas i regionernas egen regi, alternativt i privat regi med regionen som beställare. Här ingår privata aktörer inom vårdvalet (LOV)²⁷ respektive upphandlade vårdtjänster (LOU)²⁸. Även primärvårdsverksamheter som arbetar utifrån nationella taxan (LOL respektive LOF)²⁹ ingår, samt privat driven verksamhet utan finansiering alternativt ersättning från regionen. I huvudbetänkandet (SOU 2020:19) för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) lämnas utvecklingsförslag för systemet med verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF.[16] Dessa förslag kan komma att påverka hur systemet utformas

²³ Se definition och närmare beskrivning i avsnitt "Bakgrund", stycke "Primärvårdens omfattning och uppdrag".

²⁴ Fysiska och digitala.

²⁵ I 20 av 21 regioner har kommunerna ansvar för hemsjukvården. Stockholm är den enda region där ansvaret ligger hos regionen (med undantag för Norrtälje kommun).

²⁶ Inklusivt barnmorskemottagningar.

²⁷ LOV står för lag (2008:962) om valfrihetssystem.

²⁸ LOU står för lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

²⁹ LOL står för lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning. LOF står för lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

framöver och kan således även komma att påverka möjligheter till uppföljning på nationell nivå.

Ungdomsmottagningar anses tillhöra primärvården, men är ett frivilligt åtagande för regioner och kommuner och är avgränsat beträffande såväl åldersgrupper som hälsoområden. Främst vänder sig ungdomsmottagningarna till barn och ungdomar mellan 13 och 20 år, men åldersgränserna kan variera mellan olika mottagningar. Inriktningen för ungdomsmottagningar är inom sexuell och reproduktiv hälsa, samt fysisk och psykisk hälsa. Det saknas dock en övergripande organisations- och ledningsstruktur, liksom nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer för denna typ av verksamhet.[41] En insamling av uppgifter från ungdomsmottagningar skulle omfatta ytterst känsliga personuppgifter, avseende exempelvis barns och ungas sexuella respektive psykiska hälsa. När det gäller barn, det vill säga personer under 18 år, bör därvid även särskilt beaktas att denna kategori kan besöka ungdomsmottagningar utan vårdnadshavares vetskap. Insamling av den aktuella typen av uppgifter, samt det faktum att besök kan ske på barnets eget bevåg, anses därför alltför känslig att ta med i ett hälsodataregister för primärvården. Detta är det främsta argumentet för att ungdomsmottagningarna exkluderas från den föreslagna insamlingen av uppgifter. Eftersom mottagningarna ser olika ut i sin utformning och sitt uppdrag kan det dessutom vara svårt att i dagsläget jämföra och utvärdera verksamheter nationellt.

Kommunal hälso- och sjukvård har inte inkluderats under begreppet primärvård i den här rapporten, eftersom information från dessa verksamheter redan idag ingår i uppgiftslämnarskyldigheten enligt förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Däremot utreds inom ramen för uppdraget inkludering av uppgifter om läkarmedverkan inom exempelvis kommunal hemsjukvård eller vid SÄBO. Just läkarinsatser inom kommunal vård sker som regel under regionens ansvar, i enlighet med 16 kap. 1 § HSL.³⁰ Insatser från övriga yrkeskategorier sker däremot under kommunens ansvar.

Projektorganisation och genomförande

Projektorganisation

Uppdraget har bedrivits i projektform. Projektet har bestått av en styrgrupp, samt en projektledning som utöver projektledare och juridisk expertis utgjorts av medarbetare från Socialstyrelsen med sakkunskap inom områdena hälsodataregister, uppföljning samt klassifikationer. Projektet har haft en expertgrupp, bestående av interna sakkunniga samt externa representanter från SKR, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) samt forskarvärlden genom Karolinska Institutet. Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

³⁰ Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Urval och bedömning av variabler

Inledningsvis har Socialstyrelsen samlat in förslag på uppgifter som sakkunniga personer inom och utanför myndigheten har ansett vara relevanta i ett hälsodataregister för primärvården, utifrån de syften som beskrivits tidigare i rapporten. De externa förslagen har i hög utsträckning kommit från forskare med intresse för primärvård. Därefter har expertgruppen, med stöd av juridiskt sakkunniga, diskuterat och valt ut de uppgifter som varit aktuella att gå vidare med till en rättslig analys. Utgångspunkten för urvalet har varit uppgifter som finns avseende den specialiserade öppenvården i det befintliga patientregistret.

Den rättsliga analysen har bland annat bestått av en proportionalitetsbedömning och integritetsanalys av föreslagna uppgifter, samt bedömning av positiva respektive eventuella negativa effekter av en utökad personuppgiftsbehandling. Vidare har en utredning gällande hur förslagen förhåller sig till nuvarande lagstiftning, samt en bedömning av förslagets inverkan på det kommunala självstyret gjorts. Samråd har skett med Integritetsskyddsmyndigheten³¹ (IMY), i enlighet med uppdragsbeskrivningen.

Kartläggning av förutsättningar samt förankringsarbete

Socialstyrelsen har kontaktat samtliga regioner med en intervjuförfrågan för att kartlägga förutsättningarna för registrering och rapportering till ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Samtliga regioner utom en medverkade i intervjuerna³², som genomfördes under september och oktober 2020. Intervjuunderlaget till regioner samt en översikt med regionernas svar finns i bilaga 2a respektive 2b.

Vi har även skickat en enkät till ett urval av landets vårdcentraler, i motsvarande undersökande syfte. Både offentligt och privat drivna verksamheter ingick i urvalet, varav de offentligt drivna vårdcentralerna utgjorde 60 procent. Enkäten besvarades av 226 av totalt 390 vårdcentraler, vilket ger en svarsfrekvens på 58 procent. Datainsamlingen pågick 10 september–11 oktober 2020. Enkätfrågorna till vårdcentraler finns i bilaga 3a, och enkätundersökningens kvalitetsdeklaration finns i bilaga 3b.

Samråd har skett med SKR avseende intervju- och enkätfrågor, samt Näringslivets regelnämnd avseende enkätfrågor.

En betydande del av arbetet inom ramen för uppdraget har varit att informera externa berörda aktörer om uppdraget samt förankra syftet med och utformningen av ett framtida nationellt primärvårdsregister. Dessa aktörer representerar olika områden och grupper med koppling till primärvård, såsom SKR:s nationella primärvårdsråd, kvalitetsregister, privata vårdgivare, professionsförbund, patientnämnder och -råd, med flera. Se bilaga 1 för en lista över berörda aktörer.

Parallellt med den externa dialogen och förankringsarbetet har intern samverkan även skett mellan deluppdrag I, II och III.

³¹ Datainspektionen bytte namn till Integritetsskyddsmyndigheten 1 januari 2021.

³² Intervjuförfrågan skickades under rådande covid-19-pandemi, vilket kan ha påverkat regioners möjlighet att medverka.

Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring

I syfte att utveckla, förbättra och kvalitetssäkra den vård som bedrivs idag och framöver behövs ett register med uppgifter som speglar primärvårdens mångfacetterade uppdrag och omfattande verksamhet. Informationen i ett sådant register, där uppgiftsskyldighet för primärvården föreligger, kan användas i jämförande och uppföljande syfte på såväl regional nivå som nationell och internationell nivå. Sammantaget kan uppgiftsinsamlingen leda till utvecklingsarbeten som gynnar folkhälsan så väl som den enskilde patienten.

Nedan följer en fördjupad beskrivning av vad ett hälsodataregister uppgifter från primärvården kan innebära utifrån infallsvinklarna god och nära vård, representativitet utifrån profession och driftsform, samt ur patientens perspektiv. Slutligen redogörs för fördelar med uppgiftsinsamlingen ur ett internationellt perspektiv.

Nationell uppgiftsinsamling ur perspektivet god och nära vård

Ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården är värdefullt utifrån centrala aspekter som lyfts fram i den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Utredningens uppdrag är att stötta regioner³³ i arbetet att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.[12] Uppgifter från ett nationellt primärvårdsregister kan bidra till att följa utfallet av omställningen. Exempelvis kan omotiverade skillnader i vård utifrån geografi, kön, ålder eller socioekonomisk status kartläggas. Vidare kan efterlevnad av riktlinjer, professionsspecifika insatser samt patientflöden (inklusive uppföljningsmönster) mellan och inom vårdnivåer synliggöras. Exempelvis kan ett hälsodataregister med primärvårdsuppgifter samköras med registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård och således ge en bättre helhetsbild över den vård som utförs, oavsett huvudmannagräns.

Patientgrupper som vanligen återfinns inom primärvården kan dessutom lättare följas. Ett exempel på detta är personer med psykisk ohälsa.[6, 7] Enligt uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister och patientregister har närmare 80 procent av de som läkemedelbehandlats för depression och ångest haft sin huvudsakliga behandling i primärvården.³⁴ Enligt slutbetänkandet (SOU 2021:6) i Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) bidrar det faktum att primärvårdsuppgifter saknas i patientregistret till en försämrad möjlighet att följa personer med psykisk ohälsa [17]. Utredningen

³³ Samt berörda myndigheter och organisationer.

³⁴ Av de som hade minst ett uttag av antidepressiva läkemedel under 2019 hade 23 procent varit inskrivna i specialiserade öppen- alternativt slutenvården med huvud- alternativt bidiagnos F00–F99 (Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) inom ett år innan uttaget.

uppgifter, som tidigare nämnts, att de stödjer arbetet med en utveckling av primärvårdsuppföljning via Socialstyrelsens patientregister.[2]

I en nyutgiven rapport från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) förespråkas en utvidgning av patientregistret med uppgifter från primärvården. Detta går enligt TLV i linje med övergången till en mer nära vård och har betydelse för ökad kunskap om exempelvis vidtagna åtgärder och effekter beträffande medicintekniska produkter.[42]

I propositionen om en nära och tillgänglig vård³⁵ framhålls att flera remissinstanser till delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) har påpekat behovet att systematiskt kunna följa upp primärvården nationellt på aggregerad nivå. Några instanser, däribland Socialstyrelsen, menar att detta i första hand lämpligen sker genom en utökning av nuvarande patientregister. Regeringen framhäver att befintliga system med uppgifter från primärvården, såsom PrimärvårdsKvalitet och Väntetidsdatabasen, visserligen fyller en viktig funktion, men att dessa system inte möter det nationella behovet av att i uppföljningssyfte kunna samköra informationen med uppgifter från hälsodataregister.

Vidare föreslås i propositionen att främjat forskningsarbete ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag.³⁶ Ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården, bidrar med ett avsevärt underlag för detta ändamål.

Utifrån Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har regeringen gett Socialstyrelsen ett delvis ändrat uppdrag (S2020/03319/FS) att ta några faktorer i särskilt beaktande inom ramen för myndighetens övergripande uppdrag rörande uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård.[3]

Fyra storheter för att följa omställningen till en god och nära vård

Socialstyrelsen ska enligt den ändrade uppdragsbeskrivningen (S2020/03319/FS) beakta de förslag till indikatorer (storheter) för uppföljning som ges i delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).[2]

Fyra storheter för att följa omställningen:

1. **Befolkning:** Förtroende för hälso- och sjukvården.
2. **Process:** Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
3. **Medarbetare:** Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.
4. **Ekonomi:** Kostnadsandel (procent) i det som definieras som regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i region.

³⁵ Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 45 och 48.

³⁶ Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 8.

Socialstyrelsen anser att dessa indikatorer är relevanta men däremot inte möjliga att följa via ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården, givet den avgränsning av uppgifter registret föreslås innehålla.³⁷

Socialstyrelsens sammantagna syn på utredningens (S 2017:01) föreslagna indikatorer finns närmare beskriven i deluppdrag II:s rapportering från juni 2020 samt i myndighetens remissvar till delbetänkandet (SOU 2018:39).[34, 43]

Fast läkarkontakt

Enligt 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Hälso- och sjukvården har även en skyldighet att informera patienten om möjligheten till fast läkarkontakt.³⁸

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) gör bedömningen att det finns ett behov att följa tillgången till fast läkarkontakt, både regionalt och nationellt. Detta tas upp i delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), där utredningen bland annat menar att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ha ett fortsatt uppdrag att följa kontinuiteten i primärvården.³⁹[2]

I propositionen om en nära och tillgänglig vård⁴⁰ anges att ett av målen för omställningen till en mer nära vård är en ökad kontinuitet. Kärnan i kontinuiteten ska enligt propositionen vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill det.

Socialstyrelsen ska mot bakgrund av detta samt enligt den ändrade uppdragsbeskrivningen (S2020/03319/FS) utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur myndigheten löpande kan följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter, med särskilt fokus på patienter med komplexa och omfattande vårdbehov. Hur många och vilka patienter som får fast läkarkontakt, samt hur många patienter den fasta läkarkontakten ansvarar för är exempel på områden som ska följas upp.

Socialstyrelsens deluppdrag om uppföljning av fast läkarkontakt har utretts inom ramen för deluppdrag II och III och redovisades i december 2020.[44] Deluppdrag I har utrett förutsättningarna för att följa fast läkarkontakt genom ett nationellt hälsodataregister, där uppgifter från primärvården ingår. Bland annat ställdes frågor till vårdcentraler respektive regioner om registrering av samt tillgång till uppgift om fast läkarkontakt. Majoriteten av vårdcentralerna anger att uppgiften registreras i patientjournalen. Det betyder emellertid inte att uppgifterna finns tillgängliga i strukturerad form och därigenom är möjliga att använda för uppföljning. Ett dussintal vårdcentraler svarar att de inte registrerar uppgift om fast läkarkontakt. Det innebär däremot inte nödvändigtvis att de inte tillämpar fast läkarkontakt vid mottagningen. Närmare hälften av regionerna svarar att uppgift om fast läkarkontakt inte finns att

³⁷ Se avsnitt "Förslag till registerinnehåll".

³⁸ 3 kap. 2 § PL.

³⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick ett regeringsuppdrag (S2020/03320/FS) våren 2020 där de bland annat ska utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården.

⁴⁰ Prop. 2019/20:164 Inrikningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 27–28.

tillgå centralt för regionen. I Socialstyrelsens redovisning från 2020 om möjligheter till uppföljning av fast läkarkontakt konstateras det att för att följa området genom ett hälsodataregister behövs en tydlig definition av begreppet, att kraven som ställs på en fast läkarkontakt är samma i hela landet samt att uppgifterna om fast läkarkontakt finns enhetligt registrerade i regionernas journalsystem. Vidare konstateras att i nuläget finns ingen av dessa förutsättningar på plats.[44]

Utifrån verksamheternas och regionernas redogörelser samt Socialstyrelsens fördjupning inom området bedöms möjligheten att följa fast läkarkontakt genom ett hälsodataregister för primärvården vara begränsad, eftersom flertalet faktorer komplicerar insamling av uppgifter, men även uppgifternas tolkningsbarhet. Relevanta frågeställningar i sammanhanget är framför allt ”Har patienten fast läkarkontakt?” samt ”Skedde vårdkontakten med patientens fasta läkarkontakt?”. Registrering av den informationen i journalen (för samtliga vårdkontakter alternativt för vissa vårdkontakter) innebär ytterligare administration för läkaren (alternativt administrativ personal). Det saknas dessutom en tydlig definition av vad ”komplexa och omfattande vårdbehov” innebär, och berörda patientgrupper kan inbördes ha olika behov och önskemål vad gäller kontinuitet. Slutligen kan en patient ha en fast läkarkontakt men i praktiken träffa andra läkare av olika anledningar. Framför allt de sistnämnda faktorerna medför att uppgifter om fast läkarkontakt riskerar att bli svårtolkade om de väl ingår i ett hälsodataregister.

I primärvården arbetar åtskilliga yrkeskategorier

Inom primärvården arbetar utöver läkare och sjuksköterskor⁴¹ även undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, biomedicinska analytiker, medicinska sekreterare, farmaceuter, logopedier, naprapater med flera. Dessutom är yrkesgrupper som utför insatser inom psykisk och psykosocial hälsa vanliga, såsom psykologer, psykoterapeuter samt hälso- och sjukvårdskuratorer.

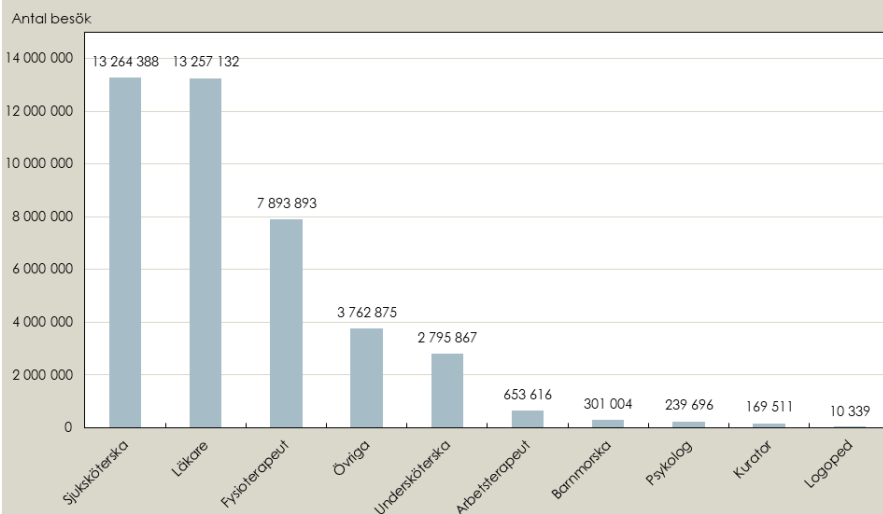
Färre än hälften av besöken sker hos läkare

År 2019 skedde färre än hälften av alla besök⁴² i primärvården hos läkare (diagram 1). Sammantaget utgjorde i stället besök till andra yrkeskategorier en klar majoritet. Det året var antalet enskilda besök till sjuksköterskor för första gången fler än antalet enskilda besök till läkare [8], om än på nästintill samma nivå.

⁴¹ Inklusive specialiserade sjuksköterskor, exempelvis distriktssköterskor och barnmorskor.

⁴² Med besök avses här följande fysiska besök: mottagningsbesök, (och) hembesök, hemsjukvårdsbesök (inkl. SÄBO) samt dagsjukvårdsbesök (endast läkarbesök). I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna.

Diagram 1. Antal besök hos olika yrkeskategorier i primärvården*, 2019

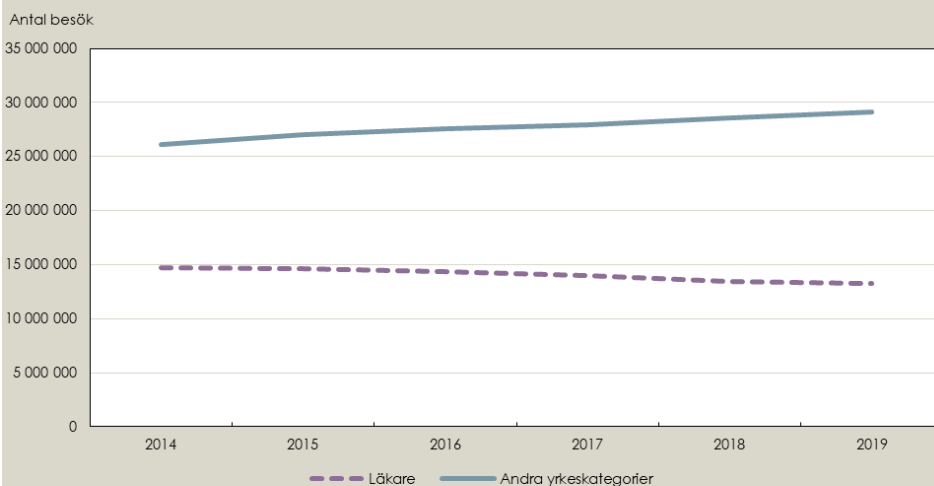


*Med besök i primärvården avses här endast fysiska kontakter som skett i primärvård med regionen som huvudman. Besöken avser mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök (inkl. SÄBO) samt dagsjukvårdsbesök (endast läkarbesök). En del regioner har inte specifikt rapporterat besök hos/av undersköterska, arbetsterapeut, barnmorska, psykolog, kurator samt logoped.

Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

Under perioden 2014–2019 har läkarbesöken minskat med ungefär 1,5 miljoner enskilda besök (diagram 2). Troligtvis är skillnaderna mellan antal besök till läkare respektive andra yrkeskategorier ännu större, framför allt historiskt sett, än vad som redovisas här.⁴³

Diagram 2. Antal besök i primärvården* till läkare respektive andra yrkeskategorier, 2014–2019.



*Med besök i primärvården avses här endast fysiska kontakter som skett i primärvård med regionen som huvudman. Besöken avser mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök (inkl. SÄBO) samt dagsjukvårdsbesök (endast läkarbesök). En del regioner har inte varje år specifikt rapporterat besök hos/av undersköterska, arbetsterapeut, barnmorska, psykolog, kurator samt logoped.

Källa: Ekonomi- och verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

⁴³ En del regioner har inte löpande rapporterat besök till andra yrkeskategorier till SKR:s verksamhetsstatistik. Detta gäller framför allt besök till undersköterska, arbetsterapeut, barnmorska, psykolog, kurator och logoped. Däremot har rapporteringen vad gäller dessa besök gradvis ökat de senaste åren.

Behov av mer kunskap om bredden av insatser i primärvården

Utöver läkare bedriver flera av de övriga yrkesgrupperna ett självständigt arbete som – enligt förslag från delbetänkandet En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) – kan bli än mer omfattande framöver.[14] Hur primärvårdsmottagningar är organiserade utifrån profession ser olika ut i landet. På vissa håll finns teammottagning, eller mottagningar ledda av exempelvis sjuksköterska och undersköterska, där läkaren har en konsulterande roll.[22] Primärvårdens multidisciplinära utformning innebär att det finns ett behov av att på nationell nivå kunna följa och utvärdera även andra yrkeskategoriers insatser i vården, utöver läkarinsatserna.

Socialstyrelsen har utrett möjligheten till insamling av registeruppgifter i primärvården från andra yrkeskategorier utöver läkare. Då, som tidigare nämnts, majoriteten av besöken i primärvården sker hos andra yrkeskategorier än läkare, är insamling av uppgifter även gällande dessa typer av vårdkontakter nödvändiga för att få en helhetsbild av insatserna.

Till nuvarande patientregistret får, enligt förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen, uppgifter om vårdkontakter med andra yrkeskategorier utöver läkare samlas in från öppenvårdspsykiatrin. Anledningen till den utvidgade insamlingen är att dessa personalgrupper utför en betydande del av vårdinsatserna inom den psykiatriska öppenvården. Således framkommer genom beslutet ett tydligt och befogat motiv till utökad insamling, då det bidrar till att skapa en mer heltäckande bild av den vård som bedrivs. Socialstyrelsen anser att detta behov även finns för primärvård, av samma anledning som för öppenvårdspsykiatrin. Insamling av uppgifter från fler yrkeskategorier än enbart läkare ökar möjligheten till kvalitetssäkring av den vård som bedrivs.

I längden ser Socialstyrelsen även ett behov av att samla in uppgifter om vårdkontakter med andra yrkeskategorier i den öppna specialiserade vården, något som i dagsläget inte är möjligt enligt nuvarande lagstiftning.⁴⁴ Som tidigare nämnts påbörjas under 2021 ett utredningsarbete vid myndigheten avseende detta.[26]

Professionsförbund och synen på ett nationellt primärvårdsregister

I syfte att förankra Socialstyrelsens arbete med uppdraget har dialog förts med representanter från olika professionsförbund, vilka representerar yrkeskategorier verksamma inom primärvården. Utöver aktiv samverkan med SFAM (i expertgruppsarbetet) har dialog förts med Svensk sjuksköterskeförening, Kommunal, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund samt Psykologförbundet. Sammantaget har de en positiv syn på ett framtida nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården.

Svensk sjuksköterskeförening ser det som en framgångsfaktor att inkludera fler yrkesgrupper i registret. I och med att specialistsjuksköterskemottagningar blir allt vanligare behöver insatserna som sker där kunna följas. Förbundet lyfter även det faktum att ett nationellt primärvårdsregister innebär

⁴⁴ Undantaget öppenvårdspsykiatrin.

möjligheten att kunna följa hela vårdkedjan, vilket är en viktig del av en god och nära vård.

Kommunal representerar undersköterskor, verksamma bland annat inom primärvård. Majoriteten av dessa arbetar inom den kommunala delen av omsorgen, medan andra arbetar exempelvis vid vårdcentraler. Kommunal ställer sig positiva till registrering av vårdbesök till undersköterskor för vidare rapportering till ett nationellt primärvårdsregister.

Förbundet Fysioterapeuterna anser att den främsta nyttan med ett nationellt primärvårdsregister med uppgifter från flera olika yrkeskategorier skapar möjlighet att utvärdera den egna professionens arbete och se om rekommendationer i nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp följs. Förbundet lyfter särskilt fram det förebyggande arbete som fysioterapeuter gör och vikten av att kunna utvärdera detta.

Dietisternas riksförbund nämner att ett nationellt primärvårdsregister ger möjlighet att planera och arbeta preventivt inom primärvården. Hos yrkeskåren finns ett starkt fokus på det förebyggande arbetet för att på sikt undvika ökad ohälsa i befolkningen.

Psykologförbundet anser att en av de viktigaste anledningarna till att ha ett nationellt primärvårdsregister är att kunna spegla hur primärvården ser ut, inklusive olika yrkesutövares vårdinsatser. Utifrån det specifika professionsperspektivet menar de att det är viktigt att kunna följa vad som görs bland annat utifrån rekommendationerna i nationella riktlinjer om psykisk ohälsa.

Behov av uppgifter från både offentlig och privat vård

År 2019 skedde 47 procent av primärvårdsbesöken hos en privat vårdgivare.⁴⁵ Sett till verksamheter, och mer specifikt vårdcentraler, utgjordes dessa samma år till 44 procent av privata utförare.[8] En uppgiftsskyldighet för primärvården till ett nationellt hälsodataregister kommer innebära att såväl offentligt som privat drivna primärvårdsverksamheter får en lagstadgad skyldighet att rapportera in uppgifter. Denna skyldighet gäller redan nu för vårdgivare inom den specialiserade vården, vilka är ålagda att rapportera till patientregistret. Trots detta finns ett bortfall av vårdkontakter med privata vårdgivare i patientregistret.[27] Varken omfattning eller orsak är känt och bortfallet beror troligtvis på flera faktorer, som exempelvis okunskap hos de uppgiftsskyldiga eller tekniska begränsningar för rapportering. Vid en framtida utökning med primärvårdsuppgifter i patientregistret behöver Socialstyrelsen säkerställa att samtliga berörda aktörer, oavsett driftsform, är införstådda med den uppgiftsskyldighet som åligger dem och har praktisk möjlighet att genomföra den. Detta kan exempelvis ske genom informationsinsatser och i samverkan med regioner, SKR, vårdföretagarorganisationer samt aktörer med sakkunskap inom vårdinformationsstruktur och teknisk infrastruktur för vård och omsorg.

⁴⁵ I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna. Med primärvårdsbesök avses här fysiska besök.

Socialstyrelsen har fört dialog med en av landets större privata vårdgivare inom primärvård gällande förutsättningar för uppgiftsregistrering och rapportering, samt inställning till en framtida uppgiftsskyldighet. Vårdgivaren ställer sig positiv till att i framtiden rapportera uppgifter till ett hälsodataregister för primärvården. Möjligheten till att skapa en helhetsbild av patienten anges som ett av huvudskälen till varför ett sådant register behövs. Mer konkret innebär detta att i olika delar av vårdkedjan se vilka diagnoser och åtgärder som förekommer. Vidare kan registret medföra att över tid kunna se om kontaktmönster förändras, bland annat utifrån vilken profession som tillhandahåller vården, samt möjlighet att följa vårdens digitala utveckling. Vårdgivaren menar att ett register över primärvården även ger möjlighet att utvärdera effekter av olika styr- och ersättningssystem.

Socialstyrelsen har även intervjuat en fysioterapeut⁴⁶ verksam inom den nationella taxan (LOF) i region Stockholm, med liknande frågeställningar som ovan. Intervjupersonen ställer sig positiv till rapportering till ett nationellt register med uppgifter från primärvården. Huvudsakliga argumentet är att uppgiftsinsamlingen möjliggör utvärdering samt synliggör fysioterapeuters insatser i primärvården. Bilden av patientens vård blir därmed bredare.

Med utvecklad digitalisering i åtanke

Digitala utomlänsbesök hos privata digitala vårdgivare ökar för varje år.[10] Dessutom erbjuder regionerna själva digitala vårdtjänster i allt högre utsträckning [11], som komplement till sitt traditionella vårdutbud. Parallellt med detta pågår ett nationellt utvecklingsarbete runt e-hälsa, med Vision e-hälsa 2025 som utgångspunkt. Vision e-hälsa är framtagen i samverkan mellan staten och SKR.[45] I strategin för genomförandet framgår följande:

Vision e-hälsa 2025

Sverige ska 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.

Givet denna målsättning, inklusive de lokala satsningar som pågår, och mot bakgrund av att människor efterfrågar digitala tjänster i allt högre utsträckning, behöver dessa typer av verksamheter kunna följas och utvärderas på nationell nivå. Detta är viktigt inte minst ur ett jämlikhets-, tillgänglighets- och patientsäkerhetsperspektiv. I en rapport från 2018 konstaterar Socialstyrelsen att den vård som ges av privata digitala vårdgivare behöver följas upp nationellt, då respektive region har olika förutsättningar för kvalitetsuppföljningen av dessa.[46]

I propositionen om en nära och tillgänglig vård⁴⁷ slås fast att verksamhetsutveckling genom digitalisering utgör en viktig förutsättning för att uppnå

⁴⁶ Tillika ombudsman för företagare vid förbundet Fysioterapeuterna.

⁴⁷ Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en

målbilden av en primärvård som utgör navet i hälso- och sjukvården. Digitalisering behövs bland annat för att koppla samman olika vårdgivare och vårdformer. Vidare kan digitaliseringen bidra till utvecklandet av en nära vård, då vården som tillhandahålls inte nödvändigtvis behöver ges geografiskt nära patienten. Vårdens tillgänglighet kan öka med hjälp av digitalisering och arbetssätten och processerna effektiviseras. Regeringen har gjort bedömningen att regionerna behöver öka utvecklingstakten när det kommer till att tillhandahålla digitala vårdtjänster⁴⁸ utifrån ett första linjen-perspektiv.

Socialstyrelsens bedömning är att ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle underlätta möjligheten att följa den vård som tillhandahålls via digitala vårdtjänster. Uppgiftsskyldigheten gällande vårdkontakter i primärvård behöver således även innefatta digitala vårdtjänster, dels de som fysiska mottagningar tillhandahåller som ett komplement till ordinarie vård och dels de digitala vårdtjänster som förmedlas av aktörer med digital vård som huvudsaklig vårdform.

Socialstyrelsen har fört dialog med medarbetare⁴⁹ vid en av landets större privata (delvis) digitala vårdgivare, gällande förutsättningar för uppgiftsregistrering och rapportering, samt inställning till en framtida uppgiftsskyldighet. Från den digitala vårdgivarens håll framgår en tydlig önskan att rapportera in uppgifter till ett hälsodataregister för primärvården. Den huvudsakliga anledningen som uppges är att utifrån ett nationellt perspektiv kunna följa upp, jämföra och utvärdera den vård som bedrivs.

Uppgiftsinsamling ur patientens perspektiv

Vid upprättandet av ett register baserat på personuppgifter är patientens perspektiv på datainsamlingen viktigt att ha i åtanke. Uppgifter som hamnar i registret kan ha känslig karaktär, och olika individer kan dessutom ha skilda uppfattningar om vilken information som anses vara känslig. Här är det – utöver lagstöd och andra juridiska avväganden – viktigt med transparens om syftet med insamlingen, datahantering samt information om individens rättighet att ta del av sina egna uppgifter.⁵⁰

Allmänheten bedömer sig ha relativt låg kunskap om register om vård och hälsa, enligt en undersökning från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Generellt sett visade sig befolkningen dock positivt inställda till att uppgifter om den egna hälsan och vården fördes in i register eller databaser. Majoriteten menade emellertid att det är viktigt att uppgifterna skyddas korrekt, används ändamålsenligt, samt att hänsyn tas till andra viktiga aspekter beträffande integritet och information.[47]

Enligt förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska Socialstyrelsen på lämpligt sätt informera allmänheten om registret.⁵¹ Myndigheten har som en del av detta publicerat faktablad riktade till allmänheten

primärvårdsreform, s. 60–62.

⁴⁸ I de fall digitalt utförande anses lämpligt.

⁴⁹ Tillika ordförande i eHälsoläkarföreningen.

⁵⁰ Individen har rätt att via registerutdrag få tillgång till de uppgifter Socialstyrelsen behandlar om individen, samt få kompletterande information om personuppgiftsbehandlingen.

⁵¹ I förordning (2001:707) 7 § hänvisas till förordning (2018:458).

om nyttan med hälsodataregister dels generellt, dels för de enskilda registren, däribland patientregistret.[48, 49]

Som en del av förankringsarbetet och för att öppna upp för dialog har vi inom ramen för uppdraget träffat Socialstyrelsens nämnd för funktionshindersfrågor. Vid mötet lyftes bland annat behovet av kunskap om vad som sker i primärvården. Dessutom diskuterades integritetsfrågor samt skillnader mellan hälsodataregister och kvalitetsregister. Vidare har Socialstyrelsen förmedlat skriftlig information om uppdraget till patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Uppgiftsinsamling ur ett internationellt perspektiv

I en statlig utredning (SOU 2014:45) konstateras att tack vare våra register har Sverige ur ett internationellt perspektiv en unik möjlighet att relativt enkelt kunna bedriva storskalig forskning. När uppgifter från olika register dessutom kan kopplas samman stärks förutsättningarna ytterligare.[50]

Det finns även andra internationella aspekter som är relevanta för Socialstyrelsens ställningstagande för ett nationellt hälsodataregister över primärvården. Nyttan av ett sådant register har en koppling till FN:s Agenda 2030 [51] och framför allt de globala hållbarhetsmål som handlar om god hälsa och välbefinnande, jämställdhet samt minskad ojämlikhet. Vidare skulle primärvårdsuppgifter från ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården kunna användas internationellt i jämförande syfte inom ramen för hälsa och sjukvård.

Nationell statistik efterfrågas av olika internationella organisationer och används bland annat för att göra jämförelser mellan länder. Jämförelserna belyser skillnader och likheter men kan även visa var det behövs djupare analyser eller om bakgrundsdata behöver förbättras.

Leveranser av nationell hälso- och sjukvårdsrelaterad statistik från myndigheten sker regelbundet framför allt till Nordiska medicinalstatistiska kommittén (NOMESKO), EU:s statistikorgan Eurostat, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD⁵²) samt WHO.

Finland och Island har, som tidigare nämnts, nationella hälsodataregister med uppgifter från primärvården. Ett motsvarande svenskt register skulle möjliggöra vissa jämförelser på nordisk nivå och vara användbart vid olika samarbeten gällande statistik och jämförelser.

⁵² OECD står för The Organisation for Economic Co-operation and Development.

Förslag till registerinnehåll

I avsnittet beskrivs inledningsvis vad som i det här sammanhanget avses med vårdkontakt inom primärvård. Sedan följer en sammanställning av nödvändiga registeruppgifter för insamling, samt mer specificerade beskrivningar av de uppgifter som Socialstyrelsen föreslår ska ingå i ett nationellt hälsodataregister över primärvården.

Vårdkontakt inom primärvård

Med vårdkontakt inom primärvård avses i detta fall antingen fysiska möten, som vid hembesök och mottagningsbesök, eller distanskontakt. Gemensamt för dessa olika former är att de ska ske inom ramen för det som regionen kategoriserar som primärvård och som bedrivs inom regionens ansvarsområde. Hur primärvården är organiserad och vad som ingår i vårdcentralernas grunduppdrag kan skilja sig åt mellan olika regioner.⁵³

Socialstyrelsen föreslår att rapportering av uppgifter om vårdkontakter inom primärvård ska ske till det befintliga patientregistret, som regleras av patientregisterförordningen (2001:707). Socialstyrelsen föreslår vidare att samtliga vårdgivare⁵⁴, både offentliga och privata, ska rapportera in personnummerbaserade uppgifter om vårdkontakter som sker inom primärvården.

Nödvändiga registeruppgifter

Socialstyrelsens bedömning är att registret bör omfatta följande uppgifter från primärvården:

- patientens personnummer, kön och födelseår
- folkbokföringsort
- födelseort
- datum och tid för primärvårdskontakt
- form av primärvårdskontakt
- planerad vårdkontakt
- remiss och remitterande vårdenhet
- utförande vårdenhet
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom eller skada
- funktionstillstånd
- åtgärd
- läkemedel
- yrkeskategori.

Socialstyrelsen föreslår att insamlingen av uppgifter påbörjas med de uppgifter som regioner och verksamheter redan har tillgängliga vid tidpunkten för insamlingens start, för att successivt utökas och på sikt innefatta samtliga

⁵³ För en närmare beskrivning se avsnitt "Bakgrund", stycke "Primärvårdens omfattning och uppdrag".

⁵⁴ Ungdomsmottagningar undantaget. Se avsnitt "Uppdragets utförande" stycke "Avgränsningar" för en närmare beskrivning.

uppgifter som berörs av den föreslagna uppgiftsskyldigheten i enlighet med punktlistan ovan. Utvecklingen av eventuella ytterligare variabler och uppgifter behöver ske successivt i takt med utvecklingsarbetet av en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation med bland annat enhetliga begrepp och termer, klassifikationer och kodverk.

Vidare anser Socialstyrelsen att det är eftersträvansvärt att de föreslagna uppgifterna i så hög utsträckning som möjligt är systemgenererade hos vårdgivarna. Vissa uppgifter i systemen är det redan i dagsläget, exempelvis uppgift om datum för primärvårdskontakt. För andra uppgifter, exempelvis uppgift om diagnos samt åtgärd, som registreras i anslutning till en vårdkontakt, behövs ett regelverk som stöd för vad som ska registreras för rapportering och uppföljning. Framtagande och implementering av ett sådant regelverk, vilket beaktar vårdkontexten och stödjer rapporteringsändamålet, kan på sikt möjliggöra systemgenerering av uppgifter av tillräcklig kvalitet.

Det är av stor vikt att uppgifter om vårdkontakter med såväl läkare som annan hälso- och sjukvårdspersonal omfattas av samtliga berörda verksamheters uppgiftsskyldighet, samt att det inte görs någon åtskillnad avseende vårdkontakter med legitimerad eller icke-legitimerad personal. Vidare har genom vårdvalsreformen⁵⁵ andelen privata vårdgivare i landet ökat. Det är angeläget att säkerställa att rapportering av uppgifter även sker från dessa vårdgivare, inklusive privata digitala aktörer.

För att möjliggöra en insamling av uppgifter till Socialstyrelsens patientregister även från primärvården måste patientregisterförordningen ändras till att omfatta även primärvård. Detta föranleder i ett senare skede även en revidering av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

Närmare om de föreslagna uppgifterna

Ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården skulle, som tidigare nämnts, ge ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det kan även bidra till en tydligare helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Sammantaget bidrar insamlingen av uppgifterna som anges nedan till att kunna utveckla primärvården och därmed gynna folkhälsan och patienterna.

Patientens personnummer, kön och födelseår

Det finns flera starka skäl till att ha personnummerbaserade uppgifter (samt samordningsnummer eller reservnummer i de fall det är aktuellt) i ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården. Det behövs framför allt för att kunna sammanföra information om individen från olika personnummerbaserade register, vilket görs i bland annat forsknings-, analys- och statistikverksamhet. Där används även uppgifter som samlats in vid olika tillfällen och som sedan kopplas samman via individdata och möjliggör således att kunna följa patientens vårdresa över tid och rum. Socialstyrelsen föreslår därför att de insamlade uppgifterna om vårdkontakter ska vara personnummerbaserade.

⁵⁵ Sedan 2010 finns vårdval i primärvården i samtliga regioner.

Uppgift om kön är av stor relevans mot bakgrund av att eventuella hälsoskillnader mellan könen bör beaktas för att uppnå en jämlik vård. Vidare är uppgift om kön en automatiserad uppgift, det vill säga den baseras på den näst sista siffran i personnumret, och rapporteras således inte in aktivt från verksamheterna.

Uppgift om födelseår eller ålder behöver ofta tas i beaktande i samband med analys av hälsodata och är därför en grundläggande faktor i sammanhanget. Födelseår är, liksom uppgift om kön, en automatiserad uppgift som baseras på personnumret.

Folkbokföringsort

Uppgift om folkbokföringsort behövs för information om hur vårdkonsumtionen fördelas över landet och lokalt inom länen och kommunerna (även om utomlänsvård förekommer), och för att beskriva befolkningens hälsa på läns- och kommunnivå. I dagsläget hämtas informationen med hjälp av statistikmyndigheten SCB:s kodverk för län och kommun, vilket även kommer gälla för den föreslagna utökningen av patientregistret. Uppgiften kommer således inte rapporteras av vårdgivarna. Det vore dock önskvärt med kompletterande information som ger mer flexibla möjligheter att skapa geografiska områden. Socialstyrelsen föreslår därför att uppgift om folkbokföringsort hämtas in på en detaljerad nivå, det vill säga med hjälp av distrikt, vilket i dagsläget görs för övrig hälso- och sjukvård. Det är bland annat nödvändigt för att kunna dela in de större kommunerna i mindre geografiska områden såsom stadsdelar. Detta behövs exempelvis för syften som rör jämlik vård, lika tillgång till vård i olika geografiska områden samt jämförelser av hälsotillstånd.

Födelseort

Uppgift om födelseort, som är en typ av uppgift som ryms inom begreppet födelseort, är bland de viktigaste bakgrundsvariablerna vid uppföljningen av jämlik vård. Uppgift om födelseort behövs bland annat vid undersökningar om personer med utländsk bakgrund har samma vårdbehov och samma tillgång till vård som andra i samhället, eller om vårdkonsumtionen kan skilja sig åt mellan olika grupper. Dessa uppgifter kommer i likhet med uppgift om folkbokföringsort att inhämtas från SCB, vilken även sker i nuläget inom ramen för det befintliga patientregistret.

Datum och tid för primärvårdskontakt

Socialstyrelsen föreslår att uppgift om besöksdatum ska samlas in, eftersom detta ger underlag för uppföljningar av bland annat väntetider. Uppgiften är även viktig för att kunna följa patientens vårdresa och i kronologisk ordning kunna se vad som skett, exempelvis från primärvård till akutvård, och möjligen även till slutenvård. Även klockslag är av relevans, eftersom det kan vara viktigt för att kunna mäta väntetid, i både dygn och minuter, dels vid akutbesök inom primärvården, dels då en patient hänvisats vidare till specialiserad akutvård. Detta förutsätter dock att uppgifterna är systemgenererade och inte innebär ytterligare manuell dokumentation i journalen. Uppgift om datum och tid för primärvårdskontakt handlar således om att registrera en typ av tidpunkt för händelse och åtgärd.

Form av primärvårdskontakt

Uppgift om vårdkontaktens form behövs för jämförbarheten inom och mellan olika former av primärvårdskontakter. Vidare är uppgiften relevant att tillgå, så att exempelvis ett hemsjukvårdsbesök inte jämföras med ett mottagningsbesök eller en distanskontakt. Det finns dock ett behov av att tydligare definiera terminologin inom området. Socialstyrelsen föreslår att variabeln utvecklas och anpassas så att exempelvis mottagningsbesök, hemsjukvårdsbesök samt distanskontakter delas upp mer ingående på sikt. Det är önskvärt att kunna särskilja exempelvis läkares hemsjukvårdsbesök från läkarinsatser vid SÄBO, och för att få en tydligare definiering och uppdelning av distanskontakter via exempelvis telefon-, chatt-, mejl- eller videokonsultation. Denna typ av information registreras hos vårdgivarna och bör således heller inte innebära något extraarbete. Socialstyrelsen ser dock ett behov att framöver göra ett mer ingående arbete för att ta fram en förteckning med möjliga värden, där det framgår tydliga definitioner och praktiska beskrivningar. En sådan förteckning bör avspegla de huvudsakliga former som förekommer, så att eventuella lokala benämningar enkelt går att kvalificera och kategorisera.

Planerad vårdkontakt

Information om planerad vårdkontakt är en relevant uppgift för att kunna följa fördelning mellan planerade och oplanerade besök inom primärvården. Om vissa diagnosgrupper har många oplanerade besök kan detta exempelvis vara en indikation på att deras behandling inte fungerar på ett optimalt sätt. Det kan också vara information som anger inriktningen på mottagningsverksamheten, helt eller delvis över tid. Vidare kan uppgiften användas för att tillsammans med uppgifter om datum och tid följa väntetider i vården vid akuta besök.

En planerad vårdkontakt kan ibland föranledas av en inkommande remiss. Uppgift om inkommande externa remisser och deras avsändare kan därför vara av relevans som kompletterande information. Se vidare nedan avseende uppgift om remiss och remitterande vårdenhet.

Remiss och remitterande vårdenhet

Socialstyrelsen avser att samla in uppgifter om huruvida remittering till en vårdgivare inom primärvården skett eller inte, samt i de fall det skett även med angivande från vilken utförande vårdenhet remissen har skickats. Det handlar alltså om fall där en annan verksamhet överlämnar behandlingsansvaret via remiss och detta har föranlett en vårdkontakt. En remittering kan således vara en orsak till den planerade vårdkontakten. Huruvida en kontakt inom primärvården har föranletts av en inkommande extern remiss är en viktig komplettering till informationen om planerad vårdkontakt och är av stort värde för att underlätta möjligheten att följa patientens vårdkedja. I och med omställningen till en mer nära vård, där primärvården utgör navet, är det nödvändigt att kunna följa inflödet till primärvården på detta sätt. Socialstyrelsen föreslår därför att uppgiften om remiss och remitterande vårdenhet i lämpliga fall kan användas som ett komplement till uppgiften om planerad vårdkontakt.

Uppgift om en verksamhets utgående remisser anses inte nödvändigt att samla in i nuläget, bland annat för att dessa inte alltid skrivs i samband med vårdkontakten.

Socialstyrelsen anser att det vore önskvärt att på sikt även uppgift om remisser till samt inom den specialiserade vården samlas in till patientregistret. På så sätt kan även patienters vårdresa från primärvård till specialiserad vård och tillbaka tydligare följas.[52]

Utförande vårdenhet

Uppgift om vilken vårdenhet som har gett vården behövs för alla indelningar och grupperingar av verksamheter. Det är nödvändigt för att på ett korrekt sätt kunna följa upp vad som sker i respektive enhet, men även mer övergripande för olika typer av verksamheter. För uppföljning förutsätts att alla verksamheter som bedriver sådan verksamhet som omfattas, och som är skyldiga att lämna uppgifter, går att kategorisera på ett korrekt sätt. Genom uppgift om utförande vårdenhet går det att härleda besök till olika vårdgivare eller organisatoriska enheter som har olika egenskaper som delvis kan variera över tid. Det kan exempelvis handla om ekonomiska resurser eller bemaning, geografisk plats och tillhörighet till en viss vårdgivare med olika slags regler och policys.

Socialstyrelsen föreslår att denna uppgift inhämtas, men ser först ett behov av ett mer ingående arbete avseende hur dessa koder för olika verksamheter ska utformas. I dagsläget saknas ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter. E-hälsomyndigheten har därför, i samverkan med andra organisationer, inlett ett arbete med att se över möjligheter till att upprätta ett sådant kodverk, men inget beslut är fattat i frågan vid tidpunkten för den här rapporten.

Ett nationellt organisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter är en grundförutsättning för att uppgift om utförande vårdenhet på ett enhetligt sätt ska kunna registreras, följas upp och jämföras i ett utvidgat nationellt patientregister. Vidare behövs en total bild av antalet utförare av viss typ av vård för att kunna undersöka efterlevnaden av uppgiftsskyldigheten. Denna information behövs för att kunna beräkna ett eventuellt bortfall, som i sig är en viktig uppgift då registret ska användas för statistik, analyser och uppföljning av utvecklingen i hälso- och sjukvården.

Diagnos

Det är skillnad mellan att ställa diagnos och att klassificera diagnos. Då diagnos (alternativt diagnoser) ställs gör till exempel en läkare en bedömning av vilken sjukdom patienten har, varpå diagnosen formuleras och dokumenteras. Vid klassificering av diagnosen väljer läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal vilken eller vilka koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av ett statistiskt kodverk, exempelvis Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, ICD-10-SE⁵⁶[53, 54]. Denna klassificering (ICD) görs utifrån ett internationellt standardiserat regelverk.[53]

⁵⁶ ICD står för International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Den svenska versionen heter ICD-10-SE. 2018 utkom WHO med en första version av ICD-11. För en närmare beskrivning, se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”.

För att möjliggöra statistiska jämförelser och utbyte av information är det en stor fördel att använda samma klassifikation och följa ett och samma regelverk för klassificeringen, det vill säga vara överens om vad som ska klassificeras och på vilket sätt. Genom ICD-10 är det möjligt att klassificera och statistiskt beskriva sjukdomar och andra hälsoproblem som är aktuella som orsak till individers död eller kontakter med hälso- och sjukvården. ICD-10 innehåller traditionella diagnoser, men även symtom, onormala fynd, besvär och andra anledningar som bedöms vara orsak till vårdkontakten, som exempelvis kontroll av utläkt sjukdom, intyg, screening eller vaccination. Inledningen till ICD-10-SE ger vägledning till hur olika tillstånd och kliniska fynd i samband med vårdkontakt ska klassificeras.[53]

Oavsett av vilken anledning en vårdkontakt sker behöver denna typ av uppgift ingå i ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården. I nuläget använder en majoritet av regionerna ICD-10 vid registrering av de diagnoser som bedömts varit anledningen till exempelvis läkarbesök i primärvården.⁵⁷ Informationen används i journalen men ligger även till grund för olika typer av sekundära beskrivnings- och ersättningssystem. Socialstyrelsen föreslår därför att samtliga regioner ska använda ICD-10-SE för att ange diagnos som anledning till vårdkontakt i primärvården, oavsett hur dokumentationen av patientens tillstånd sker i journalen.

Även om ICD-10 innehåller mer än traditionella diagnoser har den ett fokus på sjukdomstillstånd. För att komplettera ICD inom området funktionsstillstånd har Världshälsoorganisationen (WHO⁵⁸) tagit fram ytterligare en referensklassifikation som på svenska heter Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF⁵⁹).[55] ICF används inom flera områden och på flera olika sätt inom hälso- och sjukvården, företrädesvis av andra professioner än läkare.

Socialstyrelsen föreslår att uppgift om funktionstillstånd som anledning till vårdkontakt ingår som ett komplement eller alternativ till uppgift om diagnos, för att möjliggöra att även andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården som inte i samma utsträckning som exempelvis läkare använder sig av ICD-10-SE ska ha möjlighet att på ett adekvat sätt rapportera in anledningen till vårdkontakten. Detta kan ske genom ICF. Se vidare nedan avseende uppgift om funktionstillstånd.

Socialstyrelsen föreslår även att läkemedel, utifrån gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC⁶⁰), i lämpliga fall kan användas som tilläggskod för diagnos, då läkemedel kan utgöra orsak till ett sjukdomstillstånd.

Yttre orsak till sjukdom eller skada

Uppgift om yttre orsak till sjukdom eller skada behövs för att beskriva olycksfall, vårdkomplikationer, ogynnsamma effekter av läkemedel och självdestruktiva handlingar. Detta är en viktig kunskapskälla för att, om möjligt, kunna förebygga sådana händelser.

⁵⁷ För en närmare beskrivning av primärvårdens användande av ICD-10-SE, se avsnitt ”Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet”.

⁵⁸ WHO står för World Health Organization.

⁵⁹ ICF står för International Classification of Functioning, Disability and Health.

⁶⁰ ATC står för Anatomical Therapeutic Chemical.

Socialstyrelsen föreslår att ICD-10-SE kapitel 20 ska användas vid registrering av yttre orsak till sjukdom eller skada. Socialstyrelsen föreslår även att gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC) i lämpliga fall kan användas som tilläggs kod, då läkemedelsbruk kan utgöra just en sådan yttre orsak.

Funktionstillstånd

Begreppet funktionstillstånd avser enligt Socialstyrelsens termbank [56] tillstånd hos en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmåga till aktivitet och delaktighet. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) används för att beskriva en persons funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat, utifrån en biopsykosocial modell.[55] Som nämnts ovan under ”Diagnos” finns det yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård som inte i lika hög utsträckning som läkare använder sig av diagnosregistrering via ICD-kod, men däremot ofta bedömer funktionstillstånd. Exempel på sådana yrkeskategorier är fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

ICF är ett komplement till ICD, och i den senaste internationella revisionen av ICD, ICD-11, ingår ett urval av ICF-koder. ICF utgör således ett viktigt tillägg till att endast ha uppgift om diagnos enligt ICD-kod, eftersom en diagnos i sin tur kan påverka en patients funktionstillstånd på olika sätt. Två individer kan trots samma diagnos ha olika nivåer av funktionstillstånd och olika vårdbehov. Här kan ICF komplettera ICD och bidra till en bättre helhetsbild av patientens hälsa.

ICF används idag inom både hälso- och sjukvård (inklusive inom ramen för beskrivning av funktionstillstånd i samband med sjukskrivning) och socialtjänst. År 2020 använde 83 procent av kommunerna ICF inom hemsjukvården i ordinärt boende, samt 91 procent i hälso- och sjukvård inom SÄBO.[57]

För att underlätta insamling av uppgift om huvudsaklig anledning till vårdkontakt från andra yrkeskategorier än endast läkare, anser Socialstyrelsen att funktionstillstånd, genom ICF, på sikt ska kunna användas som ett alternativ inom ramen för uppgift om diagnos. Socialstyrelsen behöver först färdigställa ett nationellt regelverk för användande av ICF-koder innan rapportering av uppgifterna kan påbörjas.

Vidare föreslår Socialstyrelsen en begränsning när det gäller vilka aspekter av funktionstillstånd som ska omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten. Begränsningen innebär att framför allt komponenter som anses särskilt relevanta utifrån vårdens perspektiv samt utifrån ett bredare uppföljningsperspektiv föreslås ingå. I nästa steg väljs sedan koder som är särskilt relevanta för att följa upp primärvården utifrån jämlikhetsaspekter och patientsäkerhet. Socialstyrelsen föreslår att författningsregleringen av vilka aspekter av funktionstillstånd som i sådant fall omfattas av den utvidgade uppgiftsskyldigheten ska göras i en bilaga till Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Detta kan ske i enlighet med Socialstyrelsens möjlighet att, enligt 6 § tredje stycket patientregisterförordningen, utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska fullgöras.

WHO har i sitt pågående arbete Rehabilitation 2030 ett stort fokus på bristen på rehabiliteringsinsatser globalt sett. Det handlar bland annat om att skapa en kompetent och högkvalitativ arbetskraft inom rehabiliteringsområdet, samt öka datainsamlingen i syfte att förbättra uppföljning och statistik. Området är således prioriterat inom WHO, och organisationen vill stärka rehabiliteringens ställning som en betydelsefull hälsostrategi under individens hela livstid.[58] Därmed utgör rehabilitering en återkommande del av åtgärderna inom hälso- och sjukvården.

Åtgärd

Uppgiften om åtgärd ska spegla vilken eller vilka vårdinsatser som utförts vid en vårdkontakt inom primärvården. Det kan handla om vilka utredningar, undersökningar, behandlingar eller sjukdomsförebyggande insatser som genomförts och kan bland annat visa följsamheten till rekommendationer och vårdprogram.

Socialstyrelsen föreslår att Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)[59] ska användas för registrering av åtgärd.

Socialstyrelsen föreslår även att gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC) i lämpliga fall kan användas som tilläggs kod för åtgärd, då läkemedel som ges vid vårdtillfället kan vara en vidtagen åtgärd.

Vidare föreslår Socialstyrelsen en begränsning när det gäller vilka åtgärder som ska omfattas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten. Begränsningen innebär att framför allt vårdåtgärder som anses särskilt relevanta för att följa upp primärvården utifrån jämlikhetsaspekter och patientsäkerhet ska ingå. Dessa uppgifter har vårdgivaren således en skyldighet att rapportera in om de utförs. På så sätt säkras tillgången till viktig information inom begränsade, men centrala, delar av vården. Ett urval av de mest centrala KVÅ-koderna underlättar även en enhetlig registrering och efterföljande uppföljning. Socialstyrelsen har för avsikt att i samverkan med professionsförbund och andra aktuella aktörer ta fram ett relevant och begränsat urval av åtgärder, så att det inte blir en för omfattande rapportering av uppgifter. Sedan bör tilläggas att även andra åtgärder än det centrala urvalet kan rapporteras när det är relevant, men då på frivillig basis.

Socialstyrelsen föreslår att författningsregleringen av vilka åtgärder som i sådant fall omfattas av den utvidgade uppgiftsskyldigheten ska göras i en bilaga till Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Detta kan ske i enlighet med Socialstyrelsens möjlighet att, enligt 6 § tredje stycket patientregisterförordningen, utfärda föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska fullgöras. Socialstyrelsen föreslår att uppgiftsskyldigheten ska omfatta uppgifter om utförda åtgärder enligt en sådan bilageförteckning, oavsett vilken yrkeskategori bland hälso- och sjukvårdspersonalen som har utfört dem. Det innebär att den uppgiftsskyldige ska lämna uppgifter om åtgärder som såväl legitimerad som icke-legitimerad personal utfört inom primärvården.

Läkemedel

Läkemedel, utifrån gällande klassificeringssystem för läkemedel (ATC), föreslås, där det bedöms lämpligt, användas som tilläggskod för uppgift om diagnos, yttre orsak till sjukdom eller skada samt åtgärd. Se mer om detta under respektive rubrik för dessa uppgifter.

Uppgift om läkemedel är viktig främst av samma skäl som uppgift om diagnos, yttre orsak till sjukdom eller skada samt åtgärd. Uppgift om läkemedel bidrar till ytterligare en aspekt av dessa variabler och kan således öka kunskapen om det som sker i primärvården. Uppgift om läkemedel kan exempelvis ge värdefull information om användandet av rekvisitionsläkemedel i primärvården. Läkemedelsregistret saknar denna typ av information.

Förslaget begränsas till rapportering av uppgift om läkemedel i vissa särskilda fall. Det bör understrykas att det inte är fråga om att patientregistret ska bli ett läkemedelsregister över förskrivna läkemedel.

Yrkeskategori

Primärvård utgår ofta från ett multiprofessionellt arbetssätt. Vidare sker majoriteten av primärvårdsbesök hos andra yrkeskategorier än läkare, vilket medför att en rapportering av endast vårdkontakter som sker med läkare ger en ofullständig bild av vården. Utan en mer uttömmande inrapportering avseende vilka åtgärder som har vidtagits och vilken yrkeskategori som utfört åtgärden kan en patients vårdkontakter inte kan följas lika ingående. Detta kan i sin tur innebära att det blir svårt att utvärdera vården utifrån olika parametrar.

För uppgift om yrkeskategori föreslås att Socialstyrelsens nationella yrkeskodverk (SOSNYK)[60] ska användas.

Socialstyrelsen anser att det för att uppnå en ändamålsenlig utökning av patientregistret inom primärvårdsområdet är av vikt att de åtgärder som kommer att ingå i uppgiftsskyldigheten rapporteras till registret, oavsett vilken hälso- och sjukvårdspersonal (legitimerad eller icke-legitimerad) som utfört åtgärden. En sådan inrapportering har redan möjliggjorts för den psykiatriska öppenvården enligt 4 § första stycket 3 patientregisterförordningen. Socialstyrelsen anser vidare att det vore önskvärt att på sikt samla in uppgifter från besök hos andra yrkeskategorier i samtliga delar av den öppna specialiserade vården. Under 2021 påbörjas ett utredningsarbete vid myndigheten avseende detta.[26]

Uppgifter med koppling till patientperspektiv

I beskrivningen för regeringsuppdraget (S2019/03056/FS) framgår det att Socialstyrelsen inom ramen för deluppdrag I kan föreslå variabler utöver de gängse patientadministrativa data som idag registreras inom hälso- och sjukvården. Syftet med dessa ytterligare uppgifter är att bidra med värdefull information, exempelvis ur ett patientperspektiv.[1]

Socialstyrelsen har därför utrett möjligheten att ta in patientrapporterade utfallsmått, så kallade PROM, i ett utvidgat nationellt patientregister. Dialog om detta har förts med sakkunniga vid SKR. En nationell plattform, förvaltd av SKR, är under uppbyggnad för att tillhandahålla möjlighet att rapportera PROM-relaterade mått. Tjänsten kommer primärt att rikta sig till vårdgivare. I dagsläget skiljer det sig åt mellan vårdgivare i vilken utsträckning de an-

vänder PROM. För vissa områden, exempelvis inom standardiserade vårdförlopp, finns nationellt framtagna beslut om vilka sjukdomsgrupper som följs med PROM. Även insamling via kvalitetsregister sker enligt nationellt framtagna ramar. Vidare förekommer det att beslut sker på klinisk nivå om vilka sjukdomsgrupper vårdgivaren väljer att följa med denna typ av mått. Ur ett vårdgivarperspektiv finns då inget nationellt eller nödvändigtvis regionalt rättesnöre för detta.

Enskilda kvalitetsregister innehåller ofta PROM-relaterade data. En sammanställning från 2017 visar att en klar majoritet av alla kvalitetsregister använde PROM-mått och att det dessutom på flera håll planerades att införas av de register som ännu inte hade det.[33] Möjligheterna att införa det automatiserade enkätverktyget PROMIS⁶¹ som en integrerad del av huvudmännens ordinarie vårddokumentation har diskuterats. Detta har dock hittills inte kunnat genomföras då finansiering saknats.[61]

Ett system som i dagsläget inte har PROM-relaterade mått, men som planerar att införa det, är PrimärvårdsKvalitet. Mer specifikt är det PROM-baserade indikatorer riktade mot särskilda patientgrupper som då blir aktuella att tas i bruk.

I den enkät som skickades ut till vårdcentraler hösten 2020 ställde Socialstyrelsen frågor om och hur PROM används vid verksamheten. Endast 15 procent av vårdcentralerna uppger att de använder PROM. En högre andel privata än regionalt drivna vårdcentraler använder det. Flera av de verksamheter där PROM tas i bruk använder det för patientgrupper med kroniska sjukdomar, såsom astma, KOL eller diabetes. Även vid uppföljning av exempelvis psykisk ohälsa, sjukskrivningar och levnadsvanor kan det vara aktuellt för verksamheterna att använda PROM. Vidare visar resultatet av enkäten att det finns en uppsjö olika instrument som verksamheter använder för att mäta PROM, beroende på vad som följs. Resultaten av mätningarna registreras huvudsakligen i patientjournalen.

Socialstyrelsens bedömning är att möjligheten att ta in PROM-relaterade mått till ett utvidgat patientregister är begränsad, utifrån hur verksamheternas tillämpning av dessa mätningar ser ut i dagsläget. Patientrapporterade utfallsmått utgör visserligen viktiga uppgifter, men det finns många sätt att mäta PROM på, vilket försvårar valet av lämpligt mått och aktuella patientgrupper. Utöver detta finns en tidsaspekt som komplicerar det hela, då resultatet av mätningen blir svårt att koppla till ett enskilt besök. Befintliga hälso-dataregister bygger, med vissa undantag och till skillnad från kvalitetsregister, huvudsakligen på uppgifter som representerar enskilda besök och inte sammanhängande vårdepisoder. Således kan PROM-mått vara mer lämpligt att rapportera till kvalitetsregister, vilka anpassar valet av uppgifter utifrån en särskild patientgrupp. Användandet av PROM i kvalitetsregister är väl etablerat i dagsläget, vilket Socialstyrelsen anser är positivt och med fördel kan fortsätta utvecklas.

Från dialogen med SKR framkommer det att nationell insamling av PROM-relaterade uppgifter till ett utvidgat patientregister befaras bli kostnadsdrivande i form av bland annat ökad uppgiftslämnarbörd. Vidare kan insamlingen utgöra en belastning för patienterna.

⁶¹ PROMIS står för Patient-Reported Outcomes Measurement Information System.

Om det i framtiden finns en tydligare etablering av PROM, exempelvis genom integration mot den ordinarie vårddokumentationen, samt mer enhetlighet i vad som mäts och för vilka patientgrupper, kan Socialstyrelsen ta ett nytt ställningstagande till att införa PROM-relaterade mått i ett utvidgat patientregister. Då behöver myndigheten även se över möjligheterna att samla in den typen av information till den del av patientregistret som innefattar uppgifter från den specialiserade vården, vilket inte sker i dagsläget.

Socialstyrelsen har bedömt att patientrapporterade erfarenhetsmått, så kallade PREM, inte är aktuella att utreda för ett eventuellt införande i ett utvidgat patientregister. Det beror framförallt på att uppgifterna har alltför känslig karaktär eftersom de är baserade på patienters erfarenheter och upplevelser av vården. Vidare är deltagande i hälsodataregister inte frivilligt, vilket gör en sådan typ av registrering olämplig.

Rättslig analys

Inledning

Ett nationellt patientregister över primärvården skulle skapa ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Det skulle ge en tydligare bild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt bidra till att vårdgivaren får bättre underlag för systematiskt kvalitetsarbete. Det kan även bidra till en helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Sammantaget skulle ett nationellt patientregister över primärvården bidra till att gynna folkhälsan i stort, och därmed i förlängningen de enskilda patienterna. Vidare skulle det ge goda förutsättningar för att utveckla primärvården på ett ändamålsenligt sätt utifrån de behov som kan uppstå i framtiden.

Utän författningsändringar kommer det fortsatt saknas ett nationellt register med uppgifter på individnivå om vårdkontakter i primärvården, vilket innebär att kunskap om en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård inte finns tillgängliga. För att en utvidgning av patientregistret, med inhämtande av uppgifter från primärvården, ska vara acceptabel krävs dock att värdet för utvecklingen av hälso- och sjukvården, inklusive nyttan för patienterna, kan anses väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten.

Personuppgiftsbehandling och dataskydd

Regleringen av i vilka fall olika slags personuppgifter får behandlas finns i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), nedan kallad dataskyddsförordningen.

Dataskyddsförordningen kompletteras även i vissa delar av nationella bestämmelser. Det rör sig bland annat om lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) samt förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Utöver lagen respektive förordningen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning finns även specifik lagstiftning avseende personuppgiftsbehandling som rör särskilda områden. Ett exempel på en sådan lagstiftning är hälsodatalagen och patientregisterförordningen. Av 1 § hälsodatalagen och 2 § patientregisterförordningen framgår att Socialstyrelsen får utföra personuppgiftsbehandling i hälsodataregister och att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för den behandling som sker i patientregistret.

Ändamålet med personuppgiftsbehandlingen

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska, för de ändamål som anges i 3 § hälsodatalagen, lämna de uppgifter som nämns i 4 §

andra stycket 1 patientregisterförordningen till Socialstyrelsens patientregister. Det handlar om ändamålen framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, samt forskning och epidemiologiska undersökningar.

Socialstyrelsen kommer att behandla personuppgifterna från primärvården för statistiska ändamål. Uppgifterna skulle också ge underlag för forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Ett utvidgat patientregister med insamling från primärvården kan ge en bättre helhetsbild av primärvårdens innehåll och verksamhet, samt möjliggöra uppföljning av huruvida vården är jämlik samt uppnår nationella mål om vårdens kvalitet. Vårdgivare skulle vidare få ett underlag för sitt systematiska kvalitetsarbete.

Behovet av personuppgiftsbehandling

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av en nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Den lösning myndigheten förordar skulle innebära en inte obetydlig utvidgning av patientregistret. Genom den pågående strukturreformen till en mer god och nära vård, med syfte att primärvården ska bli basen i hälso- och sjukvården, är det dock angeläget att möjligheterna för att följa upp primärvården utvecklas.

I dagsläget saknas författningsstöd för att på nationell nivå samla in uppgifter som härrör från primärvården, vilket omöjliggör en ändamålsenlig uppföljning av primärvården. Den föreslagna personuppgiftsbehandlingen som utvidgningen av patientregistret skulle innebära, medför ett bredare underlag för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering samt kvalitetssäkring. Det kan även bidra till en tydligare helhetsbild av hälso- och sjukvården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård. Ett utvidgat patientregister bidrar i slutändan även till att gynna både folkhälsan i stort och de enskilda patienterna, samt till utveckling på primärvårdens område.

Uppgifterna i det utvidgade patientregistret kan samköras med personuppgiftsbaserad data från andra hälsodataregister och således skapa en tydligare bild av hur olika delar av vården hänger samman. Socialstyrelsen har i tidigare skrivelser understrukit att ett nationellt patientregister som omfattar primärvården också är mycket relevant för att det ska vara möjligt att följa patientens hela vårdkedja och därigenom kunna utvärdera vårdens innehåll, tillgänglighet och funktionssätt. Myndigheten har även framhållit utvidgningens värde för möjligheten att beskriva och utvärdera medicinsk praxis, kvalitet, effektivitet och utveckling av vården.[38-40]

Omfattningen av personuppgiftsbehandlingen

En utvidgning av uppgiftsskyldigheten till patientregistret såsom den föreslås innebär att Socialstyrelsen kommer att behandla ett utökat antal uppgifter om enskilda, bland annat uppgifter om hälsa.

Förslaget innefattar insamling av personuppgifter avseende besök som görs inom primärvården till olika yrkeskategorier, såväl legitimerade som icke-legitimerade. Detta skulle innebära att omfattningen av de personuppgifter som eventuellt redan behandlas om en person i registret skulle kunna öka markant eftersom primärvård får antas vara en vårdform som flertalet i Sveriges befolkning använder sig av under sin livstid.

För att kunna förbättra den nationella statistiken inom hälsoområdet måste uppgifterna som föreslås rapporteras in till patientregistret från primärvården finnas registrerade på individnivå med personnummer. Uppgifterna till patientregistret skulle av naturliga skäl innehålla särskilda kategorier av personuppgifter, så kallade känsliga personuppgifter om hälsa, som avses i artikel 9 dataskyddsförordningen.

Uppskattningsvis bedöms omfattningen av behandlingen avseende patienter handla om att i stort sett hela Sveriges befolkning kommer att omfattas av den föreslagna utvidgningen av patientregistret. Uppskattningen har gjorts med utgångspunkt i att de flesta någon gång under sin livstid av någon anledning kommer att uppfylla kriterierna för att ha haft en vårdkontakt i primärvården, detta oavsett om den är i offentlig eller privat regi.

Vidare kommer personuppgifter som rör ett stort antal yrkesutövare att tillkomma. Det handlar om uppgift avseende yrkeskategori och är således inte specifikt kopplad till en person genom till exempel personnummer eller liknande. Uppgiften får dock enligt beskrivningen i artikel 4.1 dataskyddsförordningen anses som en personuppgift. Avseende uppgifter som är hänförliga till de yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården bedömer Socialstyrelsen att omfattningen av behandlingen, genom den föreslagna utvidgningen, skulle kunna uppgå till ungefär 29 500 personer inom regionernas verksamhet. Uppskattningen har gjorts med utgångspunkt i information från SKR:s statistik för regionanställd personal 2019. Denna statistik omfattar bland annat hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (24 428 personer) med kategorier som exempelvis läkare, psykologer, sjuksköterskor, undersköterskor med flera. Den omfattar vidare personal inom rehabilitering och förebyggande primärvårdsarbete (4 098 personer) som exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopedier och dietister. Slutligen ingår även primärvårdspersonal inom kurativt och socialt arbete (1 025 personer) i beräkningen.[62]

Detta avser dock endast den personal som arbetar inom regionernas verksamheter och inte den personal som arbetar genom privata vårdgivare. Eftersom en del av primärvården är privat driven, bland annat 44 procent av vårdcentralerna⁶²[8], är det svårt att uppskatta hur många personer totalt som skulle beröras av personuppgiftsbehandlingen som avser yrkeskategorier.

Positiva och eventuella negativa effekter av en utökad personuppgiftsbehandling

Förslaget medför att enskilda individers samtliga besök i primärvården skulle rapporteras till patientregistret. För de flesta individer innebär detta att många fler vårdkontakter – framförallt ur ett livstidsperspektiv – skulle finnas med i patientregistret, jämfört med vad som rapporteras i dagsläget. Personuppgifter inom hälso- och sjukvård är ofta av känslig karaktär och innebär en risk för otillbörligt intrång i den personliga integriteten. Uppgifterna som finns i patientregistret kan i vissa fall samköras med andra register, såsom kvalitets-

⁶² I statistiken från SKR ingår primärvårdsverksamhet finansierad av regionerna.

register, andra myndighetsregister eller övriga hälsodata- respektive socialtjänstregister vid Socialstyrelsen. Utöver sådan ytterligare behandling av personuppgifterna som sker med stöd av författning finns det även en risk att uppgifter som lämnas ut från registret används på ett otillbörligt sätt. Känsligheten av uppgifterna och riskerna för en integritetskränkning och missbruk av uppgifterna varierar beroende på uppgifternas karaktär. Enskilda individer kan uppleva att vissa uppgifter som skulle samlas in från primärvården till patientregistret är mer känsliga än andra uppgifter. Den utökade personuppgiftsbehandlingen skulle därför kunna innebära en negativ effekt för enskilda utifrån ett integritetsperspektiv.

En insamling av uppgifter på individnivå, inklusive uppgifter om personnummer, födelseår och kön, skulle dock ha flera positiva effekter. Exempelvis möjliggör detta att information kan sammanföras från olika register och därmed visa på skillnader i hälsa mellan kön eller åldersgrupper. Att uppnå sådan kunskap bör vägas mot risken för integritetsintrång.

Flera uppgifter som föreslås samlas in och behandlas i ett utvidgat patientregister är redan möjliga att registrera i flertalet av journalsystemen inom primärvården.⁶³ Om personuppgifterna skulle överföras från dessa vårdgivare till Socialstyrelsens patientregister, skulle detta kunna innebära en ytterligare risk för otillbörlig spridning eller missbruk. Det bör dock beaktas att uppgifterna kommer att skyddas av både stark sekretess och tekniskt skydd, såsom separat registermiljö, kryptering av förbindelser och behörighetsstyrning hos Socialstyrelsen. Vidare har Socialstyrelsen en stark fysisk säkerhet, vilket omfattar exempelvis skalskydd och begränsat tillträde till vissa lokaler inom myndigheten, vilket innebär att samtliga anställda inte har behörighet att nå dessa delar av lokalerna.

Vad gäller bedömningen av det föreslagna registerinnehållet kan följande nämnas. Uppgift om folkbokföringsort är i sig normalt sett en harmlös uppgift, likaså form och datum för primärvårdskontakt, då detta inte nödvändigtvis avslöjar mer än att en viss person på en ort har nyttjat en typ av vårdkontakt en viss dag. Då dessa uppgifter dock kommer förekomma i kombination med uppgift om exempelvis personnummer, diagnos, läkemedelskod, åtgärder och yttre orsaker till sjukdom eller skada, ökar det sammantagna integritetsintrånget för den enskilda individen. Det borde därför inte vara osannolikt att många kan uppfatta den föreslagna utökade personuppgiftsbehandlingen i patientregistret som någonting negativt. Det är även viktigt att framhålla att säkerheten och den personliga integriteten blir mer hotad ju mer information, som potentiellt blir åtkomlig med datakommunikation.⁶⁴ Detta är självfallet även relevant utifrån principen om uppgiftsminimering i artikel 5.1 c data-skyddsförordningen.

De sammantagna positiva effekterna som utökningen skulle innebära för den enskilde handlar, som nämnts, till stor del om hälsa. Det är visserligen svårt att argumentera för att det skulle handla om positiva hälsoeffekter för den enskilde som ensamt utpekad person, eftersom det enligt 4 kap. 2 § data-

⁶³ För en närmare beskrivning av verksamhetens registrering av, respektive regioners tillgång till, uppgifter se avsnitt "Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet", stycke "Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter".

⁶⁴ Jämför prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, s. 26.

skyddslagen framgår att personuppgifter som behandlas för statistiska ändamål får användas för att vidta åtgärder i fråga om den registrerade endast om det finns synnerliga skäl med hänsyn till den registrerades vitala intressen. Huvudregeln är således att uppgifterna inte kan användas för att vidta åtgärder mot enskilda eller ingripa i deras leverne av olika anledningar. Med vitala intressen avses sådant som avser den registrerades överlevnad. I detta sammanhang kan det alltså även framhållas att Socialstyrelsen inte skulle komma att använda uppgifterna för att följa enskilda individers hälsa.

Det finns däremot flera positiva hälsoeffekter som i ett större perspektiv skulle kunna bli ett resultat av den utökade behandlingen. Detta genom att den förbättrade statistiken som uppnås genom ett nationellt patientregister som omfattar primärvården, gör det möjligt att bland annat utvärdera den kompletta vårdkedjan, vårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet, samt att det ger bättre underlag för exempelvis forskning, uppföljning och för vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Dessa synergier kan i sin tur leda till bättre kännedom om exempelvis vilka åtgärder som bör vidtas för vissa patientkategorier eller diagnosgrupper, eller huruvida formen för primärvårdskontakten är av betydelse för en enskild individ beroende på omständigheter såsom sjukdom, folkbokföringsort, socioekonomi eller ålder. Förslagen skulle alltså på sikt, och för totalbefolkningen som sådan, kunna innebära att enskilda i högre utsträckning kan erbjudas en åtgärd eller en primärvårdskontakt som är väl avvägd och lämplig för deras situation och därmed även med större sannolikhet kan leda till ett gott resultat för personen i fråga. I denna del bör också nämnas att det finns en stor potentiell nytta, även i förhållande till större samhällskriser, att uppgifter från primärvården samlas in. I en sådan kris, såsom exempelvis pandemin av covid-19, är ofta primärvården den första kanalen som mottar uppgifter inom vården. Om en sådan insamlingsmöjlighet redan existerar, krävs ingen uppbyggnad av nya insamlingssystem för de uppgifter som då redan skulle finnas tillgängliga från primärvården. Detta skulle kunna vara av stor vikt för hanteringen av krisen, kunskapsläget och skulle kunna minska eventuella initiala svårstartade processer.

Socialstyrelsens förslag innebär även att uppgifter som rör hälso- och sjukvårdspersonal kommer att behandlas, det vill säga uppgift om yrkeskategori. Dessa uppgifter kommer inte att vara knutna till individinformation som namn eller personnummer, men de bör utgöra personuppgifter då de får anses avse en identifierbar fysisk person då det med stor sannolikhet genom andra uppgifter – exempelvis utförande vårdenhet, datum för primärvårdskontakt, med mera – bör gå att härleda till en enskild medarbetare. Uppgift om yrke får i de flesta fall anses som en relativt harmlös uppgift och är heller inte en sådan särskild kategori av personuppgifter som avses i artikel 9 dataskyddsförordningen. Det får med anledning av detta anses vara av relativt liten risk för otillbörligt intrång i den enskildas integritet, vad gäller yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som berörs av den föreslagna utvidgningen av patientregistret. Det finns dessutom flera positiva effekter med att kunna behandla dessa uppgifter, då det bland annat kommer ge ett bättre underlag för att utvärdera vården och få information om vilka patientgrupper som träffar respektive yrkeskategori, samt vilka åtgärder som vidtas av olika yrkeskategorier.

Förslaget bör sammanfattningsvis kunna medföra en viss risk för otillbörligt intrång i enskildas personliga integritet, främst avseende patienter inom primärvården, men risken bedöms vara förhållandevis liten. Utan ändring i lagstiftningen kommer det fortsatt saknas uppgifter på nationell nivå om primärvårdsbesök hänförliga till enskilda individer, vilket innebär att kunskap om en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård inte finns tillgänglig. Värdet av det som registerutvidgningen kan ge är till så stor nytta för patienterna som kollektivt att det bör väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten.

Bedömningar utifrån dataskyddsförordningen

Förslaget i relation till de grundläggande principerna i artikel 5

Laglighet, korrekt behandling och öppenhet

Enligt artikel 5 dataskyddsförordningen finns vissa grundläggande principer för all behandling av personuppgifter som omfattas av förordningen.

All sådan behandling ska enligt artikel 5.1 a dataskyddsförordningen vara laglig, korrekt och präglas av öppenhet. Lagligheten syftar framför allt på att behandlingen ska ha stöd i en rättslig grund (jämför artikel 6 dataskyddsförordningen).

Att behandlingen ska vara korrekt innebär att den ska vara rättvis, skälig och stå i rimlig proportion till den nytta som personuppgiftsbehandlingen innebär. Vid avvägningen av dessa intressen ska hänsyn också tas till vilken personuppgiftsbehandling de registrerade rimligen kan förvänta sig. Behandlingen ska även vara förståelig och begriplig för de registrerade. Öppenheten innebär att såväl allmänheten som den registrerade ska få tillfredsställande information om de personuppgiftsbehandlingar man ansvarar för, det vill säga i detta fall Socialstyrelsen. Det handlar om att informera om hur och varför myndigheten behandlar uppgifterna, samt vilka rättigheter den registrerade har och hur man går tillväga för att återropa dessa rättigheter. Informationen ska vara lätt att hitta samt formulerad på ett enkelt och begripligt sätt. Det finns i vissa fall även undantag från informationsplikten, som dock ska tolkas restriktivt.

Socialstyrelsen har enligt 1 § hälsodatalagen stöd att utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Ett exempel på ett sådant hälsodataregister är det patientregister som Socialstyrelsen får föra enligt 1 § patientregisterförordningen. De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas i hälsodataregistren har sin rättsliga grund i artikel 6.1 e dataskyddsförordningen, allmänt intresse. En del av de uppgifter som får ingå i registren är känsliga personuppgifter avseende hälsa, vilka enligt huvudregeln i artikel 9 dataskyddsförordningen är förbjudna att behandla. Det finns dock undantag till detta förbud, bland annat är det tillåtet att behandla känsliga personuppgifter om hälsa om behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, forskning samt epidemiologiska undersökningar och arkivändamål. Behandlingen för dessa ändamål är således tillåtna om de har stöd i unionsrätten eller i

medlemsstatens egen lagstiftning. Detta stöd finns i det här fallet i hälsodata-lagen jämte tillhörande förordningar, här specifikt patientregisterförordningen.

För att den föreslagna personuppgiftsbehandlingen skulle stämma överens med den grundläggande principen om laglighet enligt artikel 5.1 a dataskyddsförordningen, och i förlängningen även artikel 6 respektive artikel 9, behöver stöd finnas i nationell rätt. Ett övergripande stöd finns redan i hälsodatalagen, men det skulle innebära att 4 § patientregisterförordningen också måste omfatta de föreslagna patientkategorierna, det vill säga inom primärvården.

Socialstyrelsen bedömer att behandlingen är rättvis, skälig och i rimlig proportion till den nytta som behandlingen skulle innebära. Det handlar visserligen om en behandling av en ansevärd mängd personuppgifter avseende en stor mängd personer, men enbart uppgifter som anses nödvändiga föreslås samlas in till registret. Vidare är nyttan av behandlingen stor, i synnerhet avseende de möjligheter som ett utvidgat patientregister skulle ge vad gäller exempelvis statistik, forskning och uppföljning inom vården. Nyttan av den utökade behandlingen kan således både sägas vara till fördel för samhället i stort, men även i förlängningen för de enskilda själva exempelvis genom att utökad forskning och uppföljning inom vården kan leda till bättre vårdinsatser för varje enskild.

Socialstyrelsen anser således utifrån aspekten av korrektheten av behandlingen, att den tilltänkta behandlingen är skälig och står i rimlig proportion till den nytta som personuppgiftsbehandlingen skulle innebära. Detta eftersom, som nämnts ovan, ett utvidgat patientregister bland annat skulle öka möjligheten att följa patientens vårdkedja och därmed bättre utvärdera vårdens sammantagna innehåll, men även ha ett stort värde som underlag för statistik, forskning och uppföljning.

Socialstyrelsen eftersträvar att vara så öppen och transparent som möjligt gentemot såväl allmänheten som de registrerade och följer de krav på information till den registrerade som framgår av artikel 12 och artikel 14 dataskyddsförordningen. Det framgår tydligt på myndighetens hemsida att Socialstyrelsens hälsodataregister bygger på uppgifter som rapporteras in från hälso- och sjukvården. Aktuell information om personuppgiftsbehandlingar i Socialstyrelsens kärnverksamhet finns enkelt tillgänglig på myndighetens hemsida, jämte information om vilka rättigheter den registrerade har enligt dataskyddsförordningen och hur dessa görs gällande.[63] Även den tänkta personuppgiftsbehandlingen som utvidgningen av patientregistret skulle innebära kommer att omfattas av sådan information, där det bland annat avses framgå på ett lättbegripligt sätt hur och varför Socialstyrelsen behandlar uppgifterna, samt även tydligt anges vilka rättigheter de registrerade har enligt dataskyddsförordningen och hur de ska göra för att göra dessa rättigheter gällande gentemot Socialstyrelsen i egenskap av personuppgiftsansvarig.

Ändamålsbegränsning

Personuppgiftsbehandling får enligt artikel 5.1 b dataskyddsförordningen endast ske för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Ändamålen ska vara specifika, konkreta och tydligt formulerade. Ändamålen definierar vad man får och inte får göra med personuppgifterna. Ändamålen

måste vara berättigade för Socialstyrelsens verksamhet, antingen som ett berättigat led i myndighetens uppdrag enligt förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen eller andra regler, rättsprinciper och beslut som gäller för myndigheten eller som ett berättigat led i myndighetens administrativa verksamhet. Uppgifterna får inte heller senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ursprungliga ändamålen, den så kallade finalitetsprincipen. Dock anses ytterligare behandling för statistik-, forskning- och arkivändamål alltid förenliga med det ursprungliga ändamålet.

Den utökade personuppgiftsbehandlingen i patientregistret skulle omfattas av samma ändamål som anges i 3 § hälsodatalagen, det vill säga framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Vidare framgår de specifika ändamålen för patientregistret i 3 § patientregisterförordningen. Där konstateras att personuppgifterna i registret endast får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring *inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård*, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Detta innebär att patientregisterförordningen i dagsläget inte ger stöd att använda uppgifter inom primärvården för dessa ändamål.

Om en ändring skulle ske i ändamålsbestämmelsen anser myndigheten dock att det handlar om särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål även för uppgifterna inom primärvården. Myndigheten ska enligt 6 § i Socialstyrelsens instruktion ansvara för att ta fram och utveckla statistik och register inom sitt verksamhetsområde, vilket enligt 1 § omfattar bland annat hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer därför att den föreslagna behandlingen skulle vara begränsad utifrån de relevanta ändamålen och att det heller inte finns anledning att anta att uppgifterna senare skulle behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ursprungliga ändamålen. Ytterligare behandling för statistik-, forskning- och arkivändamål kan komma i fråga, men är att anse som förenlig med ursprungsändamålet.

Uppgiftsminimering och uppgifternas korrekthet

Personuppgifter som behandlas ska enligt artikel 5.1 c dataskyddsförordningen vara adekvata, relevanta och begränsade till vad som är nödvändigt för behandlingens ändamål. De uppgifter som behandlas ska alltså vara tydligt motiverade och ha en klar koppling till det angivna ändamålet.

Uppgifterna ska även enligt artikel 5.1 d vara riktiga och, om nödvändigt, uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål.

Personuppgifter som behandlas ska ha en tydlig koppling till de ändamål för vilka de behandlas, och ska vara relevanta och begränsade till det som är nödvändigt för ändamålet. Socialstyrelsen anser att en ändring i patientregisterförordningen som skulle möjliggöra insamling även avseende uppgifter från primärvården, skulle röra uppgifter som är både relevanta och begränsade för ändamålet och inte handlar om att samla in ett överskott av uppgifter.

Enligt dataskyddsförordningen ska en personuppgiftsansvarig vidta alla rimliga åtgärder för att säkerställa att uppgifter, som är felaktiga i förhållande till de ändamål som de behandlas för, raderas eller rättas. Socialstyrelsen

konstaterar dock att rapporteringen av uppgifter sker från de vårdgivare som är uppgiftsskyldiga till myndighetens patientregister, det vill säga offentliga och privata vårdgivare inom primärvården, för det fall förslaget realiserar. Socialstyrelsen har därmed mycket begränsade möjligheter att kontrollera korrektheten av de uppgifter som inkommer till myndigheten.

Enligt artikel 16 dataskyddsförordningen har den registrerade rätt till rättelse av felaktiga personuppgifter som rör denne. Enligt 1 kap. 7 § dataskyddslagen ska artikel 16 dataskyddsförordningen inte tillämpas i den utsträckning det skulle strida mot tryckfrihetsförordningen (jämför även artikel 86 i dataskyddsförordningen). Rättelse kan bara ske när en felaktig personuppgift kan ersättas med en personuppgift som är korrekt. I de flesta fall måste dock Socialstyrelsen även behålla den tidigare uppgiften, eftersom myndigheten inte får ändra i allmänna handlingar.

Enligt artikel 17 dataskyddsförordningen har den registrerade rätt till radering, bland annat när uppgifterna inte längre är nödvändiga för ändamålet, vid befogad invändning mot behandlingens laglighet (så kallad profilering) och vid olaglig behandling. Av artikel 17.3 b dataskyddsförordningen framgår dock flera undantag från rätten till radering. Detta gäller bland annat om behandlingen sker för att uppfylla en rättslig förpliktelse som kräver behandling enligt unionsrätten eller enligt nationell rätt som myndigheten omfattas av eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål enligt artikel 89.1 är undantagna om syftet omöjliggörs eller avsevärt försvåras. Författningsreglerade register, såsom hälsodataregister, undantas också från rätten till radering. Således gäller att om personuppgifter behövs för att Socialstyrelsen ska kunna fullgöra sitt uppdrag eller finns i en allmän handling, finns det inte författningsstöd för att radera dessa.

Socialstyrelsen bedömer att myndigheten genom den föreslagna regleringen i patientregisterförordningen, skulle ha ett tydligt angivet regelverk avseende vilka uppgifter som får behandlas, med en tydlig koppling till vilka ändamål de får behandlas. Socialstyrelsens personuppgiftsbehandling enligt patientregisterförordningen har sitt stöd i hälsodatalagen. Uppgifterna ska självfallet vara relevanta och avgränsade för ändamålet, och som nämnts tidigare bör behovet av varje särskild uppgift som tas in i registret noggrant övervägas för det fall den föreslagna utvidgningen av patientregistret blir verklighet.⁶⁵ Socialstyrelsen konstaterar vidare att vad gäller uppgifternas korrekthet är detta främst avhängig att vårdgivarna, precis som i nuvarande reglering där vårdgivare rapporterar till myndigheten, lämnar in korrekta uppgifter.

Lagringsminimering

Huvudregeln är enligt artikel 5.1 e dataskyddsförordningen att uppgifter endast får sparas så länge som de behövs för ändamålet med personuppgiftsbehandlingen. Om personuppgifter ingår i en allmän handling enligt tryckfrihetsförordningen, är utgångspunkten att handlingen ska bevaras enligt arkivlagstiftningen. Det krävs författningsstöd för att gallra allmänna handlingar. Allmänna handlingar får gallras endast under förutsättning att de inte

⁶⁵ Prop. 1997/98:108, Hälsodata- och vårdregister, s. 51-52.

längre behövs för att tillgodose arkivlagens (1990:782) bevarandeändamål avseende rätten att ta del av allmänna handlingar och behovet av information för rättskipning, förvaltning och forskning (jämför 3 § arkivlagen). Riksarkivet har enligt 12 § arkivförordningen (1991:446) bemyndigande att föreskriva och besluta om gallring av allmänna handlingar hos statliga myndigheter. För att Socialstyrelsen ska kunna gallra en allmän handling krävs antingen att handlingen får gallras enligt Riksarkivets generella föreskriftsserie (RA-FS) eller enligt en myndighetsspecifik föreskriftsserie (RA-MS).

Enligt 2 § Riksarkivets föreskrifter om gallring hos Socialstyrelsen (RA-MS 2009:50) gäller att register för automatiserad behandling hos myndigheten, som upptas i bilaga till förordningen (2001:100) om den officiella statistiken (FOS), ska undantas från gallring. Detta omfattar således det statistikområde som Socialstyrelsen förvaltar, däribland patientregistret. Någon gallring sker alltså inte i Socialstyrelsens patientregister. Av 19 § tredje stycket lagen (2001:99) om den officiella statistiken (LOS) framgår att material som inte gallras ska överlämnas till en arkivmyndighet.

Personuppgifter får enligt dataskyddsförordningen lagras under längre perioder i den mån som personuppgifterna enbart behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1, under förutsättning att de lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som krävs enligt denna förordning genomförs för att säkerställa den registrerades rättigheter och friheter.

De aktuella personuppgifterna ingår i en allmän handling enligt tryckfrihetsförordningen, och dessa bevaras enligt arkivlagstiftningen. Som nämnts ovan gallras inte uppgifter i Socialstyrelsens hälsodataregister. Socialstyrelsen har stöd i att tillämpa undantaget från artikel 5.1 e dataskyddsförordningen med anledning av detta, vilket även skulle gälla de personuppgifter från primärvården som föreslås omfattas av patientregisterförordningen. Myndigheten vidtar även, i enlighet med artikel 89.1 dataskyddsförordningen, lämpliga skyddsåtgärder för den registrerades rättigheter och friheter, i enlighet med dataskyddsförordningen. Detta omfattar bland annat behörighetsstyrning och en starkt skyddad registermiljö där uppgifterna hanteras.

I myndigheternas statistikverksamhet gäller vidare absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighet- och sekretesslagen (2009:400) för uppgift som avser en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden. Sekretessen bör utgöra en särskild skyddsåtgärd i dataskyddsförordningens mening.⁶⁶

Socialstyrelsens bedömning är, mot bakgrund av att myndigheten lyder under flertalet bestämmelser avseende bland annat handlingars offentlighet, gallring och sekretess, att den tänkta personuppgiftsbehandlingen uppfyller principen om lagringsminimering.

Integritet och konfidentialitet

I egenskap av personuppgiftsansvarig ska Socialstyrelsen skydda behandlade personuppgifter på ett adekvat sätt genom lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder. Detta framgår både av den allmänna principen om integritet och konfidentialitet, artikel 5.1 f, och av artikel 32 dataskyddsförordningen.

⁶⁶ Prop. 2017/18:107 Ändringar i vissa författningar inom Finansdepartementets ansvarsområde med anledning av EU:s dataskyddsreform, s. 33.

Tekniska åtgärder avser exempelvis brandväggar, kryptering, pseudonymisering och antivirussydd, medan organisatoriska åtgärder kan avse exempelvis interna rutiner och riktlinjer. Säkerhetsåtgärderna ska innebära att uppgifterna skyddas och att obehöriga inte har åtkomst till dem. Personuppgifter får heller inte förloras eller förstöras på ett otillåtet sätt. Vid val av säkerhetsåtgärder ska behandlingens art, känslighet av personuppgifter, ändamålet, sammanhanget och omfattningen av behandlingen beaktas. Vidare ska eventuella risker bedömas och kostnader och tekniska möjligheter beaktas. De lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder som vidtas för att skydda uppgifterna ska enligt artikel 32 dataskyddsförordningen säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken. Enligt artikel 32.2 dataskyddsförordningen ska man vid bedömningen av lämplig säkerhetsnivå ta särskild hänsyn till de risker som den aktuella behandlingen medför, i synnerhet från oavsiktlig eller olaglig förstöring, förlust eller ändring eller till obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till de personuppgifter som överförts, lagrats eller på annat sätt behandlats.

Det är Socialstyrelsen i egenskap av personuppgiftsansvarig som har att leva upp till att en sådan adekvat säkerhetsnivå finns i relation till potentiella risker. De risker som Socialstyrelsen bedömer skulle kunna uppstå handlar främst om att obehöriga får tillgång till uppgifterna, antingen internt inom Socialstyrelsens organisation genom otillräcklig behörighetsstyrning eller obehörig spridning av uppgifter av anställda, eller externt genom ett dataintrång. Det kan även finnas viss risk för oavsiktlig eller olaglig förstöring av uppgifterna. Det kan exempelvis handla om att lagringsutrymmen där uppgifterna finns förstörs i en brand eller vattenskada.

Socialstyrelsens arbete med dataskydd för behandlade personuppgifter ingår i myndighetens arbete med informationssäkerhet, såsom exempelvis informationsklassificering och riskanalyser. Arbetet ska i denna del bedrivas utifrån den registrerades perspektiv för att skydda dennes grundläggande friheter och rättigheter. Arbetet med dataskydd ska även vid behov leda till beslut om lämpliga säkerhetsåtgärder.

Hos Socialstyrelsen gäller att de aktuella personuppgifterna ska hanteras med en hög säkerhet i alla led. Data ska förvaras och behandlas i myndighetens avgränsade registermiljö. Vidare kan behandling också ske i krypterad förbindelse vid transport till och från den avgränsade registermiljön. Behörighet att läsa och behandla uppgifterna i denna miljö ges enbart till personer som har behov av detta för att kunna utföra sitt arbete. I alla fall där det är möjligt ska behandling av uppgifterna ske genom att personnumret ersätts med en kod som skapas med hjälp av en särskild algoritm, samt att behandlingen fortfarande sker i den avgränsade registermiljön.

Kraven från ISO 27001-standarden, som myndigheten uppfyller, säkerställer att informationssäkerhetsarbetet hålls på en kontinuerligt hög nivå. Det handlar exempelvis om att medarbetare får rätt utbildning inom området, att styrdokumenterna är aktuella samt att myndigheten genomför riskanalyser och åtgärdar de risker där det sammanvägda värdet av sannolikhet och konsekvens är högt.

Vad gäller eventuell oavsiktlig eller olaglig förstöring av uppgifterna bedömer Socialstyrelsen att risken bör vara liten för att detta sker. Uppgifterna

kommer att lämnas av de inrapporterande vårdgivarna och möjligheten för att uppgifterna ska kunna redigeras från Socialstyrelsens sida är mycket små, då det exempelvis är mycket få som har behörighet och det oftast även krävs en särskild inloggning för att redigering ska vara möjligt. Det finns även alltid en risk för att exempelvis händelser av force majeure-karaktär kan drabba de lagringsutrymmen, serverhallar eller liknande där uppgifterna i registret lagras. Socialstyrelsen gör dock dagligen en back-up för det fall något sådant skulle ske, vilket innebär att risken för eventuell förstöring av uppgifter på ett sådant sätt får anses minimal.

Dessa tekniska och organisatoriska åtgärder som angetts ovan skulle även aktualiseras för den föreslagna utökningen av patientregistret. Mot bakgrund av detta anser Socialstyrelsen att myndigheten har en mycket god möjlighet att, i egenskap av personuppgiftsansvarig för patientregistret, leva upp till kravet på att säkerställa lämplig säkerhet för uppgifterna med lämpliga tekniska organisatoriska åtgärder enligt artikel 5.1 f, samt att de åtgärder som Socialstyrelsen har möjlighet att vidta, uppnår en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till de risker som finns med personuppgiftsbehandlingen enligt artikel 32 dataskyddsförordningen. Socialstyrelsen har vidare en lång erfarenhet av att hantera en stor mängd känsliga personuppgifter i de register myndigheten förvaltar.

Rättslig grund enligt artikel 6

Dataskyddsförordningen, som är direkt tillämplig i EU:s medlemsländer, har till syfte att skydda enskildas personliga integritet genom att begränsa hur deras personuppgifter hanteras av medlemsländerna.

Enligt dataskyddsförordningen måste varje personuppgiftsbehandling kunna hänföras till minst en av de i dataskyddsförordningen uppräknade rättsliga grunderna, artikel 6.1. Personuppgiftsbehandlingen måste ha stöd av en rättslig grund, enligt artikel 6.1. Det kan till exempel handla om att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse, artikel 6.1 e, eller att behandling är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse, artikel 6.1 c.

Hälsodatalagen och de tillhörande förordningarna, exempelvis patientregisterförordningen, reglerar olika typer av hälsodataregister. Enligt förarbetena till hälsodatalagen är avsikten att de frågor som är gemensamma för alla hälsodataregister ska regleras i en lag, medan närmare föreskrifter om enskilda hälsodataregister ska meddelas av regeringen inom de ramar som lagen sätter.⁶⁷ I 12 § hälsodatalagen bemyndigas därför regeringen att meddela föreskrifter som medför begränsningar av sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt lagen om hälsodataregister. I förarbetena till hälsodatalagen bedöms samtliga ändamål vara av ett högt samhällselig intresse.⁶⁸ Ändamålen anses därmed ha grund i ett allmänt intresse enligt artikel 6.1 e dataskyddsförordningen.⁶⁹ Vid ett sådant ändamål ska vidare unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas enligt artikel 6.3 sista stycket dataskyddsförordningen.

⁶⁷ Prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, s. 44.

⁶⁸ Prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, s. 48.

⁶⁹ Prop. 2017/18:171 Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning, s. 133.

Vad gäller bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i hälsodatalagen och de tillhörande förordningarna, så är det fråga om fullgörande av rättslig förpliktelse för de uppgiftsskyldiga aktörerna enligt artikel 6.1 c dataskyddsförordningen.

Socialstyrelsen bedömer mot bakgrund av ovan att det finns rättslig grund för myndigheten, genom ett allmänt intresse, att behandla de aktuella uppgifterna i ett hälsodataregister såsom patientregistret. Det samhälleliga intresset av att uppgifterna behandlas bedömer Socialstyrelsen vara mycket stort, då registret kan användas för bland annat forskning och uppföljning inom vården. En förutsättning för att det ska finnas rättslig grund är dock att de föreslagna ändringarna i patientregisterförordningen träder i kraft. Detta då rättslig grund som avses i 6.1 e dataskyddsförordningen, det vill säga allmänt intresse, enligt artikel 6.3 dataskyddsförordningen ska fastställas i enlighet med unionsrätten eller i medlemsstatens nationella rätt. Socialstyrelsen bedömer vidare att behandlingen, i enlighet med artikel 6.3 sista stycket dataskyddsförordningen, bör anses vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas. Detta då myndigheten endast avser samla in uppgifter som är nödvändiga för att uppnå de ändamål som eftersträvas, det vill säga en mer utförlig statistik som kan ligga till grund för bland annat forskning, uppföljning, kvalitetssäkring och att få en bättre översikt över jämlikheten inom hälso- och sjukvården.

Avslutningsvis skulle det, genom de föreslagna ändringarna i patientregisterförordningen, finnas rättslig grund enligt artikel 6.1 c dataskyddsförordningen för vårdgivare inom primärvården, såväl privata som offentliga, att rapportera in de aktuella uppgifterna till Socialstyrelsen.

Känsliga personuppgifter enligt artikel 9

Genom rapporteringen till patientregistret får Socialstyrelsen in känsliga personuppgifter om enskildas hälsa. Det är som huvudregel förbjudet att behandla så kallade särskilda kategorier av personuppgifter, vari uppgifter om hälsa ingår. Det finns dock vissa undantag från denna huvudregel. Behandling av känsliga personuppgifter ska utgå från ytterligare en prövning av om rättslig grund föreligger.

Syftet med hälsodataregister är bland annat att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvård. Enligt Socialdataskyddsutredningen får behandlingen anses falla under undantaget i artikel 9.2 h dataskyddsförordningen, i den mån behandlingen är nödvändig av skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård samt med att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra densamma.[64] Vidare finns det enligt 3 kap. 5 § dataskyddslagen stöd att behandla känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 h dataskyddsförordningen, om behandlingen är nödvändig för bland annat tillhandahållande av hälso- och sjukvård eller behandling.

Enligt artikel 9.3 dataskyddsförordningen ska de känsliga personuppgifterna, vid behandling enligt artikel 9.2 h, behandlas av eller under ansvar av den som omfattas av tystnadsplikt. Det finns således ett krav på tystnadsplikt vid behandling enligt artikel 9.2 h. Socialstyrelsens verksamhet med hälsodataregistren omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL. Under den tänkta insamlingen av uppgifterna till patientregistret skyddas uppgifterna av hälso- och sjukvårdssekretess hos vårdgivarna. De offentliga vårdgivarna omfattas

av 25 kap. 1 § OSL, medan de privata vårdgivarna omfattas av 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdssekretessen har till syfte att ge känsliga uppgifter inom vården ett starkt skydd.

Socialstyrelsens verksamhet med hälsodataregister är hänförlig till myndighetens särskilda statistikverksamhet, i egenskap av statistikansvarig myndighet enligt lagen om den officiella statistiken. Uppgifter inom denna verksamhet omfattas av absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL, vilket innebär att huvudregeln är att uppgifterna inte får lämnas ut. Det finns dock undantag från denna huvudregel, vilket redogörs för nedan under rubriken ”Skydd för de registrerades integritet”.

Uppgifter i hälsodataregister är avsedda att behandlas, utöver för skäl som hör samman med tillhandahållande av hälso- och sjukvård, för framställning av statistik, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Av artikel 9.2 j dataskyddsförordningen framgår att känsliga personuppgifter får behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål. Behandlingen ska ske med stöd av unionsrätt eller nationell rätt och i artikel 89.1 finns bland annat krav på skyddsåtgärder avseende denna typ av behandling. En sådan skyddsåtgärd kan exempelvis vara tekniska åtgärder eller den absoluta sekretess som gäller i en myndighets statistikverksamhet.⁷⁰ Att Socialstyrelsen enbart ska få samla in personuppgifter för det primära ändamålet statistik kan även ses som skyddsåtgärd för att värna om enskildas integritet och undvika så kallade ändamålsglidningar.

Den nationella rätten ska enligt artikel 9.2 j dataskyddsförordningen då stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenlig med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen. Av 3 kap. 7 § dataskyddslagen framgår även att känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 j dataskyddsförordningen, om behandlingen är nödvändig för statistiska ändamål och samhällsintresset av det statistikprojekt där behandlingen ingår klart väger över den risk för otillbörligt intrång i enskildas personliga integritet som behandlingen kan innebära.

Socialdataskyddsutredningen har uttalat att vad gäller kravet på proportionalitet och förenlighet med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd får det förutsättas att regeringen gjort en avvägning mellan behovet av olika hälsodataregister och intrånget i den personliga integriteten innan beslut fattades om att utfärda förordningar om de olika registren. De krav på åtgärder för att skydda den registrerades rättigheter och friheter som dataskyddsförordningen ställer får därmed enligt utredningen anses uppfyllda.[64]

⁷⁰ Prop. 2017/18:107 Ändringar i vissa författningar inom Finansdepartementets ansvarsområde med anledning av EU:s dataskyddsreform, s. 33.

Säkerhet vid uppgiftsbehandling och skydd av personlig integritet

Som nämnts tidigare ska Socialstyrelsen, enligt artikel 32 dataskyddsförordningen, i egenskap av personuppgiftsansvarig vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder. Detta ska göras i syfte att skydda personuppgifterna som behandlas och ska säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken.

Vad gäller det tekniska skyddet har Socialstyrelsen lång erfarenhet av att arbeta med känsliga personuppgifter genom de hälsodataregister och socialtjänstregister som myndigheten förvaltar. Uppgifterna förvaras och behandlas i myndighetens avgränsade registermiljö som är åtskild från myndighetens ordinarie IT-miljö. Behandling av personuppgifterna kan även ske genom transport till och från registermiljön, men omgärdas av säkerhetsåtgärder såsom kryptering av förbindelsen och i de fall det är möjligt ersätts personnummer med en kod enligt en särskild algoritm. Myndigheten har även starkt begränsat medarbetarnas tillgång till uppgifterna genom behörighetsstyrning. Utgångspunkten är att så få medarbetare som möjligt ska ha tillgång till så få känsliga personuppgifter som möjligt. Medarbetarnas behörigheter utvärderas kontinuerligt och begränsas till att endast omfatta de behov som den anställde behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Socialstyrelsen har ett kontinuerligt arbete inom informationssäkerhet, som bland annat omfattar utbildning till anställda och att styrdokument på området är uppdaterade och relevanta. Socialstyrelsen genomför även riskanalyser löpande för att kunna identifiera eventuella risker och åtgärda dessa.

De uppgifter som en utvidgning av patientregistret skulle innebära skulle självfallet även omfattas av Socialstyrelsens höga tekniska säkerhet och det ständigt pågående informationssäkerhetsarbetet.

Till skydd för de registrerades personliga integritet finns inte endast ett tekniskt skydd, utan även ett juridiskt. Det juridiska skyddet vid Socialstyrelsen utgörs både av bestämmelserna om sekretess, men även av de ändamålsbegränsningar som finns avseende personuppgiftsbehandlingen. Den föreslagna utökningen av patientregistret skulle omfattas av 24 kap. 8 § OSL, som innebär en absolut sekretess. Uppgifter som behövs för forsknings- eller statistikändamål och uppgifter som inte är direkt hänförliga till enskild får dock lämnas ut om det efter en sekretessprövning står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men.

Varje utlämnande föregås av en sekretessprövning enligt 24 kap. 8 § OSL, varvid beställaren utförligt får redogöra för vad uppgifterna ska användas till och hur de ska hanteras. Socialstyrelsen prövar alltså varje enskild begäran om att ta del av uppgifter ur myndighetens register, och lämnar i regel ut avidentifierade uppgifter som har löpnummersatts. I vissa fall kan det dock ske att uppgifter med personnummer lämnas ut för forskningsändamål, men då ska det handla om att det inte är möjligt att besvara den aktuella forskningsfrågan utan dessa uppgifter. Exempelvis kan det handla om att forskningsprojektet innebär att journalgranskning ska ske eller att uppgifterna behöver matchas gentemot en biobank hos forskningshuvudmannen. I de fall det handlar om utlämnande för forskning är det även i de flesta fall krav på att

Etikprövningsmyndigheten har prövat och godkänt forskningen. Genom detta kan Socialstyrelsen kontrollera att det finns ett godkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen), vilket innebär att de uppgifter som begärs ut får behandlas och att de får behandlas på det sätt som beskrivits i ansökan till Socialstyrelsen.

Personuppgifter som lämnats ut från Socialstyrelsen för forsknings- eller statistikändamål skulle exempelvis kunna behandlas på ett universitet, hos en annan statistikansvarig myndighet eller hos en enskild forskningshuvudman.

I de fall en icke statistikansvarig myndighet, såsom ett universitet, får uppgifter i sin forskningsverksamhet överförs den absoluta sekretessen till myndigheten enligt 11 kap. 3 § OSL. Detta så länge det inte finns någon annan sekretessbestämmelse vid den mottagande myndigheten som primärt ska tillämpas på uppgifterna, 11 kap. 8 § OSL. I dessa fall skulle ett utlämnande till en annan myndighet kunna innebära en risk för skada, redan med anledning av att det svagare sekretesskyddet hos mottagaren kan medföra att uppgifterna lämnas vidare på ett sätt som medför skada för de registrerade.⁷¹ När Socialstyrelsen prövar en begäran om utlämnande i sådana fall gör myndigheten en bedömning av om det handlar om uppgifter som behövs för ett forskningsändamål och vilket skydd uppgifterna får hos mottagaren.

I de fall det rör sig om en enskild forskningshuvudman som begär uppgifter från Socialstyrelsens patientregister kan ett eventuellt utlämnande, efter prövning enligt 24 kap. 8 § OSL, förenas med ett sekretessförbehåll enligt 10 kap. 14 § OSL. Genom detta kan man undanröja den eventuella risken för skada och men som ett utlämnande annars hade inneburit.

Vad gäller utlämnande för statistikändamål aktualiseras detta i realiteten endast för utlämnande till myndigheter som också tillämpar statistiksekretess.⁷² Det är därför även i dessa fall av vikt att undersöka vilket skydd uppgifterna får hos en mottagande myndighet och att den har en sådan särskild statistikverksamhet som avses i 24 kap. 8 § OSL.

Utöver det primära skydd som uppgifterna får med stöd av 24 kap. 8 § OSL, skyddas uppgifterna även av sekretess enligt 21 kap. 7 § OSL. Bestämmelsen innebär att sekretess gäller om det kan antas att uppgifterna efter ett utlämnande kommer att behandlas i strid med dataskyddsförordningen, dataskyddslagen eller 6 § etikprövningslagen.

Utöver de sekretessbestämmelser som omgärdar registeruppgifterna, finns även aspekten att den enskilde har möjlighet till insyn i vilka uppgifter Socialstyrelsen behandlar om denne och hur uppgifterna används. Enligt artikel 15 dataskyddsförordningen har den enskilde rätt att av den personuppgiftsansvarige, det vill säga Socialstyrelsen, få bekräftelse på huruvida personuppgifter som rör denne håller på att behandlas och i så fall även få tillgång till de aktuella uppgifterna och viss annan information, exempelvis ändamålet med behandlingen och vilka kategorier av personuppgifter som behandlingen gäller. Information om denna rättighet, samt hur man går tillväga för att göra den gällande, finns på Socialstyrelsens hemsida.[63] På hemsidan finns även information om patientregistret och hur registret används för att förbättra vården.[24]

⁷¹ Prop. 2013/14:162 Ändringar av statistiksekretessen, s. 12.

⁷² Prop. 1994/95:200 Lag om vissa personregister för officiell statistik m.m., s. 28, 38 och 57.

Sök- och sammanställningsmöjligheter

Dataskyddsförordningen saknar bestämmelser om sökning eller användning av sökbegrepp, men sökning och sammanställning av uppgifter som sker elektroniskt är dock en behandling av personuppgifter och omfattas därför av förordningen. Denna typ av behandlingar måste därför vara förenliga med ändamålen för behandlingen för att vara tillåten. Det finns även sökbegränsningar i flera registerförfattningar, då det annars skulle vara möjligt att skapa mycket integritetskänsliga sammanställningar med exempelvis personer som har vissa egenskaper. Ett förbud mot sökbegrepp som avser till exempel känsliga personuppgifter utgör en säkerhetsåtgärd i dataskyddsförordningens mening.[64]

Denna typ av säkerhetsåtgärd finns i specifika registerförfattningar, exempelvis hälsodatalagen. Enligt 7 § hälsodatalagen får som sökbegrepp i ett hälsodataregister, det vill säga däribland patientregistret, användas de uppgifter som enligt 4 § får ingå i ett hälsodataregister. Av 4 § hälsodatalagen framgår att ett sådant register endast får innehålla de uppgifter som behövs för de ändamål för vilka personuppgifter får behandlas enligt 3 §. Dessa specifika uppgifter framgår i sin tur av 4 § patientregisterförordningen.

I dagsläget omfattas inte uppgifter som avser primärvård, men för det fall de föreslagna ändringarna genomförs skulle samma förutsättningar avseende sökbegrepp gälla även för de tillkomna uppgifterna. Eftersom bestämmelsen i 7 § hälsodatalagen i praktiken dock inte innebär en begränsning av att använda de uppgifter som finns i registret som sökbegrepp, så innebär det inte en faktisk säkerhetsåtgärd i dataskyddsförordningens mening.

I Socialstyrelsens registermiljö används däremot pseudonymisering när inte annat är befogat, till exempel vid produktion av statistik. Statistikredovisningar inom bland annat den officiella statistiken sker i aggregerad form, vilket gör att enskilda personer inte kan härledas.

Gallring

Som tidigare nämnts görs ingen gallring i Socialstyrelsens patientregister, eftersom retrospektiva analyser med kontroller bakåt i tiden ska kunna genomföras. Detta följer av 2 § Riksarkivets föreskrifter om gallring hos Socialstyrelsen (RA-MS 2009:50), som innebär att register för automatiserad behandling hos myndigheten undantas från gallring. Material som inte ska gallras överlämnas till en arkivmyndighet, 19 § tredje stycket LOS.⁷³

Barnkonsekvensanalys

Enligt lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter gäller FN:s konvention, kallad barnkonventionen, som svensk lag. Några av de grundläggande principerna i barnkonventionen är rätten till icke-diskriminering (artikel 2) samt rätten till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6). Vidare ska bland annat offentliga välfärdsinstitutioner och administrativa myndigheter, vid alla åtgärder som rör barn, sätta barnets bästa i främsta rummet (artikel 3). Konventionsstaterna uppmuntras även att respektera barns rätt till personlig integritet och sekretess (artikel 16).

Artikel 6 i barnkonventionen innebär vidare att konventionsstaterna till det yttersta av sin förmåga ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Begreppet utveckling innebär även att erbjuda barnet bästa möjliga förhållanden för barndomen, det vill säga barnets liv här och nu.[65] Att uppföljningen av primärvården kan förbättras och att det skulle kunna innebära en ökad möjlighet att uppmärksamma den vård barn erbjuds inom primärvården bör i sin tur öka möjligheterna att ge barn bättre förutsättningar från ett vårdperspektiv, både för sin nuvarande situation och för dess framtida utveckling.

Förslaget om ett utvidgat patientregister, som även skulle omfatta personnummerbaserade uppgifter om besök hos hälso- och sjukvårdspersonal som sker i primärvården, innebär att uppgifter behandlas avseende barn, det vill säga personer under 18 år, som gör den typen av besök. Det kan således handla om väldigt många individer, då det under ett barns tidiga levnadsår kan väntas ske flertalet besök till just primärvården.[6] Detta kan vara aktuellt även högre upp i åldrarna.

Ett syfte med att utöka den nationella insamlingen av registeruppgifter med uppgifter från primärvården är att kunna bidra till en patientsäker och jämlik hälso- och sjukvård. Detta vore till gagn för den enskilda individen och skulle ge ett brett underlag för bland annat uppföljningen och det systematiska kvalitetsarbetet inom primärvården. Förslaget skulle ge möjlighet att bättre utvärdera den vård som ges inom primärvården och skulle därmed exempelvis kunna belysa om det finns vissa typer av åtgärder som ges till barn och som leder till bättre resultat, samt hur vårdinsatserna fördelar sig över landet. På sikt möjliggörs alltså, genom en mer omfattande uppföljning via patientregistret, att i högre utsträckning kunna erbjuda en mer adekvat och jämlik vård. Detta leder förhoppningsvis i sin tur till ett gott resultat för varje enskilt barn.

⁷³ För en närmare beskrivning om gallring av Socialstyrelsens register, se stycke ”Bedömningar utifrån dataskyddsförordningen”; ”Förslaget i relation till de grundläggande principerna i artikel 5”; ”Lagringsminimering”.

Ett utvidgat patientregister, vilket föreslås av Socialstyrelsen, rör rätten till icke-diskriminering genom att en utvecklad statistik inom området skulle kunna leda till mer specifika och avvägda åtgärder. Sådana åtgärder kan exempelvis gälla ett barns sjukdom och kan även öka förutsättningarna för mer likvärdiga typer av åtgärder oavsett var i landet besöket görs och vem barnet träffar.

Socialstyrelsen bedömer även att den föreslagna behandlingen av personuppgifter, som utvidgningen av patientregistret skulle innebära, avser en begränsad omfattning av känsliga personuppgifter till enbart sådana uppgifter som är nödvändiga för att uppnå det önskade ändamålet. Detta är i linje med artikel 16 i barnkonventionen, enligt vilken barns rätt till personlig integritet och sekretess ska respekteras. Socialstyrelsen vill härvid även understryka att barn åtnjuter samma skydd för sina personuppgifter som vuxna enligt data-skyddsförordningens bestämmelser om skydd för den personliga integriteten. Avsikten är således att begränsa omfattningen av känsliga personuppgifter till sådana uppgifter som anses nödvändiga för att bland annat uppnå en patientsäker och jämlik hälso- och sjukvård genom en förbättrad statistik. Socialstyrelsen exkluderar bland annat av denna anledning ungdomsmottagningar från förslaget avseende utvidgning av patientregistret. Uppgifter av detta slag beträffande barn är särskilt känsliga och Socialstyrelsen bedömer att det skulle innebära ett alltför stort intrång i barnets personliga integritet att samla in uppgifter från ungdomsmottagningar.⁷⁴

Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att förslagen stärker barnets rättigheter och sätter barnets bästa i främsta rummet utifrån barnkonventionens perspektiv.

Alternativ till den föreslagna personuppgiftsbehandlingen

Socialstyrelsen har i rapportens inledande avsnitt, stycke ”Heltäckande bild av primärvården saknas i dagsläget”, redogjort för de uppgifter som finns i myndighetens patientregister samt de kvalitetsregister och regionala databaser med mera som innehåller uppgifter från primärvården. I nuläget är således möjligheten att på ett övergripande sätt följa primärvårdens arbete på nationell nivå mycket begränsad och de uppgifter som finns och kan vara av stor vikt för primärvårdens utveckling, samt för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, är utspridda på olika håll. Socialstyrelsen anser, i likhet med regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform⁷⁵, att befintliga datakällor innehållande uppgifter från primärvården är viktiga, men otillräckliga ur ett nationellt uppföljningsperspektiv.

Socialstyrelsen anser inte att det finns några mindre ingripande sätt för att nå det önskade ändamålet med en utökning av patientregistret. Uppgifterna behövs på individnivå för att kunna möjliggöra analyser, statistik, forskning,

⁷⁴ För en närmare beskrivning av Socialstyrelsens ställningstagande till insamling av uppgifter från ungdomsmottagningar, se avsnitt ”Uppdragets utförande”, stycke ”Avgränsningar”.

⁷⁵ S. 49.

med mera inom området, exempelvis genom samkörning med andra register, men även för att kunna följa patientgruppers resa i vården.

Om den föreslagna förändringen inte kommer till stånd, kommer de aktuella uppgifterna fortfarande saknas på nationell nivå och information om en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård kommer inte finnas tillgänglig. Därmed kommer det även saknas ett bredare underlag för exempelvis statistik, forskning, uppföljning, kvalitetssäkring samt i längden en mer jämlik och säker vård.

Behandling av personuppgifter hos vårdgivare och huvudmän

Personuppgiftsbehandling regleras i huvudsak av EU:s dataskyddsförordning, men kan även som tidigare nämnts kompletteras av nationella bestämmelser. Med behandling avses enligt artikel 4.2 dataskyddsförordningen en åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande personuppgifter eller uppsättningar av personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller inte. Enligt dataskyddsförordningens grundläggande principer får personuppgifter endast samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål.

Vid all personuppgiftsbehandling måste det som nämnts tidigare, enligt artikel 6, finnas en rättslig grund för behandlingen. Behandling av känsliga personuppgifter, såsom uppgifter om hälsa, är som huvudregel förbjuden enligt artikel 9.1 dataskyddsförordningen. Det finns dock flera undantag från denna huvudregel, exempelvis får behandling av känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 h dataskyddsförordningen ske om den är nödvändig av skäl som hör samman med bland annat förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling samt förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster. Stöd ska då även finnas i unionsrätten eller den nationella rätten. Att behandlingen ska vara nödvändig i förhållande till den rättsliga grunden innebär dock inte ett krav på att det ska vara omöjligt att utföra en uppgift av allmänt intresse utan att behandlingsåtgärden vidtas.⁷⁶ Den som bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter är enligt dataskyddsförordningen personuppgiftsansvarig. Denne ska genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa att dataskyddsförordningens bestämmelser uppfylls.

Patientdatalagen (2008:355), PDL, kompletterar enligt 1 kap. 4 § dataskyddsförordningen vid behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Av 1 kap. 3 § PDL framgår att med vårdgivare avses en fysisk eller juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård. Det är statlig myndighet, region och kommun som i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och

⁷⁶ Prop. 2017/18:105 Ny dataskyddslag, s. 46 f. och 75 f.

sjukvård (privat vårdgivare). Även sådana kommunala bolag, föreningar och stiftelser där kommuner eller region utövar ett rättsligt bestämmande inflytande enligt 2 kap. 3 § OSL, är egna juridiska personer och utgör självständiga vårdgivare. Även privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård är självständiga vårdgivare.[66]

En vårdgivare är enligt 2 kap. 6 § PDL personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. Detta ska således skiljas från det personuppgiftsansvar som enligt 1 § hälsodatalagen samt 2 § patientregisterförordningen åligger Socialstyrelsen för den behandling som sker i patientregistret, efter att uppgifter lämnats från vårdgivarna till Socialstyrelsen. I en region eller kommun är alltså varje myndighet som bedriver hälso- och sjukvård personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför. Behandling enligt PDL är tillåten för något av de ändamål som anges i 2 kap. 4 § PDL, bland annat för att föra patientjournal och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter.

Enligt 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska vårdgivaren säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. I tillhörande allmänt råd står det att för att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör vårdgivaren använda följande publikationer, när de är tillämpliga:

- Socialstyrelsens termbank
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälso- problem (ICD-10-SE)
- Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)
- Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (Snomed CT).

Enligt 5 § ska vårdgivaren säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om bland annat aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa samt resultat av utredande och behandlande åtgärder.

De uppgifter som omfattas av den utökade rapporteringen skulle avse uppgifter som i relativt hög utsträckning redan är möjliga att registrera i primärvårdens journalsystem.⁷⁷ Flera av de föreslagna uppgifterna finns således redan att tillgå inom primärvården, och det finns även ett rättsligt stöd för aktörerna att enligt dataskyddsförordningen och PDL behandla uppgifter om hälsa för att bland annat kunna tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Vidare skulle förslaget innebära att uppgifter på individnivå lämnas till Socialstyrelsen, vilket gör att arbetsbördan inte bör vara alltför stor i längden. Detta då det inte behöver göras någon bearbetning av uppgifterna för att exempelvis i stället lämna det i form av aggregerad data, det vill säga mängdstatistik. Ändamålet med behandlingen hos vårdgivarna skulle, vid behandlingen som sker när uppgifter skickas till Socialstyrelsens patientregister, vara att fullgöra en uppgiftsskyldighet. Denna uppgiftsskyldighet skulle

⁷⁷ För en närmare beskrivning av verksamhetens registrering av, respektive regioners tillgång till, uppgifter se avsnitt "Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet", stycke "Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter".

komma att regleras i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

Socialstyrelsen bedömer att den uppgiftslämnarbörda som uppstår hos vårdgivarna om den föreslagna utvidgningen av patientregistret, och den därmed sammanhängande rapporteringsskyldigheten, blir verklighet är rimlig. Detta då flera av de föreslagna uppgifterna redan är möjliga för vårdgivarna att registrera, samt att de andra uppgifter som inte redan registreras vid ett besök i primärvården är av begränsad omfattning och troligtvis inte utgör en alltför stor ökad arbetsbörda. I förhållande till den nytta som ett utvidgat patientregister skulle innebära, bland annat utifrån det allmännas intresse av uppföljning av primärvården, får det anses acceptabelt med en viss ökad arbetsbörda för vårdgivarna.

Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

Den 1 januari 2011 infördes en ny bestämmelse, 14 kap. 3 §, i regeringsformen (RF). I bestämmelsen anges att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen innebär att en regelmässig prövning av de kommunala självstyrelseintressena ska göras under lagstiftningsprocessen, med tillämpning av en proportionalitetsprincip.

Förslaget är att Socialstyrelsens patientregister ska utvidgas till att omfatta uppgifter från den primärvård som bedrivs inom regionernas ansvarsområde.⁷⁸ Uppgiftsskyldighet för vårdgivare och huvudmän i primärvård finns nu inte reglerade i lag eller förordning. En förutsättning för en utvidgning av registret är att behandlingen av personuppgifter hos vårdgivarna och huvudmännen bedöms vara proportionell mot de legitima målen. Det aktuella författningsförslaget kommer sannolikt förutsätta att vårdgivare dokumenterar de aktuella uppgifterna direkt i patientjournalerna. Det överensstämmer med de rekommendationer Socialstyrelsen har utfärdat i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Vidare framgår det av 3 kap. patientdatalagen att det finns en skyldighet att föra patientjournal vid vård av patienter.

För att uppgifterna ska kunna användas för nationell statistik måste det finnas en systematik i dokumentationen och uttaget av uppgifterna. Det innebär att uppgifterna måste vara enhetligt definierade, på en tillräckligt detaljerad nivå för att informationen i uppgifterna ska vara meningsfulla att använda och möjliga att systematiskt hämtas upp och överföras från dokumentationen. Författningsförslaget erbjuder en sådan systematik och är därför lämplig att använda.

Socialstyrelsen bedömer att den inskränkning i den kommunala självständigheten som förslaget innebär inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som föranlett den.

⁷⁸ Till skillnad från primärvård som bedrivs inom kommunernas ansvarsområde.

Integritetsintrång i proportion till nytta

Socialstyrelsen bedömer, som nämnts ovan, att värdet av den föreslagna registerutvidgningen bör väga tyngre än intrånget i den personliga integriteten.

Dataskyddsförordningen och den tillhörande nationella lagstiftningen är direkt tillämplig på den tänkta personuppgiftsbehandlingen. En förutsättning för behandlingens godtagbarhet är att det sker med adekvata tekniska och organisatoriska åtgärder.

Behandlingen sker i syfte att ta fram och utveckla statistik och register inom Socialstyrelsens verksamhetsområde, i detta fall hälso- och sjukvård, se 1 och 6 §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. De övergripande ändamålen med personuppgiftsbehandlingen hos Socialstyrelsen skulle vara att hantera personuppgifter om personer som behandlats av hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Detta skulle ske i enlighet med 3 § patientregisterförordningen, det vill säga för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och den öppna hälso- och sjukvården, samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Ändamålet med behandlingen hos vårdgivare skulle vara att fullgöra en uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen, vilken framöver kommer att definieras i Socialstyrelsens föreskrifter.

Förslaget innebär att Socialstyrelsen ska samla in personuppgifter av integritetskänslig natur avseende en stor del av Sveriges befolkning. Utöver att fler uppgifter om enskilda personer som redan finns i patientregistret kommer att behandlas, kommer även fler enskilda personer att tillkomma. Det handlar om de personer som endast besökt primärvården och inte tidigare besökt någon av de andra vårdinstanser som räknas upp i 4 § första stycket 1-3 patientregisterförordningen.

Liksom patientregistret i övrigt kommer denna utökning vara baserad på personnummer, eller samordningsnummer respektive reservnummer, vilket ger möjlighet att samköra uppgifterna med bland annat andra hälsodataregister. Utökningen kommer även innebära att personuppgifter om personal, i form av yrkeskategori, kommer att behandlas. Behandlingen av personuppgifter innebär främst ett integritetsintrång för de patienter som antingen kommer att tillkomma i patientregistret med anledning av utvidgningen, eller som redan finns i patientregistret men vars behandlade personuppgifter kommer att utökas till att även omfatta deras primärvårdsbesök och information om dessa besök. Integritetsintrånget kan således öka, både vad gäller varje enskild registrerad individ och antalet individer som kommer att omfattas.

Socialstyrelsen har dock i sitt förslag begränsat de aktuella uppgifter som vore önskvärda att hämta in till enbart de som är nödvändiga för att uppnå de önskade målen, såsom att kunna följa patientens hela vårdresa och att kunna säkerställa en jämlik vård.

Patientregistret utgör en bas för relevant statistik på området, och är även viktig för forskning med mera enligt vad som tidigare redogjorts för i denna rapport. Det bidrar till ett adekvat kunskapsunderlag för den långsiktiga utvecklingen inom hälso- och sjukvård. De nödvändiga uppgifter om enskilda som föreslås ingå i ett utvidgat patientregister som omfattar primärvården kommer således kunna bidra till en tydligare helhetsbild av hälso- och sjuk-

vården, bland annat utifrån aspekterna jämlik och säker vård, men även i förlängningen bidra till att gynna folkhälsan och patienterna samt att kunna utveckla primärvården.

Vidare är den personliga integriteten för de enskilda, både i egenskap av patienter och anställda, starkt skyddad genom tekniska och organisatoriska åtgärder. Uppgifterna har ett omfattande skydd i myndighetens registermiljö och omfattas även av hög sekretess, vilket tidigare redogjorts för. De aktuella personuppgifterna får heller inte användas för att vidta åtgärder i fråga om de registrerade.

Proportionalitetsbedömning

Vid den här typen av bedömning ska det ändamål för vilket personuppgiftsbehandlingen sker och som ska vara godtagbar enligt bland annat ovan redogjorda grundläggande principer och vidtagna skyddsåtgärder, vägas mot det integritetsintrång som behandlingen medför. Den föreslagna personuppgiftsbehandlingen ska ställas mot värdet av det ändamål för vilket behandlingen sker.

Integritetsskyddet enligt dataskyddsförordningen

Den rättsliga grunden för vårdgivarna och huvudmännen samt Socialstyrelsen för att få behandla personuppgifter om patienter, respektive hälso- och sjukvårdspersonal, inom primärvården, är begränsad till nödvändig och proportionerlig behandling för att utföra ett arbete av allmänt intresse.

De personuppgifter som Socialstyrelsen angivit att myndigheten har för avsikt att behandla, avseende patienter inom primärvården, utgör känsliga personuppgifter. Det är, som redovisats för ovan, fråga om nödvändig och proportionerlig behandling för att uppnå ett brett underlag för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, men även för att ge en tydligare helhetsbild av hälso- och sjukvården samt att gynna folkhälsan, patienterna och utvecklingen av primärvården. De uppgifter som föreslås ska få behandlas är adekvata, relevanta och inte för omfattande med hänsyn till ändamålet. Behandlingen av personuppgifterna kommer vidare ske med nödvändiga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

Förslaget om ett utvidgat patientregister, som även skulle omfatta primärvården, sker enligt Socialstyrelsens bedömning med respekt för de registrerades integritet och får anses stå i proportion till det eftersträvade syftet.

Integritetsskyddet enligt RF

Den 1 januari 2011 trädde en ny grundlagsbestämmelse, 2 kap. 6 § andra stycket RF, i kraft. Enligt bestämmelsen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Det stärkta grundlagsskyddet innebär att en begränsning av det skydd som bestämmelsen föreskriver endast får göras i form av lag och under de förutsättningar som anges enligt 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

Av förarbetena till RF framgår bland annat att vid bedömningen av vad som kan anses utgöra ett betydande intrång bör flera omständigheter vägas in. Uppgifternas karaktär och omfattning utgör endast två faktorer att beakta.

Även sådana omständigheter som till exempel ändamålet med behandlingen av uppgifterna och åtgärdens effekter samt omfattningen av utlämnandet av uppgifter till andra som sker utan omedelbart stöd av offentlighetsprincipen kan vara av betydelse vid bedömningen.⁷⁹

Uppgifternas karaktär och omfattning

Patientregistret innehåller stora mängder information om enskildas personliga förhållanden och mycket integritetskänsliga uppgifter (bland annat om enskildas hälsa). En utvidgning av patientregistret med uppgifter även från primärvården, innebär att uppgiftssamlingen kommer att omfatta i princip hela landets befolkning. Det handlar främst om patienter inom primärvården, men även om de personer inom hälso- och sjukvården som omfattas av uppgiften avseende yrkeskategori. Vidare innebär en utvidgning av patientregistret även att vårdgivare inom primärvården kommer att vara skyldiga att lämna uppgifter till Socialstyrelsen. En enskild patient kommer inte att ha möjlighet att neka vårdgivaren att lämna uppgiften om vården vidare till Socialstyrelsen. Med hänsyn till uppgifternas karaktär och omfattning bedömer Socialstyrelsen att en utvidgning av patientregistret innebär en kartläggning av den enskildes personliga förhållanden som sker utan samtycke från den enskilde.

Ändamålet med behandlingen av uppgifterna och dess effekt

Enligt 3 § patientregisterförordningen framgår att ändamålet för behandlingen av uppgifterna i patientregistret är att framställa statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Socialstyrelsen anser att de nya analyser som möjliggörs vid en utvidgning av patientregistret är mycket viktiga för att kunna följa patientens hela vårdkedja. En utvidgning av patientregistret gör det även möjligt att följa upp primärvården avseende vårdens kvalitet, jämlikhet samt möjliggör djupare analyser på nationell nivå. I förlängningen kan dessa nya analyser bidra till att vården utvecklas och förbättras för flera olika patientgrupper. Socialstyrelsen kommer inte att följa den enskilda medborgarens hälsa, utan syftet med patientregistret är att på nationell nivå bidra till att säkerställa en god vård. Socialstyrelsen bedömer att effekten av registret kommer den enskilda individen till nytta eftersom det ökar förutsättningarna för en god och jämlik vård.

Utlämnande av uppgifter och mottagarens hantering av dessa

Av förarbetena till RF framgår att det förhållandet att uppgifter som behandlas av en myndighet omfattas av stark sekretess, inte bör utgöra en omständighet som automatiskt innebär att en bestämmelse om uppgiftsskyldighet, såsom den som föreslås för primärvården, måste anses omfattas av grundlagsbestämmelsens tillämpningsområde. Även andra omständigheter måste beaktas vid bedömningen av hur långtgående intrång uppgiftsskyldigheten

⁷⁹ Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s. 181 och 184

innebär när ställning tas till om föreskrifterna omfattas av den nya bestämmelsen. En sådan omständighet kan exempelvis vara på vilket sätt och för vilka syften mottagaren av uppgifterna hanterar utlämnade uppgifter.⁸⁰

Den föreslagna utvidgningen av patientregistret kommer hos Socialstyrelsen att omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL. Enligt huvudregeln är sekretessen absolut, vilket innebär att uppgifterna inte får lämnas ut. Det finns dock, som nämnts tidigare (se ovan under rubriken ”Säkerhet i samband med behandlingen och skydd för de registrerades personliga integritet”), fyra undantag från denna huvudregel. Dessa undantag möjliggör ett utlämnande såvida det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men.

Socialstyrelsen bedömer att reglerna om absolut sekretess i patientregistret innebär ett skydd för de registrerade personernas integritet. Undantag från sekretessen ges endast i vissa särskilda fall om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den som uppgifterna avser, eller närstående, lider skada eller men. Vid ett utlämnande undersöker Socialstyrelsen även vilket sekretesskydd uppgifterna får hos mottagaren, så att risken för skada eller men ska minimeras.

Socialstyrelsens bedömning rörande integritetsskyddet enligt RF

Socialstyrelsen bedömer att en utvidgning av patientregistret kommer den enskilde till nytta, eftersom det ökar förutsättningarna för en god och jämlik vård. Socialstyrelsen har i bedömningen även beaktat det allmännas intresse av uppföljning av primärvården samt att reglerna om absolut sekretess i patientregistret innebär ett skydd för de registrerade personernas integritet. Myndigheten anser dock, vid en samlad bedömning och trots ovanstående omständigheter, att en omfattande insamling av känsliga personuppgifter till patientregistret måste anses utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten och innebära en kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Socialstyrelsen konstaterar vidare att behandlingen görs utan den registrerades samtycke och att det inte heller finns någon möjlighet för en enskild att begära att inte vara del av patientregistret. En sådan insamling och registrering av uppgifter träffas därför av bestämmelsen i 2 kap. 6 § andra stycket RF.

Det stärkta grundlagsskyddet innebär att en begränsning av det skydd som föreskrivs i 2 kap. 6 § RF endast får göras i form av lag och under de förutsättningar som anges i 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

Socialstyrelsen har i enlighet med regeringsuppdraget samrått med IMY i frågor som rör den personliga integriteten. IMY har bland annat framfört att de nya bestämmelser Socialstyrelsen föreslår bör ges i lag.

Det har tidigare i flera lagstiftningsärenden som rört myndigheters personuppgiftsbehandling framhållits att målsättningen bör vara att myndighetsregister med ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll ska regleras särskilt i lag.⁸¹ Det har förekommit att även mindre omfattande handlingar, som även avsett uppgifter av mindre känslig karaktär, har ansetts

⁸⁰ Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s. 184

⁸¹ Jfr exempelvis prop. 1997/98:44 Personuppgiftslag, s. 41 och prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag, s.183 f.

lämpligast att reglera i lag.⁸² Socialstyrelsen konstaterar härvid att behandlingen i patientregistret, liksom övriga hälsodataregister, har sitt stöd i hälsodatalagen. Den kartläggning av den enskildes personliga förhållanden som behandlingen innebär, och som sker utan de enskildas samtycke, är således enligt Socialstyrelsens bedömning reglerad i lag även om närmare reglering inom den ram som hälsodatalagen ger överlämnats till normering på lägre nivå.

Ovanstående fråga är även belyst i utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) där förslag bland annat lämnas avseende en lag om socialtjänstdataregister. Utredningen anser att en lämplig modellreglering är lagen om hälsodataregister.⁸³ Utredningen redogör vidare för förhållandet till 2 kap. 6 § andra stycket RF och uttalar att lagmotiven ger uttryck för att redan det förhållandet att omfattande eller känsliga informationsmängder hanteras hos en viss myndighet kan ses som ett slags kartläggning som är av det slaget att grundlagsbestämmelsen ska anses vara tillämplig. I sammanhanget framhålls att socialtjänststatistiken måste regleras till fullo, men att det endast är de moment i verksamheten som utgör ett betydande intrång och i övrigt faller inom regleringen i 2 kap. 6 § RF som måste regleras i lag. Övriga frågor kan överlåtas till regeringen att besluta i förordningar, såsom skett beträffande lagen om hälsodataregister.⁸⁴ Utredningens uppfattning är vidare att regeringen i en ny förordning om socialtjänstdataregister ska specificera vilka uppgifter som Socialstyrelsen får behandla för det primära ändamålet statistik inom de olika tillämpningsområdena.⁸⁵

Förslaget rörande socialtjänstdataregisterlag utgår således från samma modell som Socialstyrelsen för närvarande har avseende de hälsodataregister som myndigheten förvaltar. Det vill säga att regleringen sker i en övergripande lag som anger bl.a. ändamål, registrets innehåll och uppgiftsskyldighet medan närmare regler inom den givna ramen ges i förordning, såsom patientregisterförordningen.

Härutöver gäller att begränsningar enligt 2 kap. 20 § RF endast får göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får heller aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och får inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Att en central förvaltningsmyndighet inom området hälso- och sjukvård får behandla en stor mängd personuppgifter, däribland uppgifter om hälsa, om Sveriges befolkning bör anses vara legitimt och godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Registret utgör en bas för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt bidrar bland annat till en bättre grund för vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete. Även folkhälsan och de enskilda patienterna bör gynnas av den ökade kunskap som utvidgningen av registret skulle innebära.

⁸² Jfr prop. 2011/12:123, Ny ordning för nationella vaccinationsprogram, s. 67, samt lagrådsremiss Uppföljning av vaccinationer mot covid-19, s. 23.

⁸³ SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag Del 1, s. 611.

⁸⁴ SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag Del 1, s. 613 f.

⁸⁵ Jfr SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag Del 1, s. 633.

Socialstyrelsen bedömer att det inte finns något som talar för att den föreslagna utvidgningen av patientregistret, med stöd i hälsodatalagen respektive patientregisterförordningen – den sistnämnda med nödvändiga föreslagna förändringar – skulle innebära en behandling av känsliga personuppgifter för ändamål som inte är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Socialstyrelsen kan heller inte se att en sådan utvidgning skulle utgöra ett hot mot den fria åsiktsbildningen eller ha någon koppling till politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Myndigheten anser därför att det sammanfattningsvis bör finnas stöd för att reglera den föreslagna utökningen av patientregistret genom en förändring i patientregisterförordningen, då inskränkningen i den personliga integriteten – som konstateras föreligga enligt 2 kap. 6 § RF – begränsas med stöd av lag, närmare bestämt hälsodatalagen. Detta i enlighet med vad som framgår av 2 kap. 20 och 21 §§ RF.

Integritetsskyddet enligt Europakonventionen m.m.

Artikel 8 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) avser rätten till skydd för privat- och familjeliv.

Av artikeln framgår att

1. Var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens.
2. Offentlig myndighet får inte inskränka åtnjutande av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Artikel 8 är tillämplig på behandling av personuppgifter, men omfattar inte all slags behandling av personuppgifter. Frågan måste gälla privatliv, familjeliv, hem eller korrespondens. Europakonventionen tar i första hand sikte på åtgärder som vidtas av det allmänna.

De föreslagna författningsändringarna som innebär att även känsliga personuppgifter om enskilda som besökt primärvården kommer att behandlas i Socialstyrelsens patientregister. Detta kommer att ske med stöd av hälsodatalagen och den kompletterande patientregisterförordningen. Det är vidare fråga om inskränkningar som sker till skydd för de enskildas hälsa. Författningsändringarna sker alltså i enlighet med Europakonventionen.

Det finns även en grundläggande bestämmelse om dataskydd i artikel 8 Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02), rättighetsstadgan.

I artikeln anges att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Personuppgifterna ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund.

Var och en har rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och få rättelse av dem. En oberoende myndighet ska kontrollera att dessa regler efterlevs.

De föreslagna författningsändringarna innebär att behandlingar avseende patienter, och hälso- och sjukvårdspersonal, i primärvården sker i patientregistret. Dessa behandlingar sker för vissa bestämda ändamål som framgår av dataskyddsförordningen och kompletterande nationell lagstiftning. De registrerade har möjlighet att både få tillgång till sina egna uppgifter i patientregistret och har rätt att begära rättelse av dessa uppgifter. Efter en prövning av om förutsättningarna för detta är uppfyllda, kan i sådant fall rättelse ske. De föreslagna författningsändringarna sker alltså även i enlighet med rättighetsstadgan.

Slutsats av proportionalitetsbedömningen

Socialstyrelsen har analyserat konsekvenserna av förslaget, avseende såväl vårdgivare och regioner samt för de registrerades personliga integritet. Förslaget bör sammanfattningsvis kunna medföra en risk för otillbörligt intrång i enskildas personliga integritet.

Mot detta ska vägas att det utan ändring i lagstiftningen även i fortsättningen kommer att saknas ett nationellt register på individnivå om vårdkontakter i primärvården, vilket innebär att kunskap avseende en stor del av insatserna i hälso- och sjukvård kommer att gå förlorad.

Den föreslagna utökningen av patientregistret skulle innebära ett stort stöd i arbetet för en mer jämlik och säker vård, samt utgöra ett gediget underlag för forskning. Utöver detta ökar förutsättningarna för Socialstyrelsen och andra aktörer att följa upp och utvärdera vårdens kvalitet, samt möjligheterna för att kunna ge ett adekvat kunskapsstöd till vårdgivarna. Värdet av en utvidgning av patientregistret är till så stor nytta för patienterna som kollektiv, att det enligt myndighetens bedömning väger tyngre än det intrång i den personliga integriteten som behandlingen innebär.

Inskränkningarna som förslaget innebär för de registrerades fri- och rättigheter genom behandling av känsliga personuppgifter görs för att tillgodose statistikändamål i enlighet med artikel 9.2 j dataskyddsförordningen och för tillhandahållande och förebyggande av hälso- och sjukvård enligt artikel 9.2 h. De aktuella inskränkningarna i de enskildas personliga integritet är utformade så att de inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. De risker för de registrerades rättigheter och friheter som den utvidgade uppgiftsskyldigheten innebär, kan hanteras genom skyddsåtgärder, säkerhetsåtgärder och rutiner. Ett bibehållet starkt sekretesskydd, en fortsatt hög informationssäkerhet och kontinuerlig information till allmänheten om registrets innehåll och användning talar för ett fortsatt förtroende för Socialstyrelsens hantering av känsliga personuppgifter.

Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att den utökade insamlingen och behandlingen av personuppgifter som förslaget innebär är nödvändig för att kunna framställa statistik som kan ligga till grund för analyser, uppföljningar, forskning med mera och att nyttan med detta överväger det intrång som kan uppstå i de enskildas integritet. En sådan utvidgning av patientregistret är vidare förenlig med dataskyddsförordningen, regeringsformen, Europakonventionen och rättighetsstadgan.

Strukturerad och enhetlig registrering ger bättre registerkvalitet

För att information ska kunna delas mellan olika system, verksamheter och personer, samt förstås på samma sätt, behövs enhetlig och entydig användning av termer och definitioner för begrepp inom olika verksamhetsområden. I överenskommelsen för Vision e-hälsa 2025 lyfts behovet av enhetligare begreppsanvändning, det vill säga att koder, begrepp, termer och strukturer ska vara giltiga och kunna användas i arbetet med informationsutbyte.[45] Vidare ska SKR enligt överenskommelsen med staten arbeta för att huvudmännen samarbetar sinsemellan och med berörda statliga aktörer avseende exempelvis bruk av gemensamma begrepp, termer, och klassifikationer eller strukturer i verksamheterna.

För hälsodataregister såväl som kvalitetsregister är enhetlig användning av fackspråkliga resurser en förutsättning för att kunna jämföra och dra slutsatser av insamlade data. Detta medför således vinster på flera plan och syftar i slutänden till att säkerställa kvalitet och säkerhet för den vård som bedrivs.

I kommande stycke följer en beskrivning av Socialstyrelsens fackspråk som stödjer en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation inom hälso- och sjukvård. Vidare redogörs i korthet för pågående utvecklingsarbeten samt vikten av en strukturerad, enhetlig och entydig uppgiftsregistrering.

Termer, begrepp och klassifikationer inom hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen utvecklar och tillhandahåller enhetliga begrepp, termer och klassifikationer (begreppssystemet Snomed CT, Socialstyrelsens termbank samt hälsorelaterade klassifikationer) och nationell informationsstruktur.[67] Dessa skapar förutsättningar för en strukturerad och entydig information i dokumentationen om patienten. Klassifikationer används för enhetlig och entydig registrering av information, samt rapportering till register och databaser. Uppgifterna används för exempelvis registerbaserad forskning, officiell statistik, nationella, regionala och lokala uppföljningar, analyser och utvärderingar samt i vårdens ersättningsystem. Klassifikationerna används också för informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Närmare om Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer

För registrering av uppgift om diagnos samt åtgärd till Socialstyrelsens hälsodataregister används ICD-10-SE⁸⁶ respektive KVÅ. Dessa klassifikationer används i Socialstyrelsens register och förvaltas av myndigheten inom ramen för dess uppdrag om nationellt fackspråk.

Socialstyrelsen förvaltar även den svenska översättningen av WHO:s klassifikation ICF, vilken spelar en viktig roll som komplement till ICD vid beskrivning av funktionstillstånd.

Primärvårdsklassifikationen KSH97-P⁸⁷ publicerades av Socialstyrelsen 1997 och bygger på ICD-10, men har sedan 2015 successivt fått ett minskat användningsområde till förmån för ICD-10-SE.

Klassifikationerna erbjuder en möjlighet att för statistisk uppföljning kategorisera hälsorelaterad information samt uppgifter om den vård som patienten har erhållit.[53] I Sverige introducerades ICD på bred front i samband med introduktionen av Socialstyrelsens patientregister.[68] Nya klassifikationer har tillkommit [55, 59] och klassifikationer kan idag ha flera användningsområden, exempelvis används ICF både som ett ramverk samt som stöd för läkare vid sjukskrivning.[69]

En framåtblick

Inom området e-hälsa sker utveckling på flera håll, visar en uppföljning från 2020.[70] Vidare är regionerna mitt uppe i implementeringen av nästa generations informationssystem. I detta arbete används bland annat e-hälsoverktyg, tillämpningar och specifikationer som Socialstyrelsen ansvarar för, vilka lägger grunden till en enhetlig och ändamålsenlig dokumentation kring patienter. Implementeringen kommer att ta flera år. Vid E-hälsomyndigheten pågår ett regeringsuppdrag (S2019/01521/FS) om standardisering av information inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet är att skapa förutsättningar för mer enhetlig användning av gemensamma nationella specifikationer i hälso- och sjukvård och socialtjänst.[71] Vid Socialstyrelsen pågår flera regeringsuppdrag och framtagande av specifikationer, kodsystem och kodverk såsom till exempel uppmärksamhetsinformation och Nationell källa för ordinationsorsak, ett utvecklingsarbete som bland annat innebär stöd för användning av begreppssystemet Snomed CT. Arbetet syftar till att på sikt ge möjlighet att dokumentera exempelvis fritextinformation i journalsystemen på ett enhetligt och mer strukturerat sätt än vad som sker i dagsläget.

Socialstyrelsen samarbetar även med WHO avseende de hälsorelaterade klassifikationerna och utvecklingen av den nya generationens klassifikationer.[67] WHO har för närvarande två referensklassifikationer, ICD och ICF. En tredje, International Classification of Health Interventions (ICHI), är under utveckling och planeras att godkännas inom närmaste framtiden.[72] Tillsammans bildar dessa ett omfattande hälsoinformationssystem. Den elfte revisionen av ICD (ICD-11) antogs av Världshälsoförsamlingen i maj 2019. I

⁸⁶ Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård innehåller inte ICD-koder.

⁸⁷ KSH97-P står för Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Primärvård.

arbetet med revisionen har Sverige bidragit aktivt genom Nordic WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (NordClass). I ICD-11 har innehållet uppdaterats, men det har även lagts ner ett omfattande arbete på att utveckla den terminologiska grunden för att stödja användningen av klassifikationen i digital miljö. Primärvården är ett av de områden som WHO särskilt pekat ut som ett viktigt användningsområde för ICD-11 globalt sett.[73, 74] WHO arbetar för närvarande med att utforma regelverk och andra stöd för att använda klassifikationen, även i primärvård.[75] Vid övergången till ICD-11 är det till fördel för Sverige att vi redan idag till övervägande del använder samma klassifikation för vårdkontakter, oavsett vårdnivå.

Enhetlig användning av klassifikationssystem i samtliga led är en förutsättning för att kunna bygga upp ett nationellt hälsodataregister för primärvården. Informationen i patientjournaler behöver dokumenteras enhetligt med strukturerade och kodade informationsmängder för att kunna återanvändas för olika syften.[67] Socialstyrelsen ser dessutom ett behov av att samtliga regioner inför kodverket ICD-10-SE inom primärvården, och att användandet av kodsystemet KSH97-P fasas ut. Inom specialistvården används uteslutande ICD-10-SE och således är diagnosuppgifter i patientregistret baserade på detta klassifikationssystem.

För en framtida utökning med primärvårdsuppgifter i patientregistret är det således aktuellt med de hälsorelaterade klassifikationer som idag används vid det befintliga registret, såsom ICD-koder samt KVÅ-koder. Även ICF-koder föreslås ingå i primärvårdsrapporterade uppgifter, även om de i dagsläget inte förekommer i patientregistret.

Rätt förutsättningar behövs för enhetlig registrering av uppgifter

För att ett nationellt hälsodataregister med uppgifter från primärvården ska fungera i praktiken behövs rätt förutsättningar i hela kedjan: från begreppsanvändning, stöd för klassificering och registreringsförfarande vid verksamheten till ett kompatibelt journalsystem där uppgifter kan registreras och på regelbunden basis överföras till Socialstyrelsens servrar.

Nedan följer en redogörelse för hur förekomst och användande ser ut i regionerna gällande de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in från primärvården.⁸⁸ Vidare beskrivs bland annat olika verksamheter och professioners förutsättningar samt användande av specifika klassifikationer.

Vår kartläggning visar att fortlöpande utbildningsinsatser och informationssatsningar i högre omfattning behöver äga rum vid händelse av en uppgiftsskyldighet, för att säkerställa kunskap om klassifikationssystem ute i regioner och verksamheter.

⁸⁸ Tillgång till uppgift om tidpunkt (klockslag) för vårdkontakt efterfrågades inte till regioner (eller verksamheter), utan endast tillgång till uppgift om besöksdatum. Vidare efterfrågades tillgång till uppgift om Yttre orsak till sjukdom och död, till skillnad från Yttre orsak till sjukdom eller skada, men begreppen kan i detta sammanhang anses likvärdiga.

Regioner

Socialstyrelsen har i intervjuer med regioner frågat om vilka av de aktuella uppgifterna för insamling som regionerna har tillgång till i dagsläget och från vilka yrkeskategorier samt typer av primärvårdsverksamheter (inklusive driftsform) uppgifterna finns tillgängliga. Vidare har frågor ställts om datakvaliteten på befintliga uppgifter.

Vad gäller offentligt drivna primärvårdsverksamheter har regionerna tekniskt sett i de allra flesta fall tillgång till uppgifter om personnummer, besöksdatum, form av primärvårdskontakt, utförande vårdenhet⁸⁹, diagnos, åtgärd samt utförande yrkeskategori. Detta är i regel även fallet gällande privata verksamheter inom vårdvalet (LOV).

I dagsläget uppger endast Blekinge och Värmland att uppgifter om funktionstillstånd (med ICF-kod) finns att tillgå i form av strukturerad kodregistrering i deras journalsystem. I Östergötland finns de tekniska förutsättningarna på plats och en grundladdning koder är inlästa, men inget beslut har fattats om och i så fall när detta ska tas i bruk. I flera regioner saknas uppgift om inkommande remisser, alternativt finns uppgiften men med kvalitetsbrister. Andra uppgifter som i en del regioner saknas, alternativt finns men inte registreras strukturerat, eller på annat sätt behöver utvecklas, är bland annat uppgift om planerad vårdkontakt, uppgift om distanskontakter samt uppgifter om läkemedel. Drygt hälften av regionerna uppger att de står i begrepp att byta journalsystem inom de närmaste åren, vilket på sikt kan komma att påverka möjligheten att med koder registrera uppgifter som i dagsläget inte finns att tillgå för dessa regioner.

Fyra regioner (Jönköping, Kalmar, Skåne och Gävleborg⁹⁰) svarar att de i huvudsak använder KSH97-P vid diagnosregistrering. I Västra Götaland används KSH97-P i begränsad utsträckning och då av vissa privata aktörer. Flera av dessa nämner att de har för avsikt att på sikt helt övergå till ICD-koder i primärvården. I Blekinge och Kronoberg fasades användandet av KSH97-P ut under 2020.

Åtgärdsregistrering skiljer sig åt en hel del mellan olika regioner när det kommer till vad som registreras och av vem. Flera regioner nämner dock en begränsad tillgång till KVÅ-koder. På en del håll beror det på att primärvården använder sig av ett begränsat antal åtgärds-koder, vilket kan medföra att de inte blir tillämpbara för samtliga yrkeskategorier. I Stockholm är det exempelvis styrt av avtal och ekonomisk ersättning vilka åtgärder som ska registreras med KVÅ-koder samt vilken yrkeskategori som registrerar uppgifterna. Ett par regioner svarar att åtgärdsregistrering med KVÅ-koder rent generellt inte används i större utsträckning inom deras primärvård.

Utöver journalerna uppges det som regel inte finnas några ytterligare källor till uppgifterna, men viss komplettering sker vid behov från andra administrativa system.⁹¹

⁸⁹ I dagsläget finns inget nationellt register med tillhörande kodverk för vårdenheter, och lokala varianter förekommer.

⁹⁰ Gävleborg använder även ICD-10-P, vilket är en primärvårdsanpassad version av ICD-10-SE.

⁹¹ Ett undantag är Västerbotten, där informationen om vårdkontakter finns dels i journalen (uppgift om diagnos, yttre orsak till sjukdom och död, åtgärd samt läkemedelsinformation), dels i det administrativa systemet (uppgift om personnummer, besöksdatum, form av primärvårdskontakt, besökstyp, utförande vårdenhet samt yrkeskategori). Dessa separata system kopplas inte ihop, vilket uppges i dagsläget försvåra regionens uppföljning av den medicinska kvaliteten.

Regionerna uppger sig i huvudsak ha tillgång till uppgifter från samtliga berörda yrkeskategorier som arbetar inom primärvården (med undantag av framför allt vissa privata verksamheter). Vilka professioner som arbetar inom respektive regions primärvård kan dock skilja sig åt. Även i vilken utsträckning olika yrkeskategorier registrerar koder varierar mellan olika regioner.

Det föreligger inte något större bortfall gällande vilka typer av primärvårdsverksamheter (exempelvis vårdcentraler, mödrahälsovård, primärvårdsrehabilitering etc.) i regional regi som regionerna har tillgång till uppgifter från. Inte heller tillgången till uppgifter från offentligt respektive privat drivna verksamheter uppges skilja sig nämnvärt åt, förutsatt att den privata verksamheten använder samma journalsystem (alternativt annat journalsystem men samma filspecifikation) som regionen, vilket är fallet för majoriteten av de privata verksamheterna inom vårdvalet (LOV). Gällande tillgången till uppgifter från upphandlad verksamhet (LOU) så varierar detta, mycket beroende på om verksamheterna använder samma journalsystem (alternativt filspecifikation) som regionen. Alla regioner har dessutom inte primärvårdsverksamhet inom ramen för LOU. Tillgången till uppgifter från aktörer inom den nationella taxan är som regel begränsad, då dessa inte är ålagda att använda samma journalsystem som regionen. De regioner som har privata digitala aktörer delvis eller helt stationerade i regionen har som regel tillgång till uppgifter från dessa, om än i varierad utsträckning. I Skåne ställs krav på att privata digitala aktörer med säte i region Skåne ska använda samma journalsystem som regionen.

De flesta regioner upplever att det finns brister i kvalitet på uppgifterna regionen har tillgång till i dagsläget. Det kan exempelvis handla om utebliven kodning för diagnoser och åtgärder, men även överkodning av diagnoser. Med det menas att fler diagnoser än vad som är aktuellt för vårdkontakten registreras. Regionala rutiner alternativt riktlinjer för kodning finns på flera håll. Andra uppger att de inte har tagit fram en egen riktlinje för kodning, utan i stället använder sig av Socialstyrelsens anvisningar. I en del regioner finns lathundar framtagna för kodning, som exempelvis i Östergötland, där olika yrkeskategorier har egna lathundar utifrån vilka diagnoser och åtgärder som bedöms vara användbara just för dem.[76]

Utifrån regionernas redovisningar ovan drar Socialstyrelsen slutsatsen att det i dagsläget finns relativt god tillgång till flera av de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in. Däremot behöver medarbetare i vården i högre utsträckning än idag på ett ändamålsenligt sätt (och med rekommenderade klassifikationer) registrera uppgift om exempelvis diagnos eller åtgärd, samt ges tekniska förutsättningar att kunna registrera uppgifter om exempelvis funktionstillstånd, läkemedel eller inkommande remiss. Framöver kommer primärvården domineras av färre enskilda leverantörer av journalsystem jämfört med i dagsläget. Socialstyrelsen anser att detta kan komma att få betydelse bland annat för möjligheten till enhetlig registrering av uppgifter.

Primärvårdsverksamheter

I den enkät som Socialstyrelsen skickade ut till vårdcentraler efterfrågades vilket journalsystem som används, om verksamheten planerar byta journalsystem inom de närmaste tre åren, samt om uppgifter om vårdkontakter vid verksamheten är tillgängliga för regionen. Resultatet visar att det finns en

större bredd hos vårdcentralerna än regionerna gällande vilka journalsystem som används, eftersom privata verksamheter inte nödvändigtvis använder samma journalsystem som regionen. Knappt hälften av vårdcentralerna uppger att de planerar byta journalsystem inom de närmaste tre åren. Vidare uppger vårdcentralerna i huvudsak att uppgifter om vårdkontakter är tillgängliga för regionen.

Socialstyrelsen har även fört dialog med en av landets större privata vårdgivare, med primärvårdsverksamhet i 13 av 21 regioner. I samtalet framkommer att den aktuella vårdgivaren i de flesta fall är ålagd att använda samma journalsystem som respektive region använder. Det innebär att om regionerna byter journalsystem framöver kommer även den vårdgivaren att göra det. Vidare uppger den privata vårdgivaren att all legitimerad personal registrerar diagnos och att det görs med ICD-kod. Åtgärdsregistrering med KVÅ-kod används men i lägre utsträckning. I vissa fall är registreringen kopplad till ersättningssystem. Användande av ICD-koder för diagnos och KVÅ-koder för åtgärd är ålagt verksamheterna av respektive region. ICF-koder används inte i större utsträckning, möjligtvis hos arbetsterapeuter, fysioterapeuter och andra som gör funktionsbedömningar, menar vårdgivaren. Utöver detta finns en diskrepans i hur inkommande remisser registreras, beroende på journalsystem. Alla system har inte elektronisk remisshantering, vilket medför en potentiell risk för att inkommande pappersremisser missas att registreras. Även möjligheten till uppgiftsregistrering beträffande huruvida ett vårdbesök är planerat eller inte kan variera, delvis på grund av att primärvården generellt inte sett ett behov av att registrera den typen av uppgifter, enligt vårdgivaren.

Den fysioterapeut som är verksam inom den nationella taxan (LOF) uppger i en intervju att hon registrerar följande uppgifter: personnummer, besöksdatum, form av kontakt, vårdenhet, diagnos (ICD), åtgärd (KVÅ) samt utförande yrkeskategori. Information om funktionstillstånd samt remiss återges i löpande journaltext. I dagsläget registrerar många fysioterapeuter inom LOF inte koder, enligt intervjupersonen. Vidare menar fysioterapeuten att det är en god idé att samla in uppgifter om funktionstillstånd med ICF-koder, då det kan utgöra ett viktigt komplement till ICD-koderna.

Av samtalet med en av de större privata digitala vårdgivarna framkommer att det i dagsläget överförs uppgifter på personnummerbasis för de besök som är ersättningsgrundande. Den sortens kontakter innebär bland annat att besöket uppfyller kraven för ”kvalificerad sjukvård” enligt Socialstyrelsens definition⁹², och således inte handlar om enklare vårdåtgärder eller rådgivning.[77] Den information som verksamheten överför till regionen är diagnosuppgifter med ICD-koder, uppgifter om läkemedelsförskrivning och sjukskrivningar. Däremot överförs inte uppgifter om åtgärder med KVÅ-koder från digitala vårdmöten, även om de registreras i journalen.

Professionsförbund

Socialstyrelsen har fört dialog med fem olika yrkesförbund om bland annat användande av klassifikationer inom primärvården.

⁹² Kvalificerad sjukvård finns inte definierat i Socialstyrelsens termbank. I SOSFS 2013:30 Version: 3.0 finns däremot en redogörelse för kvalificerad hälso- och sjukvård inom ramen för distanskontakter.

Svensk sjuksköterskeförening uppger att professionens användande av ICD-koder för diagnosättning och KVÅ-koder för registrering av åtgärder varierar, beroende på bland annat ersättningssystem. Användande av ICD-koder förefaller mer vedertaget än användande av KVÅ-koder. ICD-10-SE innehåller huvudsakligen medicinska diagnoser som inte alltid är tillämpliga för sjuksköterskor, menar däremot förbundet. De påpekar dock att det rent teoretiskt inte finns något hinder för andra yrkeskategorier utöver läkare att ställa diagnoser, så länge utövaren har kompetens att göra detta. KVÅ-koder för omvårdnadsåtgärder finns, om än i begränsad utsträckning, vilket kan påverka följsamheten till registrering.

Enligt uppgifter från Kommunal använder undersköterskor vid vissa vårdcentraler sig av ICD-koder för att registrera besöksorsak, respektive KVÅ-koder för att registrera åtgärd, vid egna patientbesök. Det är däremot oklart hur vanligt förekommande det är.

Fysioterapeuter i primärvård använder sig av diagnosättning med ICD-koder i varierad utsträckning, enligt förbundet Fysioterapeuterna. För de som arbetar inom vårdval finns ett krav att använda ICD-koder för diagnosättning och KVÅ-koder för åtgärdsregistrering. Däremot finns inte ett sådant krav för de som arbetar utifrån den nationella taxan, vilket många fysioterapeuter gör. Ett problem är att inte alla journalsystem idag stödjer användning av ICD- samt ICF-koder, menar förbundet.

Dietister i primärvård använder idag ICD-koder i varierad utsträckning, enligt Dietisternas riksförbund. Däremot uppges KVÅ-koder användas ofta, och då främst kopplat till levnadsvanor.

Psykologförbundet uppger att diagnoser med ICD-koder och åtgärder med KVÅ-koder registreras av de flesta psykologer i primärvård. Enligt förbundet används dessa koder ofta på en relativt övergripande nivå, som exempelvis åtgärden ”psykologisk behandling”, utan närmare specifikation. Tidigare var kodanvändandet kopplat till ersättning, vilket inte är lika vanligt längre.

Behovet av ett register med validerade variabler lyfts även fram. Vidare påpekas att variablerna inte nödvändigtvis behöver vara många till antalet, utan att kvalitet och effektivitet går före uppgiftsbredd.

Utbildning inom klassifikationer

Socialstyrelsen har i intervjuer med regioner samt i enkäter till vårdcentraler frågat om behovet av kontinuerliga utbildningsinsatser inom klassifikationer med tillhörande kodverk, i händelse av en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården. Vi har även bitt respondenterna uppge vilka yrkeskategorier som är i behov av eventuella utbildningsinsatser.

Regioner

En klar majoritet av regionerna anser att det vid en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården finns ett behov av kontinuerliga utbildningsinsatser inom klassifikationer och tillhörande kodverk. Vissa regioner har redan utbildningsinsatser på plats, främst inom diagnoskodning, där några använder sig av region Östergötlands utbildning om ICD-10, riktad mot medicinska sekreterare. På annat håll har de fått pausa planerad utbildning på grund av

covid-19-pandemin. En region menar att det behövs bättre satsningar nationellt vad gäller utbildningar inom klassifikationer. Flera regioner lyfter behov av utbildning inom ICF, om denna klassifikation framöver förväntas registreras och rapporteras från primärvården till ett utvidgat patientregister.

Angående vilka personalkategorier som är aktuella för utbildning inom klassifikationer och kodverk anger flera regioner att samtlig vårdpersonal inom primärvården berörs. En del lyfter främst de medicinska sekreterarna, vars ansvar inom kodning kan komma att öka vid en framtida uppgiftsskyldighet. Men även i de fall medicinska sekreterare inom primärvården kommer att ansvara för kodning behöver också övrig personal förstå grunderna, påpekar några regioner.

Blir det aktuellt med en uppgiftsskyldighet för primärvården behöver Socialstyrelsen medverka till att underlätta för regionerna och inte minst de yrkeskategorier som förväntas registrera koder. Detta kan ske genom att myndigheten i händelse av ett kommande föreskriftsarbete tillhandahåller tydliga instruktioner för att underlätta effektiv registrering. Det kan även handla om att utöka och se över och utveckla kodverken så att koderna blir tillämpbara för fler områden och yrken samt att bistå med information om de olika klassifikationssystemen. En möjlighet är att Socialstyrelsen tillhandahåller kunskapsstöd för implementering av berörda klassifikationer och kodverk, motsvarande exempelvis det material om KVÅ och ICF⁹³ som myndigheten publicerade i februari 2021 [78] inom ramen för uppdraget att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (S2019/01225/FS). Kunskapsstödet behöver i så fall vara anpassat efter aktuella klassifikationer och målgrupper inom primärvård som bedrivs inom regionens ansvarsområde.

Primärvårdsverksamheter

Resultatet av enkäten till vårdcentraler visar att drygt tre fjärdedelar av verksamheterna anser att ett framtida rapporteringskrav kommer medföra behov av kontinuerliga utbildningsinsatser inom klassifikationer och tillhörande kodverk. Vilka målgrupper som anses vara aktuella för dessa utbildningar varierar. Vissa lyfter fram enskilda professioner, exempelvis läkare, sjuksköterskor eller medicinska sekreterare. Andra menar att samtlig personal kommer att behöva utbildas inom området.

För att dokumentationen och klassifikationsanvändandet, inklusive kunskap om gängse kodverk, ska bli enhetligt och överförbart behövs kunskap hos den som ska registrera uppgifterna, det vill säga journalföraren. Socialstyrelsen ser ett behov av utbildningsinsatser gällande klassifikationssystem med tillhörande kodverk, i syfte att stötta och säkra en korrekt användning av koder tillhörande respektive föreslagna variabler som rapporteras in. Myndigheten kan bidra till detta med informationssatsningar och kunskapsstöd till

⁹³ Materialet syftar till att stödja kommuner och verksamheter i att använda KVÅ och ICF vid journalföring, dokumentation samt i sitt lokala systematiska kvalitetsarbete för att skapa förutsättningar för en likartad tillämpning av klassifikationerna så att det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret ska hålla god kvalitet och möjliggöra för kommunerna att jämföra sig med varandra. Materialet riktar sig till medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt medicinskt ansvariga för rehabilitering, legitimerad sjukvårdspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård, chefer, IT-samordnare och verksamhetsutvecklare.

huvudmän, vårdgivare och systemleverantörer. Vidare har samtliga vårdgivare som berörs av uppgiftsskyldigheten ett ansvar att hålla sig uppdaterade om hur informationen till hälsodataregistret klassificeras korrekt. Därför ser Socialstyrelsen ett behov att regionerna genomför fortlöpande informationsinsatser, såväl regionalt som lokalt, för att förbättra möjligheterna att uppnå målsättningen med en effektiv och ändamålsenlig uppgiftsinsamling i primärvården.

Behov av goda tekniska förutsättningar för rapportering

För att patientregistret ska kunna utökas med primärvårdsdata, löpande uppdateras med relevant information samt långsiktigt förvaltas krävs rätt tekniska förutsättningar hos uppgiftslämnande (verksamheter och regioner) såväl som mottagande enhet (Socialstyrelsen). I propositionen om en nära och tillgänglig vård⁹⁴ nämns säkra och ändamålsenliga IT-system som en nödvändig förutsättning för den fortsatta progressen till en god och nära vård. Här behöver utveckling äga rum, bland annat för att minska den administrativa bördan hos personalen.

Den uppfattningen delas av de berörda aktörer Socialstyrelsen varit i kontakt med beträffande frågan. De efterlyser ett rapporteringsförfarande som är effektivt och inte resurskrävande. Därmed behövs ett dokumentationssystem som kan ge stöd för systematisk dokumentation för ändamålen vård och behandling samt korrekt och enhetlig klassificering av relevant information i samband med vårdkontakter, som exempelvis diagnos, åtgärd och funktions-tillstånd.

I dagsläget används olika journalsystem mellan samt i viss utsträckning inom regionerna. Flera regioner står emellertid i begrepp att byta journalsystem inom de närmaste åren. I många regioner finns ett gemensamt övergripande journalsystem vid sjukhus, psykiatri och primärvård, visar en kartläggning utförd 2020 på uppdrag av regionernas IT-direktörer och IT-strategier (SLIT-gruppen).[79]

Nedan följer en redogörelse över de tekniska förutsättningar för rapportering som råder hos regionerna i dagsläget och vad som behöver utvecklas för att kunna överföra de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in. Vidare beskrivs olika verksamheters samt professionsförbunds syn på praktiska och tekniska förutsättningar för rapportering av uppgifter.

Regioner

Socialstyrelsen har frågat regionerna hur deras möjlighet till överföring av uppgifter från primärvården ser ut i dagsläget, samt inom vilken tid de bedömer regelbundet kunna överföra de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in.

Majoriteten av regionerna uppger att de, efter viss handpåläggning, har goda möjligheter att överföra de uppgifter som finns tillgängliga för dem i dagsläget. Detta förutsatt att överföringen i så fall sker på liknande sätt som dagens rapportering från den specialiserade vården till patientregistret. I och med att regionerna genom avtal har tillgång till uppgifter från flertalet privata vårdgivare inom primärvården, framför allt de inom vårdvalet, råder i stort samma möjlighet där, givet att de juridiska förutsättningarna för datahantering är på plats. Eftersom de flesta privata vårdgivare har samma journalsystem (alternativt använder samma filspecifikation) som regionerna finns inga

⁹⁴ Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 63.

tekniska hinder för att regionen framöver överför uppgifter från dem. Däremot föreligger i dagsläget såväl juridiska som tekniska hinder för regioner att samla in Socialstyrelsens föreslagna uppgifter från vissa privata verksamheter, exempelvis inom den nationella taxan.

Om regionerna regelbundet ska börja överföra samtliga av de uppgifter Socialstyrelsen önskar samla in från primärvården behövs dock ett utvecklingsarbete av regionernas befintliga alternativt kommande journalsystem innan detta är möjligt. Bland annat behöver systemen anpassas för uppgifter som inte registreras i dagsläget inom alla regioner, som exempelvis ICF-koder. Tidsspannet för denna process uppges vara allt från ett par månader till några år, bland annat beroende på om regionen står i begrepp att byta journalsystem inom de närmaste åren eller inte. Här påpekas vikten av god framförhållning från Socialstyrelsens sida och att regionerna meddelas i samband med att ett eventuellt föreskriftsarbete påbörjas. Att få till nya arbetssätt och rutiner med kodning inom primärvården beskrivs som en utmaning, då det inte överallt är lika etablerat som inom den specialiserade vården. Här föreslås Socialstyrelsen bidra med användarstöd för kodning, i synnerhet om ICF-koder ska införas.

I händelse av en framtida utökning av patientregistret ser Socialstyrelsen att regionerna behöver involvera systemleverantörer som säkerställer att rätt tekniska förutsättningar för informationsöverföring finns hos verksamheter som omfattas av uppgiftsskyldighet, inklusive inom primärvården.

Primärvårdsverksamheter

I resultatet från enkäten till vårdcentraler framträder ett behov av ett smidigt och automatiserat rapporteringsförfarande, vid händelse av en framtida uppgiftsskyldighet. Vidare lyfts från privata verksamheters håll en önskan om stöd (inklusive samordning) från regionen i rapporteringsförfarandet.

Den större privata vårdgivare Socialstyrelsen haft en dialog med menar att på flera håll skulle överföring av journaluppgifter till ett nationellt primärvårdsregister vara möjlig redan i dagsläget. Detta beror på att vårdgivarens primärvårdsverksamheter använder samma journalsystem som specialistvården⁹⁵, från vilken uppgifter till patientregistret redan överförs. I Västra Götaland, där den aktuella vårdgivaren använder ett annat journalsystem än regionen, behövs troligtvis vissa tekniska justeringar innan uppgifter är redo att överföras. Vårdgivaren efterlyser därför god framförhållning från Socialstyrelsens sida, så att verksamheterna hinner anpassa systemen innan en uppgiftsskyldighet träder i kraft. De uppger vidare att den viktigaste förutsättningen för att i så hög utsträckning som möjligt få privata vårdgivare att rapportera uppgifter är att förfarandet inte genererar merarbete för vårdgivare. Journalsystemen behöver därför vara anpassade för den typen av överföringar. Detta kan bli ett problem, menar vårdgivaren, främst för de vårdgivare som arbetar utifrån den nationella taxan. Dessa vårdgivare använder i lägre utsträckning de vanligaste journalsystemen och deras system kan dessutom vara mindre utbyggda.

I intervjun med en fysioterapeut verksam inom den nationella taxan (LOF) framgår däremot att verksamhetens journalsystem, som är ett av de vanligare

⁹⁵ Skåne undantaget.

inom LOF, i sig inte upplevs utgöra ett tekniskt hinder för framtida uppgiftsöverföring. Fysioterapeuten menar att journalleverantören är positivt inställd till att göra anpassningar i systemet. Troligtvis borde det därmed gå att exempelvis lägga till ICF-koder i det aktuella journalsystemet. Snarare ligger utmaningen i att kunna överföra uppgifter till regionen (om rapporteringen ska gå via dem), som behöver teknisk möjlighet att ta emot uppgifter om exempelvis diagnos och åtgärd, vilket i dagsläget inte alltid går. Eftersom information i viss utsträckning redan överförs till regionerna skulle överföring av föreslagna uppgifter via regionen eventuellt innebära en mindre anpassning av interoperabilitet än om uppgifterna överförs direkt från en enskild verksamhet till Socialstyrelsen. I nuläget ser det olika ut i regionerna huruvida de erbjuder verksamma inom LOF att ansluta till regionens eget system. Gällande vilka faktorer som krävs för att Socialstyrelsen i så hög utsträckning som möjligt ska få in uppgifter från privata vårdgivare inom LOF framhålls ett automatiserat rapporteringsförfarande som allra viktigast. Farhågan för dubbelarbete när det kommer till registreringar kan minska motivationen, menar intervjupersonen. Även KVÅ-systemet behöver utvecklas för att passa fysioterapeuter bättre och ge en tydligare bild av de insatser som utförs.

Den privata digitala vårdgivare Socialstyrelsen varit i kontakt med menar att deras verksamhet redan har flera av de tekniska lösningarna på plats och att förberedelserna för rapportering varken behöver innebära stor arbetsåtgång eller höga omkostnader för verksamheten, givet att de uppgifter som ska rapporteras in inte skiljer sig alltför mycket från de som verksamheten redan idag rapporterar in till regionen. Vårdgivaren framhåller det generella behovet av att utveckla tekniska lösningar, framför allt inom den traditionella vården.⁹⁶ Digitalisering kan och bör användas för att effektivisera sedvanliga processer, menar vårdgivaren.

Professionsförbund

Samtliga professionsförbund som Socialstyrelsen varit i kontakt med understryker vikten av ett effektivt rapporteringsförfarande som utesluter dubbelarbete. När vårdpersonal rapporterar in till kvalitetsregister förekommer inte sällan att de behöver registrera samma uppgift på flera ställen, dels i journalen och dels i underlaget som skickas till kvalitetsregister. Från flera håll befaras det att ett liknande system för rapportering av data till ett hälsodataregister skulle ta alltför stora resurser i anspråk, då tidsmarginalerna redan i dagsläget upplevs som knappa. Förbunden förespråkar en lösning som innefattar automatiserad dataöverföring från patientjournalen vidare till ett nationellt hälsodataregister. En viktig förutsättning är dock enhetlig dokumentering mellan yrkesgrupper, vilket Svensk sjuksköterskeförening påpekar. En bouseffekt av ett mer likartat dokumentationsförfarande är att det blir lättare för verksamheterna att göra lokala utvärderingar och förbättringsarbeten, menar de.

Även med automatiserad dataöverföring behövs tidsmässiga resurser för att få utrymme att registrera det som ska rapporteras in till ett nationellt primärvårdsregister, påpekar Kommunal. Enligt Psykologförbundet behöver den information som registreras ha en tillräckligt rättvisande detaljeringsnivå.

⁹⁶ Det vill säga den vård som främst utförs av fysiska vårdmöten.

Från ett annat håll lyfts problematiken med de olika journalsystemens kapacitet och att framför allt enskilda privata aktörer har sämre förutsättningar att överföra data från systemet, eftersom deras journalsystem ofta är mindre utbyggda. Dessutom kan primärvården vara organiserad så att besök hos externa primärvårdsaktörer, exempelvis psykologer, inte syns i vårdcentralens patientjournal.

En annan synpunkt som framhålls är integritetsaspekten för personalen. Det anses viktigt med information till medarbetare om att vissa journalförda data kommer föras över samt att det tydliggörs att avsikten med registret inte är att samla in uppgifter om enskilda yrkesutövare.

Från flera håll lyfts behovet av utbildningsinsatser vid en framtida uppgiftsskyldighet till ett nationellt primärvårdregister. Det behövs en implementeringsprocess riktad mot professionen så att utövarna ser nyttan av och använder koderna, menar Svensk sjuksköterskeförening. Förslagsvis kan detta enligt dem ske via webbaserade utbildningsinsatser, och uppgiftsskyldigheten bör även förankras i sjuksköterskeutbildningen.

Nuvarande lösning för dataöverföring till patientregistret

Uppgifter till det befintliga patientregistret samlas in med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister (SOSFS 2013:35). Enligt en utarbetad rutin överför uppgiftslämnarna månatligen uppgifter omfattande de senast föregående tre månaderna i strukturerade textfiler via Socialstyrelsens för ändamålet avsedda e-tjänster. När Socialstyrelsen tar emot filerna sker en första automatisk kontroll av filer och innehållets följsamhet till föreskrift, varpå en återkoppling skickas till uppgiftslämnaren med besked om att leveransen är godkänd, alternativt en anmodan om rättning och återleverans. Utöver kontroller av innehållet i anslutning till mottagandet sker mer omfattande kontroll av uppgifternas rimlighet i anslutning till att de förs in i registret. Detta återkopplas även till uppgiftslämnarna, för att vid behov uppmana till självkontroll och eventuell återleverans av rättade uppgifter.

Förväntad resursåtgång vid krav på uppgiftslämnande

Socialstyrelsen har kartlagt regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva. Dessutom lyfts möjliga påverkansaspekter på små företag vid en framtida uppgiftsskyldighet. Slutligen har en första bedömning gjorts av vilken resursåtgång en uppgiftsskyldighet för primärvården medför för Socialstyrelsen.

Regioner

Socialstyrelsen har frågat regionerna vilka kostnader som förberedelser för regelbunden överföring av uppgifter från primärvården skulle medföra för regionen.

Regionerna uppger att förberedelser för regelbunden överföring av uppgifter till Socialstyrelsen skulle medföra IT-kostnader, exempelvis för inventering, anpassning och testning av datasystem och validering av uppgifter. Andra typer av kostnader som flera regioner nämner är utbildningskostnader, exempelvis beträffande nya journalsystem, klassifikationer och kodning. Här nämns webbaserade utbildningar som ett föredraget alternativ.

Det är däremot svårare för regionerna att i dagsläget ge besked om hur stora kostnader det handlar om. Endast ett fåtal regioner kan ge ett uppskattat belopp som, i de fall det görs, rör sig om cirka 100 000–400 000 kr.

Socialstyrelsen drar av detta slutsatsen att regionerna bedömer att en uppgiftsskyldighet från primärvården kommer att innebära kostnader, men att det i dagsläget är svårt att avgöra hur omfattande dessa blir. Om uppdraget resulterar i ett efterföljande föreskriftsarbete kommer regionerna utifrån det mer utförligt kunna bedöma sina kostnader. Det är därför av stor vikt med en löpande dialog mellan myndigheten och regionerna i händelse av en fortsatt process rörande insamling av registeruppgifter från primärvården.

En framtida uppgiftsskyldighet för primärvården kan även innebära en förändrad resursåtgång bemanningsmässigt. Socialstyrelsen ser utifrån intervjuvaren att det kan uppstå organisatoriska konsekvenser inom verksamheterna beroende på om vårdpersonalen själva ska registrera koder eller om ansvaret överläts till medicinska sekreterare. Här förefaller regionerna organisera detta på olika sätt. I vissa regioner är rutinen att den vårdpersonal som träffar patienten även kodar. I andra regioner förväntas medicinska sekreterare sköta kodningen, ibland dock endast åt läkare. En uppgiftsskyldighet för primärvården kan således resultera i ett behov av att anställa fler administratörer vid verksamheterna, men även ett utökat behov av personal som utbildar inom klassifikationer och kodverk i regionen.

Även huruvida regionerna rapporterar in uppgifter från privata verksamheter eller inte kan ge organisatoriska konsekvenser för den enskilda verk-

samheten. Vidare kan en uppgiftsskyldighet i sig medföra ett behov för verksamheten att anpassa sitt journalsystem, oavsett om uppgifterna går via regionen eller direkt till Socialstyrelsen.

Primärvårdsverksamheter

Socialstyrelsen har frågat vårdcentraler vilken typ av kostnader en regelbunden överföring av aktuella uppgifter till Socialstyrelsen skulle innebära för verksamheten. Resultatet från enkäten visar att kostnaderna vid ett framtida krav på uppgiftslämnande främst förväntas uppstå inom den del av verksamheten som berör administration. Andra kostnader som flera nämner är kostnader för vårdpersonal, kostnader för IT-investeringar samt utbildningskostnader inom klassifikationer och kodverk. Såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras respektive hur överföringen av uppgifterna ska ske, menar några. Närmare hälften av vårdcentralerna svarar att de i dagsläget inte kan ange vilken typ av kostnader ett framtida krav på uppgiftslämnande kommer att innebära för dem.

Resultatet från Socialstyrelsens intervju med en fysioterapeut inom den nationella taxan (LOF) visar att om en framtida uppgiftsskyldighet medför stora kostnader i form av ökad arbetsbelastning, exempelvis dubbelarbete vid registreringar, kan det innebära en marknadsmässig nackdel för verksamma inom LOF. Just en ökad arbetsbelastning för den enskilda fysioterapeuten väntas utgöra den främsta omkostnaden, enligt intervjupersonen. Kostnaderna för anpassning av journalsystemen, i händelse av en framtida uppgiftsskyldighet, är okänd, menar intervjupersonen. Hon befarar däremot inte att omkostnader för anpassningar alternativt byten av journalsystem skulle bli så pass omfattande för enskilda utövare att fysioterapeuter inom LOF inte skulle ha råd att bedriva sin verksamhet.

Effekter för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga

Statliga regleringar kan på olika sätt påverka konkurrensen på en marknad.[80] En uppgiftsskyldighet för sjukvårdshuvudmän inom primärvård kommer att beröra såväl regionalt drivna som privata aktörer. Små privata aktörer, exempelvis inom den nationella taxan, kan som tidigare nämnts ha sämre förutsättningar för obligatorisk rapportering av uppgifter. Detta beror framförallt på att många använder andra journalsystem än det system regionen, i vilken den privata aktören verkar, har i bruk. Vid en lagreglerad uppgiftsskyldighet för primärvården kan små privata aktörer behöva anpassa alternativt byta sina journalsystem i en högre utsträckning än övriga, vilket riskerar att medföra kostnadsmässig påverkan. En del utövare har dock, som i exemplet med den intervjuade fysioterapeuten inom LOF, möjligheter att anpassa nuvarande system med mindre omfattande justeringar. Vidare kan personalen behöva utbildas i nya journalsystem men även i klassifikationer och koder. Är det sistnämnda inte vedertaget inom verksamheten krävs mer resurser till detta och blir något verksamheten kan behöva finansiera själva, om de ligger utanför regionernas ansvar. Små verksamheter kan dessutom ha begränsade möjligheter att kunna anställa administrativ personal som tillhandahåller kodningen, varpå vårdpersonalen kan behöva koda själva i högre utsträckning.

Sammantaget innebär dessa faktorer en risk för påverkan på framförallt mindre företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga. Socialstyrelsen bedömer dock att det inom ramen för denna rapport inte är möjligt att göra en mer ingående analys av de eventuella effekter som kan uppstå. Vid ett så inledande skede av en föreslagen utvidgning av patientregistret finns exempelvis ännu inte en samlad bild av hur ett sådant förslag skulle kunna genomföras – och därmed mer specifikt påverka mindre aktörer – varför det är svårt att redan nu förutspå de risker för påverkan som kan uppstå. Mot bakgrund av detta går det i nuläget inte att på ett adekvat sätt bedöma vilka konsekvenser förslaget kan tänkas få på små företag. Vid ett framtida föreskriftsarbete behöver Socialstyrelsen grundligare undersöka hur privata aktörers arbetsförutsättningar, konkurrensförhållanden och andra villkor kan påverkas av en uppgiftsskyldighet från primärvården.

Socialstyrelsen

Resursåtgången för Socialstyrelsen kommer huvudsakligen återfinnas inom områden som registerutveckling, utveckling av tekniska lösningar för exempelvis rapportering och mottagande av uppgifter, samt utökade resurser för underhåll och förvaltning av det aktuella registret. En utökat patientregister kan även medföra en högre efterfrågan på analyser och statistik som grundar sig på data från primärvården, och kommer således innebära ett ökat behov av personer med statistisk och analytisk kompetens på myndigheten. Primärvårdsdata kommer sannolikt även att leda till en ökad efterfrågan på mikrodatautlämnande för statistisk- och forskningsändamål. Vidare kommer det förmodat innebära att mikrodata som begärs ut kommer omfatta en större mängd data. Begäran om mikrodatautlämnande är förenat med en intern sekretessprövning och denna prövning kommer att bli mer resurskrävande i samband med större datamängder. Även myndighetens verksamhet med sammanställning av statistik utifrån särskilda beställningar (statistikunderlag samt forskarbeställningar), kommer att bli mer belastad vilket myndigheten behöver ha beredskap för från ett såväl tekniskt som organisatoriskt perspektiv. Vidare kan det förväntas tillkomma ett behov av resurser för utveckling av klassifikationer och kodverk, samt framtagande av informations- och stödmaterial.

I nuläget är det svårt att bedöma hur stora arbetskostnaderna för myndighetens ovan nämnda insatser blir, samt vilka av dessa kostnader som kommer att vara löpande. I händelse av ett framtida föreskriftsarbete behöver därför en fördjupad analys av resursåtgången genomföras, utifrån beslut om vilka uppgifter som ska samlas in och mer detaljerat kring tillvägagångssättet, rent tekniskt men även organisatoriskt.

Utvecklingsbehov på närmare och längre sikt

Standardisering av informationsinnehåll och informationsöverföring, samt behov av strukturerade vårddata beskrivs som några av flera utmaningar i utvecklingen av den nationella e-hälsan. Tillväxten inom området är till stor del beroende av implementeringshastigheten i regioner och kommuner.[70]

För att ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården ska vara ändamålsenligt, samt för effektiv resursanvändning, behöver aktörer på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet ha en kontinuerlig dialog och samverkan. Detta behövs bland annat för att uppnå och bibehålla interoperabilitet mellan olika system.

På nationell nivå är det angeläget med fortsatt samverkan mellan Socialstyrelsen, Inera, SKR samt E-hälsomyndigheten vad gäller informationsstruktur och teknisk infrastruktur för vård och omsorg. I en kartläggning från 2020 aktualiserar SKR det faktum att de tillsammans med bland annat Socialstyrelsen behöver stötta regionerna i utvecklingen av kompatibla IT-system så att regionerna kan leverera statistik för nationell insamling.[81] Dialog om olika typer av nationell samverkan bör i så fall initieras redan i samband med ett framtida föreskriftsarbete om primärvårdsuppgifter i patientregistret.

På regional och lokal nivå behöver huvudmännen samverka med bland annat systemleverantörer och enskilda verksamheter för att säkerställa journal-system som uppfyller kriterierna för dokumentation, stöd för enhetlig klassificering, datafångst samt uppgiftsöverföring. Utvecklingsarbetet med journalsystemen kan med fördel påbörjas skyndsamt, eftersom det utgör en grundförutsättning för insamling av uppgifter. Dock är det viktigt att kravspecifikationen för utformningen först definieras.

Gemensamt ansvar för en ändamålsenlig rapporteringsprocess

En avgörande faktor för att kunna upprätthålla ett hälsodataregister med uppgifter från primärvården är att rapporteringen till registret sker effektivt och friktionsfritt. En grundläggande förutsättning för att uppnå detta är, som tidigare nämnts, dokumentationssystem som ger stöd åt systematisk dokumentation för vård och behandling och även korrekt och enhetlig klassificering av tillstånd och åtgärder som ska följas upp på flera nivåer. Dokumentationssystemen behöver tillhandahålla aktuella versioner av de klassifikationer, terminologier och kodverk som ska eller bör användas nationellt. Det behöver dessutom finnas möjlighet för användaren av systemet att med digitalt anpassade anvisningar och stöd enkelt söka och verifiera termer och koder både utifrån ett visst klassificeringssystem och utifrån samtliga rekommenderade termer och synonymer. Vidare behöver befintliga och kommande kodverk ses över och utvecklas. Ett angeläget exempel är behovet av ett nationellt or-

ganisationskodverk för hälso- och sjukvårdsverksamheter. Socialstyrelsen föreslår att E-hälsomyndigheten fortsätter driva frågan i samverkan med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för digital förvaltning (DIGG), SKR, Inera och Socialstyrelsen.

Ansvar för att säkerställa en ändamålsenlig rapporteringsprocess delas av flera aktörer. Socialstyrelsen utför en stor del av insatserna, men även systemleverantörerna behöver säkerställa att aktuella versioner av nationella klassifikationer och kodverk tillhandahålls och används i systemen för vårdokumentation. Vidare bär vårdgivare och huvudmän ett ansvar för att installera system som medger registrering enligt de nationella klassifikationerna såväl som överföring av uppgifter. Inom området IT-stöd för vårdokumentation väntas stora förändringar ske de närmaste åren.[79] Här behöver vårdgivarna och huvudmännen i sin tur ställa krav på sina systemleverantörer så att uppgifter kan tas ut och rapporteras på ett säkert sätt.

Utvecklingsarbeten för Socialstyrelsen

Kvaliteten på insamlade uppgifter är beroende av ett enhetligt regelverk för kodning oavsett klassifikation. Regelverket för kodningen behöver följa arbetsprocessen i primärvården för att fungera. Socialstyrelsens erbjuder idag ett regelverk för ICD som stöder kodning av vårdkontakter inom de verksamheter som har skyldighet att lämna in uppgifter till patientregistret. För att nå kvalitet i ett framtida register för primärvården behöver Socialstyrelsen utreda om regelverket för kodning med ICD behöver anpassas för att fungera inom primärvård. Om justeringar behövs måste de göras och kommuniceras med användare. Vidare är regelverket för tillämpning av ICF i dagsläget ofullständigt och behöver färdigställas.

I händelse av en uppgiftsskyldighet för primärvården behöver Socialstyrelsen se över och utveckla regelverken för ICD i primärvården samt ICF. Avseende åtgärds-koder behöver regelverk och urval ses över, och i samband med det kan en uppdatering av åtgärds-koder i KVÅ behöva göras. Inom ramen för utvecklingsarbeten med koppling till ett utvidgat patientregister rymms även framtagande av kunskapsstöd om användande av klassifikationer.

Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården – slutord

I hälso- och sjukvården pågår ett skifte, där primärvården avses utgöra navet i framtidens vård. Förflyttningen från sjukhusvård till nära vård innebär ett behov att på nationell nivå och med registerdata kunna följa det som sker i primärvården. Men med dagens lagstiftning har Socialstyrelsen inte möjlighet att samla in uppgifter om vårdkontakter i primärvården. Socialstyrelsen bedömer att myndighetens föreslagna reglering av ett utvidgat patientregister kan ske i enlighet med grundlagens bestämmelser och med regelverken avseende sekretess och dataskydd.

Mycket förväntas ske inom primärvården de närmaste åren, vilket kan komma att påverka framtida rapporteringsmöjligheter för verksamheter och regioner. Några exempel är införandet av nya journalsystem, införandet av ICD-11, utvecklad digitalisering och eventuella lagändringar rörande den nationella taxan. Även de juridiska förutsättningarna för regionernas hantering av uppgifter från privata vårdgivare kan framöver komma att ändras. Behoven av jämförbar information och data från primärvården – och andra vårdnivåer – för olika typer av nationell uppföljning kan också öka.

I händelse av en framtida uppgiftsskyldighet för primärvården behöver registrering och rapportering av uppgifter ske effektivt och ändamålsenligt, i syfte att upprätthålla ett register av god kvalitet, men även för att undvika merarbete för uppgiftslämnarna. Här kan Socialstyrelsen bland annat bidra med att se över och utveckla berörda regelverk för klassifikationer, så att de blir applicerbara för fler områden och yrkeskategorier. Här kan även framtagande av kunskapsstöd och samverkan med andra aktörer, exempelvis SKR och E-Hälsomyndigheten, vara värdefull.

Om Socialstyrelsen ges lagstadgad rätt att samla in uppgifter kommer myndigheten att hantera en avsevärt större mängd information än vad som finns i systemen idag. Rätt tekniska och säkerhetsmässiga förutsättningar behövs då för att ta emot, förvalta och leverera denna utökade uppgiftsmängd.

Socialstyrelsen bedömer att en utvidgning av patientregistret med uppgifter från primärvården är nödvändig och att det finns stöd för detta hos olika berörda aktörer, bland annat andra myndigheter, SKR och professionsförbund. Även forskare uttrycker ett stort behov av tillgång på nationell nivå till uppgifter från primärvård.

Utan författningsändringar kommer det fortsatt saknas en heltäckande bild av primärvården och lika så vården i stort. Vid förflyttningen till en mer nära vård är tillgång till uppgifter från primärvården nödvändig för att se utfallet av reformen samt för att kvalitetssäkra den framtida vården.

Referenser

1. Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. S2008/00857/FS, S2017/06952/FS, S2018/05694/FS, S2019/03056/FS (delvis). Socialdepartementet; 2019.
2. God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
3. Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. S2019/03056/FS (delvis), S2020/03319/FS (delvis). Socialdepartementet; 2020.
4. Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen. S2019/02110/FS. Socialdepartementet; 2019.
5. Socialstyrelsen. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-03-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6445.pdf>
6. Forslund T, Wettermark B. Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm; 2019.
7. Björck S, Forslund T, Westander F. Kartläggning av nationella register i primärvård. Nationella kvalitetsregister; 2019.
8. Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomi- och verksamhetsstatistik (Verksamhetstabeller 2008-2019). SKR; 2020. Citerad 20-08-04. Hämtad från <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik.1342.html>
9. Socialstyrelsen. Primärvårdens uppdrag: En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
10. Sveriges Kommuner och Regioner. Digitala utomlänskontakter 2019. SKR; 2020. Hämtad 20-05-11 från https://skr.se/download/18.5b4505d4171dc987b1e5c090/1588844940718/Digitala_vardkontakter%202019_skr.pdf
11. Sveriges Kommuner och Regioner. Snabb ökning av digitala vårdtjänster. SKR; 2020. Citerad 20-05-11 Hämtad från <https://skr.se/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/LW1cigOIgPg/snabbokningavdigitalavardtjanster.33078.html>
12. Socialdepartementet. Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Statens offentliga utredningar. Citerad 20-11-18 Hämtad från <http://www.sou.gov.se/godochnaravard/>
13. Effektiv vård – Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
14. God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
15. God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29). Stockholm: Norstedts Juridik; 2019.
16. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Stockholm: Norstedts Juridik; 2020.
17. God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Stockholm; 2021.

18. God och nära vård En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019. Regeringskansliet, SKR: 2019. Hämtad 20-03-11 från <https://skr.se/download/18.4402e18716b630bd97a3cb5f/1560859304687/%C3%96verenskommelse%20God%20och%20n%C3%A4ra%20v%C3%A5rd%202019.pdf>
19. God och nära vård 2020 En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Regeringskansliet, SKR: 2020. Hämtad 20-02-03 från <https://skr.se/download/18.47edd5e216ffdb5867cd6b77/1580981983734/Overenskommelse%20God-och-nara-varld%202020.pdf>
20. God och nära vård 2021 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner. Regeringskansliet, SKR; 2021. Hämtad 21-02-10 från <https://www.regeringen.se/4907a7/contentassets/72c5a92be1d94f78b26741e1d19b8cb0/god-och-nara-varld-2021.pdf>
21. Lagrådsremiss, Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Socialdepartementet; 2020. Hämtad 20-04-17 från <https://www.regeringen.se/497da4/contentassets/ceebc29edc2342729860d245a499cd2f/inriktningen-for-en-nara-och-tillganglig-varld--en-primarvardsreform.pdf>
22. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-09-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6826.pdf>
23. Socialstyrelsen. Register. Socialstyrelsen. Citerad 20-11-27. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/>
24. Socialstyrelsen. Patientregistret. Socialstyrelsen. Citerad 2020-01-08. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/>
25. Socialstyrelsen. Uppgifter om psykiatrisk vård i patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
26. Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Socialstyrelsen. S2019/04465, S2020/09593 (delvis). Socialdepartementet; 2020.
27. Socialstyrelsen. Bortfall och kvalitet i patientregistret. Socialstyrelsen. Citerad 20-04-27. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/bortfall-och-kvalitet/>
28. PrimärvårdsKvalitet. PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården. Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-01-10. Hämtad från <http://primarvardskvalitet.skl.se/>
29. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II. Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen. Socialstyrelsen, 2019. Hämtad 19-11-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6430.pdf>
30. Väntetider.se. Väntetider i vården. Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-01-10. Hämtad från: www.vantetider.se

31. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP Databas. SKR. Citerad 20-01-10. Hämtad från <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.1079.html>
32. Nationell patientenkät. Vad är Nationell patientenkät? Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-11-17. Hämtad från <https://patientenkat.se/sv/vad-ar-nationell-patientenkat/>
33. PROM-nätverket. Översikt av PROM och PREM inom de Nationella Kvalitetsregistren 2017. PROM-nätverket; 2017. Hämtad 20-02-03 från <https://qrcstockholm.se/wp-content/uploads/2018/12/%C3%96versikt-av-PROM-och-PREM-inom-de-Nationella-Kvalitetsregistren-2017.pdf>
34. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-06-17 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6760.pdf>
35. Sveriges riksdag. Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01). Socialdepartementet. Citerad 20-12-18. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommitteberattelse/utredningen-om-sammanhallen-information-inom-var-d_H7B2S01
36. Socialdepartementet. Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst-och hälso-och sjukvårdsverksamhet. Regeringskansliet; 2019. Hämtad 20-05-07 från https://www.regeringen.se/4adabf/contentassets/6a839d1ede3a407a8ad71fd00ab15e93/oversyn-av-vissa-fragor-som-ror-personuppgiftshantering-i-socialtjanst-och-halso-och-sjukvardsverksamhet-dir2019_37.pdf
37. Uppdrag att påbörja ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. S2007/11028/HS (delvis), S2010/7914/HS (delvis). Stockholm: Socialdepartementet; 2010.
38. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling i primärvården – Förslag till utökning av patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
39. Socialstyrelsen. Utveckling av nationell datainsamling i primärvården [pm]. Socialstyrelsen; 2014.
40. Socialstyrelsen. Nationell datainsamling – primärvård [pm]. Socialstyrelsen; 2017.
41. Kommittédirektiv (2019:93). En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Socialdepartementet; 2019. Hämtad 20-05-20 från https://www.regeringen.se/4ad986/contentassets/99ce723a989c49ab9024c56f552921a3/dir-2019_93.pdf
42. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Uppföljning av cancerläkemedel och andra läkemedel via alternativa datakällor. TLV; 2020. Hämtad 20-10-05 från https://www.tlv.se/download/18.2fb232d9174ba11bd5bb0054/1601626715921/uppfoljning_av_cancerlakemedel_och_andra_lakemedel_via_alternativa_datakallor.pdf
43. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens yttrande över delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 20-05-27 från <https://www.regeringen.se/4ac784/contentassets/38015458df934c04a23ee33e4ca1373/socialstyrelsen.pdf>
44. Socialstyrelsen. Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till

- en mer nära vård. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-12-15 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-12-7054.pdf>
45. e-hälsa 2025. Tillsammans för Vision e-hälsa 2025. Staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Citerad 20-11-19. Hämtad från <https://ehalsa2025.se/>
 46. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster riktade till patienter – Kartläggning och uppföljning. Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 19-11-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-6-15.pdf>
 47. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. För säkerhets skull – Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Hämtad 19-11-27 från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-2017-10-För-säkerhets-skull.pdf>
 48. Socialstyrelsen. Hälsodataregister – räddar liv och ger bättre vård. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-11-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/halsodataregister-information-nyttan-med-register.pdf>
 49. Socialstyrelsen. Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-11-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/halsodataregister-patientregistret-nyttan-med-register.pdf>
 50. Unik kunskap genom registerforskning (SOU 2014:45). Stockholm: Fritzes; 2014.
 51. United Nations. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. UN. Hämtad 20-03-23 från <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
 52. Socialstyrelsen. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019. Socialstyrelsen; 2019. Hämtad 20-09-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-10.pdf>
 53. Socialstyrelsen. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Systematisk förteckning Svensk version 2020 Del 1 (3) A–G. Socialstyrelsen; 2020. Citerad 20-06-03.
 54. Socialstyrelsen. Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos. Version 4.1. Socialstyrelsen; 2016. Hämtad 20-06-16 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2016-5-21.pdf>
 55. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Socialstyrelsen. Citerad 20-06-03. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/>
 56. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen. Citerad 20-05-14. Hämtad från <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
 57. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-06-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-5-6779.pdf>

58. World Health Organization. Rehabilitation 2030. WHO. Citerad 20-03-16. Hämtad från <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>
59. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Socialstyrelsen. Citerad 20-06-03. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/>
60. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens nationella yrkeskodverk (SOSNYK). Socialstyrelsen. Citerad 20-11-26. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/andra-kodverk/sosnyk/>
61. Nationella kvalitetsregister. Nulägesrapport 2020. Nationella kvalitetsregister. Hämtad 20-08-17 från http://www.kvalitetsregister.se/download/18.358c3817172f36974fd71384/1593532603603/Nulagesrapport_2020_final.pdf
62. Sveriges Kommuner och Regioner. Regionanställd personal 2019. (Tabell 3 Antal anställningar efter verksamhet och personalgrupp). SKR; 2020. Citerad 20-06-10. Hämtad från <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/personalstatistik/personalenisiffror/tabellerregionanstalldpersonal2019.32644.html>
63. Socialstyrelsen. Personuppgiftsbehandling i hälsodata- och socialtjänstregister. Socialstyrelsen. Citerad 20-06-11. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/behandling-av-personuppgifter/personuppgiftsbehandling-i-halsodata--och-socialtjanstregister/>
64. Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde (SOU 2017:66). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
65. United Nations International Children´s Emergency Fund (UNICEF). Handbok om barnkonventionen. Malmö: UNICEF; 2008.
66. Rätt information på rätt plats i rätt tid – del 1 (SOU 2014:23). Stockholm: Fritzes; 2014.
67. Socialstyrelsen. Årsredovisning 2019. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 20-06-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6609.pdf>
68. Socialstyrelsen. Historik om patientregistret. Socialstyrelsen. Citerad 20-06-03. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/historik/>
69. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsen. Citerad 20-03-06. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/forsakringsmedicinskt-beslutsstod/>
70. eHälsa 2025. Vision e-hälsa 2025. Uppföljning 2019. Staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 20-06-24 från https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2020/04/Uppfoljningsrapport_2019_Vision_e-halsa_2025-1.pdf
71. Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer. S2019/01521/FS (delvis). Socialdepartementet; 2019. Hämtad 21-01-17 från <https://www.regeringen.se/49593d/contentassets/d915aae9fbab4840a390a8ea4d008613/uppdrag-att-tillgangliggora-och-forvalta-gemensamma-nationella-specifikationer.pdf>
72. World Health Organization. Classifications. WHO. Citerad 20-06-04. Hämtad från <https://www.who.int/classifications/en/>

73. World Health Organization. Official records. Resolutions, decisions and annexes WHA72/2019/REC/1. WHO. Citerad 20-06-03. Hämtad från https://apps.who.int/gb/or/e/e_wha72r1.html
74. World Health Organization. ICD-11 Fact Sheet. WHO. Hämtad 20-06-03 från https://icd.who.int/en/docs/icd11factsheet_en.pdf
75. World Health Organization. World Health Organization – Family of International Classifications (WHO-FIC) Network Annual Meeting. WHO. Hämtad 20-06-03 från <https://www.who.int/classifications/network/WHOFIC2018MeetingSummaryReport.pdf?ua=1>
76. Vårdgivarwebb för region Östergötland. Diagnos- och KVÅ-koder i primärvården. Region Östergötland. Citerad 20-10-22. Hämtad från <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/Regiondirektor/Ledningsstaben/Sjukdomsklassifikation-/Anvandbara-koder-i-primarvarden/>
77. Sveriges Kommuner och Regioner. Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster. SKR; 2019. Hämtad 20-06-17 från <https://skr.se/download/18.7cd16ace16c8d66c868d7538/1566205202826/Digitala-vardtjanster-2019-06-14.pdf>
78. Socialstyrelsen. ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2021. Citerad 21-02-09. Hämtad från <https://utbildning.socialstyrelsen.se/learn/course/external/view/elearning/279/icf-och-kva-inom-kommunal-halso-och-sjukvard>
79. Jerlvall L, Pehrsson T. eHälsa och IT i regionerna, maj 2020. SLIT-gruppen; 2020.
80. Tillväxtverket. Påverkas konkurrensförhållanden? Tillväxtverket. Citerad 20-11-11 Hämtad från <https://tillvaxtverket.se/amnesomraden/forenkling/handledning-for-konsekvensutredning/utred-konsekvenser/ekonomiska-effekter/konsekvenser-for-foretag/paverkas-konkurrensforhallanden.html>
81. Sveriges Kommuner och Regioner. Kartläggning Distanskontakter i verksamhetsstatistiken. SKR; 2020.

Bilaga 1. Projektorganisation samt berörda aktörer

Styrgrupp

Mona Heurgren	<i>Avdelningschef Register och statistik</i>
Henrik Lysell	<i>Enhetschef Statistik1</i>
Jenny Gardbrant	<i>Enhetschef Förvaltningsjuridik</i>
Lars Söderdahl	<i>Enhetschef Klassifikationer och terminologi</i>

Projektledning

Projektledare

Anna Granath	<i>Utredare Statistik 1</i>
--------------	-----------------------------

Juridiskt sakkunniga

Carina Carmona	<i>Jurist Förvaltningsjuridik</i>
Annica Gulliksson	<i>Rättssakkunnig Förvaltningsjuridik</i>
Sara Land	<i>Jurist Förvaltningsjuridik</i>
Josefin Adlertz	<i>Jurist Förvaltningsjuridik</i>
Marie Zernig	<i>Jurist Förvaltningsjuridik (t.o.m. februari 2020)</i>

Intern expertgrupp

Magdalena Fresk	<i>Medicinskt sakkunnig Klassifikationer och terminologi</i>
Anders Hansson	<i>Utredare Enheten för register</i>
Max Köster	<i>Statistiker Enheten för specialiststöd 2</i>
Kristina Bränd Persson	<i>Utredare Register och statistik</i>

Extern expertgrupp

Stina Gäre-Arvidsson	<i>Allmänläkare samt delprojektledare PrimärvårdsKvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner</i>
Christer Rosenberg	<i>Allmänläkare samt verksam vid Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet, Svensk förening för allmänmedicin</i>
Jan Sölch	<i>Samordnare vid avdelningen för ekonomi och styrning, Sveriges Kommuner och Regioner</i>
Johan Ärnlov	<i>Professor i allmänmedicin vid Karolinska Institutet</i>

Enkäter

Lars Holm	<i>Statistiker Enheten för specialiststöd 2</i>
Anna Malmberg	<i>Enkätkonstruktör Enheten för specialiststöd 2</i>

Övriga medarbetare

Ann-Helene Almborg	<i>Utredare Klassifikationer och terminologi</i>
Pernilla Askenbom	<i>Kommunikatör Kommunikationsutveckling 2</i>
Anna Dahlin	<i>Projektledare deluppdrag III Hälso- och sjukvård och tandvård 3</i>
Alma Soltancharkari-Hjertén	<i>Terminolog Klassifikationer och terminologi</i>
Tiina Laukkanen	<i>Produktionsledare Kommunikationsutveckling 1</i>
Emma Lund	<i>Hälsoekonom Enheten för specialiststöd 2</i>
Iréne Nilsson Carlsson	<i>Folkhälsoråd Enheten för kunskapstillämpning</i>
Mikael Ohlin	<i>Statistiker Enheten för statistik 1</i>
Charlotte Pihl	<i>Projektledare deluppdrag III Hälso- och sjukvård och tandvård 1</i>
Camilla Salomonsson	<i>Projektledare deluppdrag II Enheten för specialiststöd 2</i>

Berörda aktörer för information, samråd samt diskussion

Sveriges Kommuner och Regioner

Annika Brodin-Blomberg	<i>Ansvarig handläggare för tillgänglighetsfrågor avdelningen för vård och omsorg</i>
Hanna Bolin Emami	<i>Handläggare Nationell patientenkät, sakkunnig inom patientrapporterade mått avdelningen för vård och omsorg</i>
Maria Berglund	<i>Handläggare Nationell patientenkät avdelningen för vård och omsorg</i>
Lars Kolmodin	<i>Handläggare avdelningen för ekonomi och styrning, sakkunnig inom digitala vårdgivare</i>
Anna Liljenberg	<i>Statistiker avdelningen för ekonomi och styrning</i>
Einar Sjölund	<i>Handläggare avdelningen för ekonomi och styrning</i>

samt

Nationella primärvårdsrådet, via Lisbeth Löpare och Helena Henningson

Forskningsverksamma

Staffan Björck	<i>Medicinsk rådgivare vid Registercentrum Västra Götaland</i>
Rebecka Björnfors	<i>Forskningskoordinator vid IQVIA</i>
Tomas Forslund	<i>Allmänläkare samt forskare vid Region Stockholm</i>
Jonas Ludvigsson	<i>Professor i klinisk epidemiologi vid Karolinska Institutet</i>

Privata vårdgivare

Stefan Bremberg	<i>Chefsläkare, medicinsk chef samt dataskyddsbud vid Capio Närsjukvård</i>
Nasim Farrokhnia	<i>Kvalitets- och forskningsdirektör vid KRY samt ordförande vid eHälsoläkarföreningen</i>
Marie Granberg	<i>Specialistfysioterapeut (LOF) samt ombudsman för företagare Fysioterapeuterna</i>
Fredrik Gunmalm	<i>VD Capio Närsjukvård</i>

samt

Näringslivets regelnämnd

Professionsförbund

Dietisternas riksförbund

Fysioterapeuterna

Kommunal

Psykologförbundet

Svensk sjuksköterskeförening

Övriga

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05)

Integritetsskyddsmyndigheten (*tidigare Datainspektionen*)

BHVQ-registret

Patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Socialstyrelsens nämnd för funktionshindersfrågor

samt

20 regioner och 226 vårdcentraler



9

Initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av distansgranskningstjänster till röntgen- och sjukhusfysikkliniken, område Specialiserad vård 21RS9241

Tjänsteställe, handläggare
Röntgenkliniken, Jonas Ulin

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9241

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering av upphandlingsuppdrag, upphandling av distansgranskningstjänster till röntgen- och sjukhusfysikkliniken, område Specialiserad vård

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandling av distansgranskningstjänster för akuta och planerade undersökningar till röntgen- och sjukhusfysikkliniken.

Sammanfattning

Röntgen- och sjukhusfysikklinikens nuvarande avtal för distansgranskningstjänster löper ut 2022-12-31. Det finns ett kvarstående behov av distansgranskningstjänster och därför behöver tjänsterna upphandlas på nytt.

Ärendebeskrivning

Röntgenkliniken använder flera olika sorters bildgivande metoder för att avbilda människokroppen. Vid de flesta metoder är det röntgensjuksköterskor som tar bilderna och sedan en läkare på röntgenkliniken som bedömer dessa. Utifrån den remitterande enhetens frågeställningar, skriver läkaren sedan ett skriftligt utlåtande som den behandlande läkaren använder som underlag i den fortsatta vården. Läkare på röntgenkliniken gör även många andra arbetsuppgifter, såsom att delta i utrednings- och behandlingskonferenser, göra ingrepp med hjälp av bilddiagnostik och även att utföra undersökningar.

För den delen av läkararbetet som enbart består i att skriva ett skriftligt utlåtande på bilder (röntgensvar) så behöver egentligen inte läkaren vara fysiskt närvarande. Röntgenkliniken använder inga stafettläkare men skickar å andra sidan bilder för granskning till externa leverantörer som då mot betalning skriver själva utlåtandet.

Tjänsteställe, handläggare
Röntgenkliniken, Jonas Ulin

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9241

Röntgenkliniken använder externa leverantörer för en del av den vanliga planerade verksamheten, men också för akuta undersökningar nattetid.

Att ha en extern leverantör för planerad (elektiv) distansgranskning medför stora fördelar. Produktionstoppar och oplanerad frånvaro i den ordinarie läkargruppen kan kompenseras för med att skicka mer för distansgranskning. Dock använder röntgenkliniken i nuläget distansgranskning mer än bara för att hantera variationer, vi har för tillfället för få läkare i förhållande till uppdraget och skickar regelbundet undersökningar för distansgranskning.

Även en extern leverantör för akut verksamhet nattetid är av stort värde för röntgenkliniken. Många akuta undersökningar behöver endast ett skriftligt utlåtande, och kan därmed bedömas av någon placerad utanför sjukhuset. Vår nuvarande leverantör har svenska specialister i radiologi i tjänst i Sydney och kan därmed skriva svar under deras dag på akuta undersökningar utförda på vår natt. Detta medför, utöver de uppenbara arbetsmiljömässiga fördelarna, även att patienter som får sin undersökning nattetid i vår region blir bedömda av pigga och vakna specialister istället för nattarbetande egna läkare av varierande erfarenhetsgrad.

Våra nuvarande avtal för distansgranskning löper ut 31 december 2022 och behöver förnyas.

Bedömning

Region Örebro län behöver nya avtal för planerad och akuta distansgranskningstjänster åt röntgenkliniken.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingsarbetet kommer hänsyn tas till miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven.

Ekonomiska konsekvenser

De totala kostnaderna för distansgranskningstjänster uppgick 2020 till 9 miljoner kronor. Dessa kostnader belastar röntgen- och sjukhusfysikklinikens budget. Avtalen är i nuläget formulerade så att kostnaden är per skickad undersökning, och tanken är att fortsätta så. Det innebär att vi kan anpassa volymerna, och därmed kostnaden, efter det för stunden aktuella behovet. Utbildar eller rekryterar vi fler egna specialister minskar behovet och vice versa. Distansgranskningstjänster är generellt billigare än konsultläkare.

Tjänsteställe, handläggare
Röntgenkliniken, Jonas Ulin

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9241

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt tidig höst 2022.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01
Blankett för initiering av upphandlingsuppdrag

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Jonas Ulin, röntgen- och sjukhusfysikkliniken
Markus Liljenroth, upphandlingsavdelningen

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

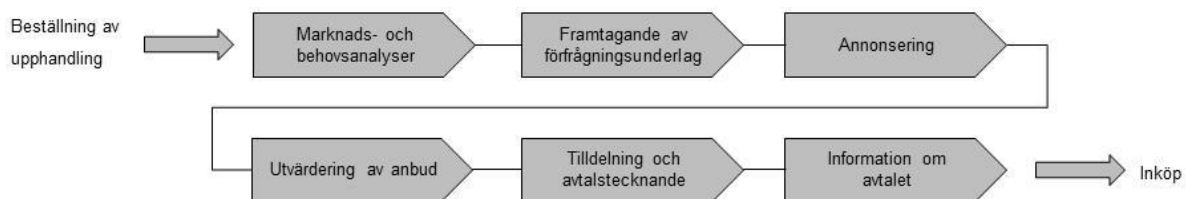
Förklaring och information

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.



10

Initiering om upphandlingsuppdrag gällande röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård

21RS9104

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9104

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Initiering om upphandlingsuppdrag gällande röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att initiera upphandlingsuppdrag gällande röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård.

Sammanfattning

Initiering avseende två röntgensystem för genomlysning till röntgenkliniken, Område specialiserad vård. Initieringen omfattar även optioner gällande serviceavtal för utrustningarna under den tekniska livslängden samt utbildningsoption.

Beräknat totalt upphandlingsvärde under utrustningens livslängd på 10 år är cirka 20 000 000 kronor, där priset för utrustningar beräknas uppgå till cirka 13 500 000 kronor och serviceavtal till cirka 6 500 000 kronor.

Ärendebeskrivning

Denna initiering avser ersättning av två befintliga röntgenutrustningar för genomlysning. Röntgenkliniken har två röntgenutrustningar för genomlysning. Båda har nått slutet av sin livslängd och behöver ersättas.

Justering av befintliga lokaler kommer att ske för att förbättra endoskopiverksamheten på röntgenkliniken, Universitetssjukhuset Örebro. I samband med detta ska den ena röntgenutrustningen för genomlysning ersättas med en annan variant av genomlysningsutrustning, en angiografiutrustning, för att möjliggöra ett optimalt arbetssätt tillsammans med endoskopiverksamheten.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9104

Investeringsmedel, 6 000 000 kronor är beviljade till år 2022. Till år 2023 föreslås att ytterligare 7 500 000 kronor beviljas.

I kommande upphandlingar ingår även option för servicekontrakt för utrustningarna under den tekniska livslängden (10 år) samt utbildningsoption.

Beräknat totalt värde för upphandlingen är cirka 20 000 000 kronor.

Beredning

Ingen beredning av ärendet har skett.

Bedömning

Det finns kliniska- och tekniska skäl att anskaffa röntgenutrustningarna 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 Kommuner och Regioner.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel, 6 000 000 kronor är beviljade till år 2022. Investeringsmedel, 7 500 000 kronor, finns äskade till år 2023. Detta täcker investeringskostnaden för de båda röntgenutrustningarna som avses i detta initieringsbeslut. Utöver detta tillkommer serviceavtal vilka uppskattas till 6 500 000 kronor. Totalt värde på upphandlingen är därmed 20 000 000 kronor.

Serviceavtalens kostnad belastar röntgenklinikens budget.

Uppföljning

Tilldelningsbeslut fattas av hälso- och sjukvårdsnämnden preliminärt i juni 2022.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS9104

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01, Initiering av upphandlingsuppdrag MT 2022-0005 gällande röntgensystem för genomlysning
Initieringsbeslut MT 2022-0005

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.



11

Tilldelningsbeslut MT 2020-
0004 gällande upphandling
av ramavtal för
dialysutrustning inklusive
utrustningsbundet
förbrukningsmaterial
20RS2224

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 20RS2224

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Tilldelningsbeslut MT 2020-0004 gällande upphandling av ramavtal för dialysutrustning inklusive utrustningsbundet förbrukningsmaterial

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att tilldela xx, organisationsnummer xx som leverantör av dialysutrustning inklusive utrustningsbundet förbrukningsmaterial, samt

att paragrafen förklaras omedelbart justerad

Sammanfattning

Denna upphandling avser ramavtal för dialysutrustning inklusive utrustningsbundet förbrukningsmaterial till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Upphandlingen omfattar även option på datainsamlingssystem och serviceavtal under utrustningens tekniska livslängd samt teknisk utbildningsoption.

xx anbud lämnades som uppfyller samtliga obligatoriska krav.

Upphandlingen annonserades 2021-05-07.

Ärendebeskrivning

Tilldelningen avser dialysutrustningar med tillhörande utrustningsbunden förbrukning till regionens dialysavdelningar.

Inom en femårsperiod kommer Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att behöva byta ut större delen av utrustningsparken gällande dialysutrustning. Genom en ramavtalsupphandling som är giltig till och med år 2025 kan vi säkra att de tre dialysverksamheter inom länet kan erbjuda en god, patientsäker och jämlik

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 20RS2224

njursjukvård. För detta krävs en enhetlig utrustningspark.

En viktig del av upphandlingen är att köpa in utrustning som är väl lämpad för dialysbehandlingar på andra avdelningar inom sjukhuset. Detta blev påtagligt under rådande coronapandemi, där man i vissa fall behövde isolera eller inte kunde flytta patienter till dialysmottagningen.

Utrustningen ska också vara väl lämpad för självdialys, en behandlingsform där patienten utför sin egen behandling på sjukhuset.

Beredning

Ingen beredning av tilldelningsbeslutet har skett tidigare.

Bedömning

För att upprätthålla tillgänglighet och säkerställa funktionalitet inklusive leverans av förbrukningsmateriel och reservdelar samt underhållsavtal krävs kontinuerligt utbyte av utrustning. Ett ramavtal är ett rationellt sätt att begränsa diversifieringen av utrustningsparken.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

I upphandlingen har hänsyn till miljöperspektiv tagits. Inom dialysverksamheterna är mängden förbrukningsmaterial i dagsläget hög. Med anledning av den höga förbrukningsmängden har projektgruppen arbetat med relevanta krav och kriterier för att minimera mängden.

Behandlingsmetoden påverkas inte av valet av utrustning. Detta innebär att upphandlingen inte har hanterat några frågor ur jämställdhetsperspektiv. Barn med behov av dialysbehandling behandlas inte inom Region Örebro län. Särskild hänsyn har därför inte tagits till dessa i denna upphandling.

Vidare tas även hänsyn till hållbara leveranskedjor enligt en nationell uppförandekod för leverantörer, framtagen av Hållbar upphandling, Sveriges Kommuner och Regioner.

Ekonomiska konsekvenser

Investeringsmedel är beviljade och ytterligare medel kommer att äskas i ordinarie investeringsbudget.

Tjänsteställe, handläggare
Medicinsk teknik Projektledning, Jenny Thor

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 20RS2224

Uppföljning

Ingen uppföljning planeras.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde 2021-12-01,
tilldelningsbeslut MT 2020-0004 för upphandling av dialysutrustning inklusive
utrustningsbundet förbrukningsmaterial

Individuell rapport MT 2020-0004

Tilldelningsbeslut MT 2020-0004

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Peter Westin, Medicinsk teknik

Jenny Thor, Medicinsk teknik

Individuell rapport

Upphandlingsobjekt Dialysmonitorer och mobila vattenanläggningar	Datum 2021-xx-xx
Förvaltning, område, klinik Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	
Projektledare, tjänsteställe Peter Westin, Regionservice, Område medicinsk teknik	Diarienummer 20RS2224
Telefon, e-post 0586-667 93, peter.westin@regionorebrolan.se	Projektnummer MT 2020-0004

Sammanfattning

Denna upphandling omfattar dialysmonitorer och mobila vattenanläggningar inklusive utrustningsspecifikt förbrukningsmaterial till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Upphandlingen omfattar även option på ett datainsamlingsystem som täcker regionens tre sjukhus, option på slangar och anslutningar till centralkoncentrat, option på teknisk serviceutbildning samt option på serviceavtal.

Utrustningen är xx.

Upphandlingens värde

Upphandlingens totala värde uppgår till X kr.

Upphandlingsform

Upphandlingen har genomförts som öppen upphandling enligt Lagen om offentlig upphandling, LOU.

Annonsering

Genom Visma, TendSign har annonsering skett den 7 maj 2021.

Anbud har inkommit från:

Anbudsgivare	Anbudsnummer

Projektgrupp

Kliniska och tekniska representanter från Region Örebro län.

Kvalificering - Krav på anbudsgivare

Xx.

Obligatoriska krav

Xx.

Provuppställning

Xx.

Utvärdering

Nedan presenteras livstidskostnad och pålägg för grad av kriterieuppfyllnad för respektive anbud. Detaljerad information och beskrivning av utvärderingen kan läsas i bifogat utvärderingsdokument.

Xx.

Kvalitetssäkring

Upphandlingen är genomförd i enlighet med gällande lagstiftning och i beaktande av Region Örebro läns rutiner och praxis.

Förslag till beslut

Mot bakgrund av ovanstående resultat från projektgruppens arbete rekommenderar projektledaren och områdeschefen vid Medicinsk teknik att tilldelningsbeslut fattas av Region Örebro län avseende anskaffning av dialysmonitorer och mobila vattenanläggningar inklusive utrustningsspecifikt förbrukningsmaterial från xx från xx.

Peter Westin
Projektledare
Medicinsk teknik
Region Örebro län

Peter Björk
Områdeschef
Medicinsk teknik
Region Örebro län

Tilldelningsbeslut

Upphandlingsobjekt Dialysmonitorer och mobila vattenanläggningar	Datum 2021-12-01
Förvaltning, område, klinik Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen	
Projektledare, tjänsteställe Peter Westin, Regionservice, Område medicinsk teknik	Diarienummer 20RS2224
Telefon, e-post 0586-667 93, peter.westin@regionorebrolan.se	Projektnummer MT 2020-0004

Resultat av utvärdering

Den utvärdering som gjorts av en projektgrupp och en referensgrupp bestående av klinisk och teknisk personal har utvisat att leverantören xx (anbud xxxx) med dialysmonitorer xx och mobila vattenanläggningar xx inklusive utrustningsspecifikt förbrukningsmaterial uppfyller obligatoriska krav och är den utrustning som får det lägsta jämförelsevärdet när pålägget för samtliga kriterier summeras med livstidskostnaden.

I bifogad individuell rapport finns ytterligare information om upphandlingen, t.ex. anbudsgivare och propuppställningar. Komplet utvärderingsdokument bifogas också.

Från det att den upphandlande myndigheten meddelat anbudsgivaren tilldelningsbeslut inträder en avtalspärri då myndigheten inte får teckna avtal.

Avtalspärri gäller tio dagar efter offentliggörandet.

Beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden för Region Örebro län beslutar att antaga XX org.nr XXXX som leverantör avseende dialysmonitorer xx och mobila vattenanläggningar xx inklusive utrustningsspecifikt förbrukningsmaterial.

Örebro 2021-12-01

Karin Sundin
Regionråd
Region Örebro län



12

**Sjukvårdsregional
cancerplan 2022-24:
Utvecklingsplan för
cancervården inom
Sjukvårdsregion
Mellansverige
21RS3652**

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Ted Rylander

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS3652

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Sjukvårdsregional cancerplan 2022-24: Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar i enlighet med Samverkansnämndens rekommendation

att godkänna föreslagen Cancerplan 2022-24 - Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige.

Sammanfattning

Vid bildandet av Regionalt Cancercentrum (RCC) ingick det som en del i arbetet att ta fram en sjukvårdsregional utvecklingsplan för cancerområdet. Sjukvårdsregion Mellansveriges nuvarande cancerplan gäller från 2019 till och med 2021. En ny cancerplan för perioden 2022-2024 är nu framtagen och godkänd av samverkansnämnden 1 oktober 2021.

Cancerplan 2022-2024 är överskådlig och praktiskt inriktad. Den ska vara lätt att använda på förvaltningsnivå och i verksamheternas ledningsgrupper så att målen i den Nationella cancerstrategin ska kunna uppnås. Planen innehåller de utvecklingsområden som funnits med i föregående cancerplan, men med modifierade och nya aktiviteter. Ett nytt kapitel om barn och unga har tillkommit (kapitel 8) samt 4 delkapitel. Dessa berör tidig upptäckt i primärvården (kapitel 3.c.i), ärftlig cancer (kapitel 3.c.vii), Individuell patientöversikt (kapitel 4.c.vi) och cancerläkemedel (kapitel 4.c.vii).

RCC Mellansverige har koordinerat revideringsarbetet av cancerplanen. Som stöd i revideringen har de sjukvårdsregionala experter och grupper som arbetar inom respektive delområde engagerats. Remissversionen av cancerplanen har skickats ut brett, bland annat till RCC:s sjukvårdsregionala arbets- och vårdprocessgrupper och patient- och närståenderådet. De lokala cancersamordnarna i regionerna ansvarade för spridning till respektive lokalt

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten Hälso- och
sjukvårdsförvaltning, Ted Rylander

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS3652

cancerråd och linjeorganisation. Även Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet (RUR), Regionalt programområde (RPO) levnadsvanor och RPO äldres hälsa, som har delansvar i planen, har besvarat remissutskicket.

Samverkansnämnden (SVN) fastställde förslaget till cancerplan 1 oktober 2021 och rekommenderar sjukvårdsregionens regioner att godkänna densamma.

Beredning

Samverkansnämnden tog beslut om rekommendationen vid sammanträde den 1 oktober 2021.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut bedöms inte medföra några konsekvenser för berörda perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut bedöms inte ha några ekonomiska konsekvenser.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnden 2021-12-01.

Samverkansnämndens protokoll 1 oktober 2021 med bilaga Cancerplan 2022-24: Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige.

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Från: [Kreshnik Dautaj](#)
Till: [Region Dalarna](#); [Region Gävleborg](#); [Region Sörmland](#); [Region Uppsala](#); [Diariet Region Värmland](#); [Region Västmanland](#); [Region Örebro län](#)
Ärende: Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansverige 2021-10-01
Datum: den 6 oktober 2021 10:17:48
Bilagor: [Protokoll SVN 1 okt - signed.pdf](#)
[Beslutad Cancerplan 2022-24 - version 5 211001.pdf](#)

Bifogar protokoll med bilagor från möte med Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansverige 2021-10-01 innehållande rekommendationer till regionerna i:

§ 6. Cancerplan Sjukvårdsregion Mellansverige 2022-2024

Beslut

att godkänna föreslagen Cancerplan 2022-24 - Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige och att rekommendera sjukvårdsregionens regioner att godkänna densamma

Info till Region Värmland: Diarieför som ett HSN ärende

Kreshnik Dautaj

Ledningskoordinator
Kansliet Sjukvårdsregion Mellansverige
010-831 64 77, 072-468 46 04
kreshnik.dautaj@regionvarmland.se
www.sjukvardsregionmellan.se

Region Värmland

Regionens hus
651 82 Karlstad
www.regionvarmland.se

Hur Region Värmland hanterar personuppgifter i e-post finns att läsa på
www.regionvarmland.se/personuppgifter

Cancerplan 2022-24

Utvecklingsplan för cancervården inom
Sjukvårdsregion Mellansverige

Versionshantering

Datum	Förändring
2021-03-12	Version 1: Remissversion
2021-04-28	Version 2: Remissyttranden inarbetade
2021-05-12	Version 3: RCC styrgrupps synpunkter inarbetade
2021-07-06	Version 4: Språklig översyn samt tillägg av delkapitel kring organiserad prostatatestning
2021-10-01	Version 5: Publicerad version. Beslutad av Samverkansnämnden 2021-10-01

Cancerplan 2022-24

Rapporten utgiven av: RCC Mellansverige

ISBN: 978-91-985277-3-5

Oktober 2021

Innehållsförteckning

Ordlista	4
Förkortningar i dokumentet	5
Bakgrund	6
1.a Om cancerplanen	7
1.b Organisation	8
1.c Nationellt system för kunskapsstyrning	9
1.d Sjukvårdsregionala och nationella förutsättningar	10
Patient- och närståendemedverkan.....	12
2.a Delaktighet i den egna vården samt stöd för patienter och närstående	12
2.b Patient- och närståendemedverkan i vårdens utveckling.....	13
Prevention och tidig diagnostik.....	15
3.a Primär cancerprevention	15
3.b Förebyggande insatser bland individer med cancer.....	17
3.c Sekundär cancerprevention; screening och tidig diagnostik	18
Kunskapsstyrning inom RCC.....	27
4.a Register	27
4.b Vårdprogram	29
4.c Vårdprocesser	30
Kompetensförsörjning.....	42
Klinisk cancerforskning och innovation	44
Nivåstrukturering	46
Barn och unga	48
Bilaga 1	50
Cancerplanens aktivitetstabeller	50

Ordlista

Cancerdetektion i screening

Mått på screeningens effektivitet, antal upptäckta tumörer per 1000 undersökningar.

GAP-analys

Analys av gapet mellan nuläge och uppsatta mål.

Incidens

Antal fall av en viss sjukdom som uppträder i en befolkning under viss tid; vanligtvis anges det som antal nydiagnostiserade fall per 100 000 invånare och år.

Intervallcancer

Cancer som upptäcks mellan screeningundersökningar.

Patientrapporterade mått

PROM (patient reported outcome measures) mäter funktion samt hälsorelaterad livskvalitet och PREM (patient reported experience measures) mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

Prehabilitering

Sammanhängande vårdprocess mellan diagnos och behandlingsstart som omfattar fysiska och psykologiska bedömningar för att fastställa funktionellt utgångsstatus, identifiera funktionsnedsättningar och erbjuda målinriktade åtgärder för att förbättra patientens hälsa samt minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer.

Prevalens

Ett mått på sjukdomsförekomst. Uttrycks t.ex. som antal individer eller andel av hela befolkningen som har eller haft en sjukdom vid en viss tidpunkt.

Relativ canceröverlevnad

Den relativa canceröverlevnaden beskriver hur stor andel av cancerpatienterna som fortfarande är i livet efter fem respektive 10 år, jämfört med en grupp människor i befolkningen som är lika avseende ålder, kön och tidsperiod.

Screening (organiserad)

En definierad del av befolkningen bjuds in till riktad hälsoundersökning för att diagnostisera och åtgärda förstadier till cancer eller cancer i tidigt stadium. Det övergripande syftet är att minska cancerdödligheten.

Selektionsfrekvens

Antalet screeningundersökta personer som går vidare till fortsatt utredning med vävnadsprov etc.

För ytterligare förklaringar av ord inom cancerområdet finns en [ordlista](#) på RCC:s webbplats.

Förkortningar i dokumentet

- **AKI** – Arbetsgruppen för kvalitetsregister på INCA
- **HPV** – Humant Papillomvirus
- **INCA** – Informationsnätverk för cancervården
- **IPÖ** – Individuell patientöversikt
- **LPO** – lokalt programområde
- **MDK** – multidisciplinära konferens
- **MVP** – Min vårdplan
- **NAG** – Nationell arbetsgrupp
- **NPO** – nationellt programområde
- **NT-rådet** – Rådet för nya terapier
- **OPT** – organiserad prostatacancertestning
- **PNR** – patient- och närstående råd
- **PSA** – prostataspecifikt antigen
- **RAG** – regional arbetsgrupp
- **RBC** – Regionalt biobankscentrum
- **RCC** – Regionala cancercentrum
- **RCC i sam** – Regionala cancercentrum i samverkan, dvs RCC på nationell nivå
- **RPO** – regionalt programområde
- **RUR** – Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet
- **SKR** – Sveriges kommuner och regioner
- **SVF** – standardiserade vårdförlopp
- **SVN** – Samverkansnämnden
- **TLV** – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- **VPG** – vårdprocessgrupp
- **WHO** – Världshälsoorganisationen

KAPITEL 1

Bakgrund

Den 3:e februari 2020 firades den [Nationella cancerstrategins](#) 10-års-jubileum med ett stort möte på Karolinska Institutet Solna. Ett flertal föredrag och hedersomnämningen ingick i det digra programmet. Cancerstrategins många framsteg belystes ur olika perspektiv där bildandet av sex Regionala cancercentra (RCC), med samordning via RCC i samverkan och Cancerteamet vid Sveriges kommuner och regioner (SKR), framstår som en viktig förutsättning.

Arbetet med Cancerstrategin kan dock inte vila på gamla lagrar. Satsningar på prevention, screening och andra strategier för tidig upptäckt kommer att vara centrala för att cancerbördan ska kunna begränsas. Att stödja utveckling inom klinisk forskning och innovation är också synnerligen viktigt för att Sveriges cancervård ska kunna nå resultat i världsklass.

Det behövs ett fortsatt stöd till implementering av ny kunskap via de nationella vårdprogrammen. Utvecklingen av cancervårdens kvalitetsregister måste anpassas till sjukvårdens behov genom automatiserad överföring av data, något som det nu börjar komma praktiska exempel på. Registerdata måste användas i större omfattning för att följa upp cancervården och se till att rekommenderade moderna metoder används på ett jämlikt sätt. Andra IT-baserade kunskapsstöd, som t.ex. Individuell patientöversikt (IPÖ) och patientens Min vårdplan via 1177 Vårdguiden, har börjat implementeras. Dessa IT-lösningar syftar till att underlätta för vårdpersonalen och att öka patienternas delaktighet i vården.

Cancervården är ett av sjukvårdens mest multidisciplinära områden med många övergångar för patienterna, både mellan olika verksamheter inom en region, men också mellan regioner. Det gör vårdprocessarbetet, inklusive de standardiserade vårdförloppen (SVF), med fokus på ledtider och sammanhållna vårdkedjor extra viktigt. Patienters och närståendes livskvalitet ska förbättras genom satsningar på patientmedverkan, rehabilitering och palliativ vård. Sedan 2019 pågår också en särskild satsning på barncancervården där vi de närmaste åren ser fram emot att få ta del av uppnådda resultat. För att alla olika områden ska kunna utvecklas i rätt riktning måste sjukvårdsregionen också arbeta för en hållbar kompetensförsörjning av cancervården.

Med coronapandemins intåg i februari-mars 2020 har hälso- och sjukvården i Sverige tvingats satsa stora resurser på att bromsa spridningen och effekterna av covid-19. Det ledde bl.a. till en nedgång på nära 10 % av antalet diagnostiserade cancrar till och med oktober 2020. RCC har ett viktigt uppdrag att ta fram statistik som belyser situationen och som ger regionerna kunskap om nödvändiga prioriteringar.

Förutom det långsiktiga [inriktningsbeslutet](#) i maj 2018, har Regeringen också nyligen kommunicerat sitt stöd för RCC:s satsningar genom den senaste [överenskommelsen](#) från december 2020 mellan staten och SKR inför 2021, där satsningen på cancerstrategin utökades från 500 Mkr till 600 Mkr.

1.a Om cancerplanen

Bakgrund

Vid bildandet av RCC-organisationen formulerades, på regeringens uppdrag, tio kriterier för vad som ska utmärka ett RCC. På grund av de skillnader som finns mellan sjukvårdsregionerna, bl.a. avseende sjukvårdens organisation och tillgång till specialistvård var ett av kriterierna att varje sjukvårdsregion skulle ta fram en strategisk utvecklingsplan för att beskriva hur man skulle arbeta med att förverkliga den Nationella cancerstrategin.

2019 tog RCC i samverkan fram en gemensam inriktning för svensk cancervård, [Vägen framåt](#), som gäller 2020-22. Dokumentet, som samlar RCC:s gemensamma ståndpunkter och mål, utgår från regeringens långsiktiga inriktningsbeslut från 2018 och har använts som underlag vid revisionen av denna cancerplan.

Struktur och innehåll

Inför revideringen av föregående cancerplan omarbetades strukturen för att göra planen mer överskådlig och praktiskt inriktad. Även Cancerplanen 2022-2024 ska vara lätt att använda på förvaltningsnivå och i verksamheternas ledningsgrupper så att målen i den Nationella cancerstrategin ska kunna uppnås.

Denna cancerplan innehåller de utvecklingsområden som funnits med i föregående cancerplan, men med modifierade och nya aktiviteter. Ett nytt kapitel om barn och unga har tillkommit (kapitel 8) samt fyra delkapitel. Dessa berör tidig upptäckt i primärvården (kapitel 3.c.i), ärftlig cancer (kapitel 3.c.vii), Individuell patientöversikt (kapitel 4.c.vi) och cancerläkemedel (kapitel 4.c.vii).

Revideringsprocessen

RCC Mellansverige har koordinerat revideringsarbetet av cancerplanen. Som stöd i revideringen har de sjukvårdregionala experter och grupper som arbetar inom respektive delområde engagerats. Remissversionen av cancerplanen har skickats ut brett, bl.a. till RCC:s sjukvårdregionala arbets- och vårdprocessgrupper och patient- och närståenderådet. De lokala cancersamordnarna i regionerna ansvarade för spridning till respektive lokalt cancerråd och linjeorganisation. Även Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet (RUR), Regionalt programområde (RPO) levnadsvanor och RPO äldres hälsa, som har delansvar i planen, har besvarat remissutskicket.

Beslut och införande

Samverkansnämnden (SVN), sjukvårdsregionens högsta politiska organ, fastställer cancerplanen och sedan tas beslut om planen i respektive regions politiska ledning. Cancerplanen är därmed ett viktigt styrdokument i RCC Mellansveriges och regionernas utvecklingsarbete inom cancerområdet.

Eftersom cancerplanen är sjukvårdsregional och ska vara giltig för alla sju regioner är den formulerad på en övergripande nivå och beskriver inte områdena i detalj. Regionerna har olika behov och förutsättningar vilket innebär att implementeringen av cancerplanens områden kommer att behöva göras på olika sätt. RCC Mellansverige och regionerna tar fram egna

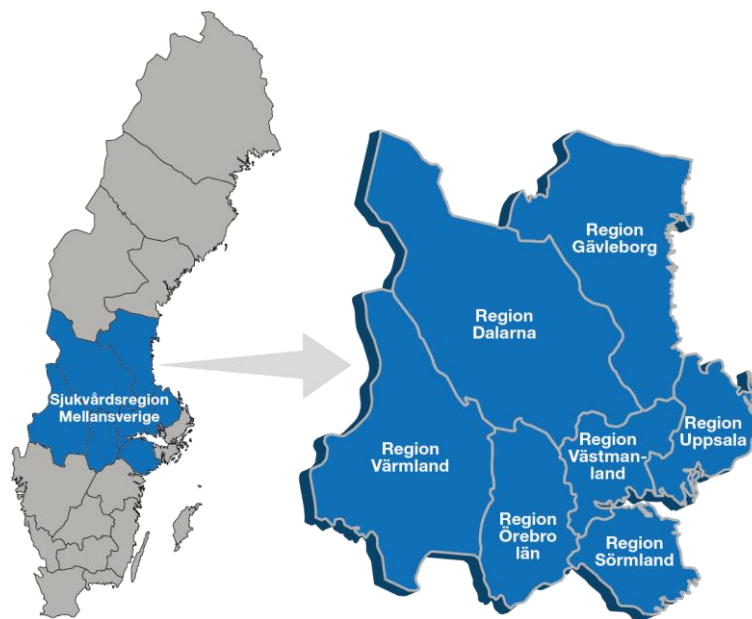
handlingsplaner som konkretiserar hur och av vem cancerplanens aktiviteter ska genomföras. Regionerna utformar självständigt sina handlingsplaner med cancerplanen som ram. RCC Mellansverige bistår med stöd för att underlätta arbetet, bl.a. genom att tillhandahålla en generisk mall och rådgivning.

Covid-19-pandemins påverkan på sjukvården innebär en utmaning och kan komma att påverka regionernas möjlighet till utvecklingsarbete.

1.b Organisation

Sjukvårdsregional nivå

Regionalt cancercentrum Mellansverige är en kunskaps- och utvecklingsorganisation som tillsammans med de sju regionerna (Dalarna, Gävleborg, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro) utvecklar och kvalitetssäkrar cancervården i sjukvårdsregionen. RCC Mellansverige är underställd [Samverkansnämnden](#) (SVN) och rapporterar dit och till dess ledningsgrupp, vilken består av regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer.



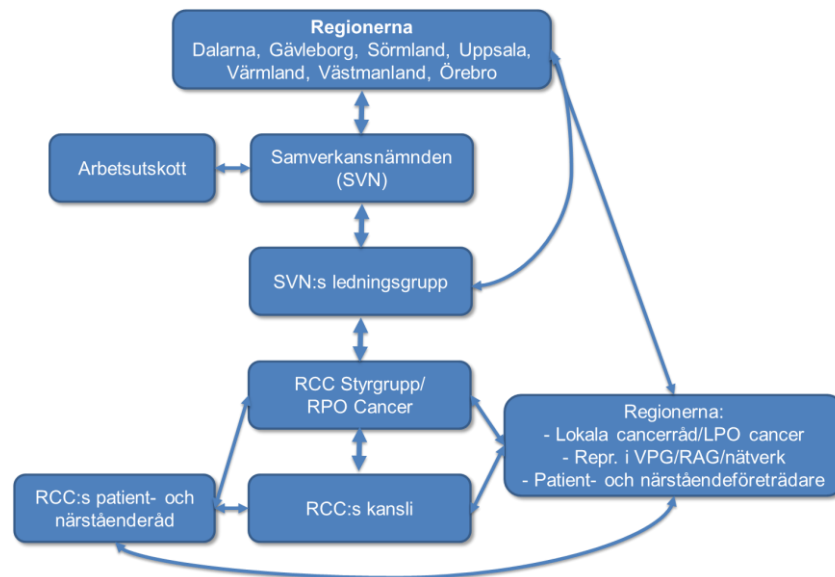
Figur 1. Sjukvårdsregionen Mellansverige och dess sju regioner

RCC har ett nära samarbete med regionerna i utvecklingen av cancervården, bl.a. via de lokala cancerråden (benämns i några regioner lokalt programområde (LPO) cancersjukdomar). Cancerrådets ordförande är ledamöter i [RCC styrgrupp](#). Cancerråden har en central roll för den enskilda regionens arbete med Cancerstrategin. Däremot saknar cancerråden/LPO:erna formell beslutsmyndighet över verksamheternas resurser utom i de fall där berörda chefer med beslutsmandat sitter i rådet. Styrkan är rådets multiprofessionella och multidisciplinära uppbyggnad vilket bidrar till att frågor kan lyftas till linjeorganisationen för beslut på ett välunderbyggt sätt.

Eftersom regionerna är självstyrande har inte heller RCC Mellansverige mandat att bestämma över regionernas verksamheter. RCC:s sjukvårdsregionala vårdprocessgrupper (VPG), arbetsgrupper (RAG) och nätverk samt samarbetet med de lokala cancerråden är därför centrala i RCC:s arbete och bidrar till att arbetet ges legitimitet och förankras i sjukvårdsregionens verksamheter. Genom att bereda förslag till SVN och sedan ta dessa vidare till respektive regions

politiska ledning fattas beslut för verkställande i verksamheterna. Processen för att förankra politiska beslut i linjeorganisationen i de sju regionerna ser olika ut.

Patientsamverkan är en annan viktig del i RCC:s arbete med utvecklingen av cancervården. I sjukvårdsregionen finns ett patient- och närstående råd (PNR) som aktivt bidrar med patient- och närståendeperspektiv i det pågående arbetet. Även på lokal nivå finns patientsamverkan som är organiserad på olika sätt i respektive region.



Figur 2. Sjukvårdsregional organisation

Nationell nivå

Landets sex sjukvårdsregionala RCC har en gemensam nationell styrgrupp, RCC i Samverkan, som består av verksamhetscheferna vid respektive RCC och den nationella cancersamordnaren vid SKR. Det nationella arbetet bidrar till ett effektivare resursutnyttjande, en mer jämlik cancervård och mer slagkraft i det påverkansarbete som är en del av det nationella uppdraget. Samverkansgruppen är rådgivande instans i cancerfrågor till SKR, Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

RCC:s arbete bedrivs i hög grad av nationella arbetsgrupper som utses av RCC i Samverkan och består av minst en representant per sjukvårdsregion. Det finns diagnosspecifika nationella vårdprogramgrupper och kvalitetsregistergrupper samt diagnosövergripande arbetsgrupper, t.ex. för prevention, cancerläkemedel och rehabilitering. Återkopplingen till och samverkan med den sjukvårdsregionala och regionala nivån är nödvändig. Detta sker bl.a. med stöd av de sjukvårdsregionala VPG när nya eller reviderade vårdprogram tagits fram.

1.c Nationellt system för kunskapsstyrning

Sveriges regioner beslutade 2016 att bygga upp en nationellt sammanhållen [kunskapsstyrningsorganisation](#).

Modellen innehåller tjugosex nationella programområden (NPO:er) som var och en täcker in ett organ- eller sjukdomsområde. Dessutom finns åtta nationella samverkansgrupper (NSG) för

övergripande kunskapsområden som läkemedel, medicinsk teknik och patientsäkerhet m.fl. Arbetet har accelererat sedan 2018, bl.a. har värdskap för NPO:erna fördelats sjukvårdsregionalt. Region Mellansverige har tilldelats värdskapet för NPO:erna akutvård, hjärtkärlsjukdomar, öron-näsa- halssjukdomar samt äldres hälsa.

Inom cancervården har kunskapsstyrning redan införts genom satsningen på Regionala Cancercentrum. Norra sjukvårdsregionen har tilldelats värdskap för NPO cancersjukdomar, men det har hittills varit vilande då RCC i Samverkan innehar rollen som NPO cancersjukdomar med ansvaret för kunskapsstyrningen inom cancerområdet.

I Sjukvårdsregion Mellansverige har ett omställningsarbete påbörjats utifrån strukturen i den nya kunskapsstyrningen där de olika regionala programområdena (RPO) delvis kommer att byggas på de sjukvårdsregionala specialitetsråden som omformats med målsättning att multiprofessionell kompetens ska säkerställas. Rollen som RPO cancersjukdomar har tilldelats RCC styrgrupp. Samtidigt skapas verksamhetschefsgupper (VCG) för ett flertal specialiteter som ersätter de tidigare specialitetsråden. VCG:s huvuduppdrag består av vårdprocesser, produktionsplanering och uppföljning av medicinska resultat, men samverkan med respektive RPO kring kunskapsstyrning ingår också i uppdraget. Både RPO:er och VCG:er rapporterar till Samverkansnämndens ledningsgrupp.

Under 2020 tog Norra sjukvårdsregionen upp frågan om att undersöka förutsättningarna för att överföra de delar av RCC i samverkan och SKR:s cancerteam som omfattar kunskapsstyrning till NPO cancersjukdomar i Norra sjukvårdsregionen. En arbetsgrupp från berörda parter tog fram ett beslutsunderlag som låg klart i januari 2021. Bland annat på grund av komplexiteten i RCC i samverkans uppdrag blir en regelrätt flytt av delar av RCC i samverkan/Cancerteamet till Umeå inte av. Däremot fortsätter en diskussion kring fördelningen av stödresurser mellan RCC i samverkan/Cancerteamet och Nationella kunskapsstyrningen i övrigt.

1.d Sjukvårdsregionala och nationella förutsättningar

Befolkning

Befolkningen i sjukvårdsregionen har ökat med 4,8 % från 31 december 2015 till 31 dec 2020 och uppgick 2020 till 2,13 miljoner vilket utgjorde 20,5 % av rikets befolkning. Fördelningen mellan de sju landstingen är relativt jämn med en spridning från Region Västmanlands 277 000 invånare till Region Uppsalas 388 000 invånare.

Incidens

Enligt den senaste [Cancerfondsrapporten](#) kommer mer än 100 000 svenskar att få en cancerdiagnos 2040. Det motsvarar en ökning på 54 % från 2020 då drygt 65 000 svenskar beräknas ha fått en cancerdiagnos. Ökningen beror till stor del på att Sveriges befolkning växer samt att befolkningen blir äldre. Det finns dock vissa tumörformer som ökar i antal även om man korregerar för ökat antal invånare och förändrad åldersfördelning. Det gäller t.ex. olika former av hudcancer. Även testikelcancer är en cancerform som har ökat de senaste åren.

Ökningen gör att arbetet med prevention är viktigare än någonsin. Upp till en tredjedel av alla nya cancerfall anses bero på ohälsosamma levnadsvanor vilket betyder att de går att förhindra. Rökning är den levnadsvana som brukar framhållas som den enskilt viktigaste men aktuell

forskning pekar på att övervikt och fetma håller på att bli den största åtgärdbara bakomliggande orsaken till cancersjukdomar.

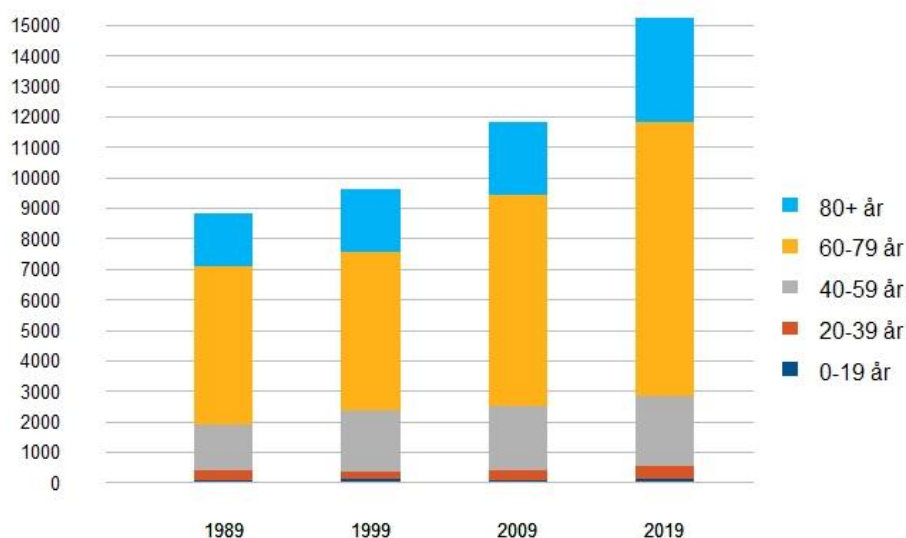
Överlevnad och dödlighet vid cancer

Tack vare tidig diagnostik och förbättrad behandling har risken att avlida av cancer gradvis sjunkit de senaste decennierna. Den relativa tioårsöverlevnaden för de som drabbats av cancer låg under 50 % för både kvinnor och män under åttiotalet. Enligt beräkning för 2016 ligger motsvarande siffra numera på 69 % för både kvinnor och män. Den relativa femårsöverlevnaden ligger för båda könen på cirka 75 %. Totalt sett orsakar cancer cirka 25 % av de cirka 90 000 dödsfall som årligen inträffar i Sverige.

Prevalens

Ett allt större andel drabbade överlever sin cancer. Enligt beräkningar finns det drygt 200 000 personer i landet som inom de senaste fem åren fått en cancerdiagnos (=5-års prevalens). Dessutom ökar ständigt antalet personer som lever med former av cancer där definitiv bot ännu inte är möjlig. Den förbättrade överlevnaden i denna patientgrupp beror på utvecklingen av diagnostik och olika former av cancerbehandling. Särskilt utvecklingen av målsökande läkemedel har varit slående. Våren 2021 listar FASS ett nittiotal tillgängliga målsökande cancerläkemedel. Bland dessa ingår de läkemedel som triggar immunförsvaret att angripa cancercellerna genom att blockera molekyler som dämpar immunsystemet. Dessa läkemedel tycks bota en del av patienter med spridd melanomsjukdom och de har även god effekt mot bl.a. lungcancer och njurcancer.

Allt detta ställer krav på antalet medarbetare inom cancervården, deras kompetens, samt en allt bättre organisation av stödjande och rehabiliterande resurser för att minimera de negativa effekter på fysisk, psykisk eller social funktionsförmåga som många cancerpatienter drabbas av. Detta kommer också att leda till ökade ekonomiska krav där den horisontella prioriteringen mellan olika sjukdomsgrupper kommer att ställas på prov.



Figur 3. Antal nydiagnostiserade fall av invasiv cancer per år och ålderskategori i Sjukvårdsregion Mellansverige. Källa: Cancerregistret

KAPITEL 2

Patient- och närståendemedverkan

2.a Delaktighet i den egna vården samt stöd för patienter och närstående

Bakgrund

Det finns många fördelar med att samverka med patienter och närstående, både för ett förbättrat vårdresultat för den enskilde patienten, men även för vårdutvecklingen inom cancerområdet i stort (se 2.b).

Patientlagen kom 2015 (2014:821). Den stärker och tydliggör patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen stipulerar att patienter har rätt till förståelig information om sitt hälsotillstånd och de behandlingsalternativ som står till buds. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Detta förutsätter goda färdigheter i kommunikation hos vårdens företrädare.

Vidare säger patientlagen att vården i så hög grad som möjligt ska planeras och utföras i samråd med patienten. Även de närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

De närstående utgör ofta ett stort stöd för cancerpatienter och utsätts ofta för stora påfrestningar i sin roll. Det finns behov av ett stärkt stöd till närstående. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är det särskilt viktigt att beakta behovet av information, råd och stöd till barn som närstående. I Sverige får årligen omkring 11 000 personer som är föräldrar till minderåriga barn ett cancerbesked.

Var är vi?

Den information som förmedlas i Min vårdplan, Individuell patientöversikt samt av kontaktsjuksköterskan och annan vårdpersonal utgör viktiga delar för att tillgodose att patienter och närstående får kunskap anpassade efter sina behov och bidrar till en ökad delaktighet. Även patientrapporterade mått via enkäter bidrar till att öka patienternas medverkan i den egna vården. Mer information om dessa verktyg finns i kapitel 4.

Utöver de stödinsatser som hälso- och sjukvården tillhandahåller patienter och närstående erbjuder patientföreningar och andra ideella grupper ytterligare stödverksamhet. Sedan 2019 stödjer RCC Mellansverige lokala patientsamverkansprojekt i de sju regionerna. Minst tre patientföreningar har kunnat gå samman och ansöka om finansiellt stöd för att gemensamt anordna aktiviteter för patienter och närstående i den egna regionen. Aktiviteterna har bl.a. inkluderat föreläsningar från vårdprofessionen, skapande verksamhet, promenadgrupper och annan fysisk aktivitet. Hittills har föreningar i Dalarna, Gävleborg (Ljuspunkten) och Örebro (Livsgnistan) ansökt om stöd och arrangerat aktiviteter.

[Nära Cancer](#) är ett webbstöd för barn och unga med en närstående som har eller haft cancer. Webbstödet, som har användare från hela Sverige, drivs av Onkologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro och har utvecklats med stöd av RCC Mellansverige. Nära Cancer har även utformat olika stödmaterial och verktyg för vårdpersonal som möter barn som närstående.

Sedan 2016 har RCC Mellansverige en arbetsgrupp för barn som närstående (RAG barn som närstående). Gruppen, som arbetar för att barnens behov av information, råd och stöd beaktas enligt hälso- och sjukvårdslagen, har bl.a. arrangerat regiondagar inom ämnet för sjukvårdsregionens vårdpersonal.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att sjukvårdsregionens cancerpatienter är delaktiga i sin egen vård i den utsträckning de önskar samt att patienter och närstående erbjuds individanpassat stöd.

Mer om sjukvårdsregionens planerade aktiviteter kring kontaktsjuksköterskan, Min vårdplan, Individuell patientöversikt och patientrapporterade mått finns i [kapitel 4](#).

Tabell 1. Stöd till patienter och närstående

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra projekt för lokal stödverksamhet i regi av lokala cancerföreningar	- Patientföreningar med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Säkerställa att det finns skriftliga rutiner avseende barn som närstående som efterlevs i verksamheten (HSL 2017:30)	- Regionerna	2022
Utvärdera befintligt stöd för närstående (a), inklusive barn som närstående (b) samt vid behov arrangera utbildningsinsatser (c)	- RCC:s sjuksköterskenätverk (a) - RAG barn som närstående (b, c) - RCC Mellansverige med stöd av patient- och närståenderådet (c)	2022-24

2.b Patient- och närståendemedverkan i vårdens utveckling

Bakgrund

Den nationella cancerstrategin framhåller vikten av att patientföreträdare deltar i cancervårdens förbättringsarbete för att säkerställa att cancervården utformas utifrån patientens perspektiv. Patient- och närståendemedverkan har utvecklats positivt under flera år i sjukvårdsregionen och finns numera med i vårdutvecklingsarbetet inom cancerområdet.

Ett annat sätt att inkludera patienters och närståendes synpunkter i utvecklingen av hälso- och sjukvården är att använda enkäter som patienter och närstående besvarar kring sina upplevelser av vården, så kallade PREM-enkäter (PREM, patient reported experience measures).

Var är vi?

RCC Mellansveriges patient- och närståenderåd (PNR) är ett självständigt råd, med uppdraget att bevaka patient- och närståendeperspektivet i cancervården och det arbete som bedrivs inom

RCC. Sedan 2019 är PNR:s ordförande adjungerad ledamot i RCC Mellansveriges styrgrupp. RCC och PNR Mellansverige deltar i en nationell arbetsgrupp som årligen utvärderar patientsamverkansarbetet och initierar förbättringsarbeten.

Patient- och närståenderåd finns nu även på lokal nivå i några av sjukvårdsregionens regioner. Alla sju regioner har patient- och närståendeföreträdare med i det lokala cancerrådet samt har även annan samverkan med patientföreningar inom cancerområdet.

Patient- och närståendeföreträdare finns även med i majoriteten av RCC Mellansveriges sjukvårdsregionala vårdprocessgrupper och andra arbetsgrupper samt i de nationella vårdprogram- och kvalitetsregistergrupper som RCC ansvarar för.

För att ha en fungerande patient- och närståendemedverkan är introduktion och ett tydligt uppdrag essentiellt. Eftersom cancervården hela tiden utvecklas krävs kontinuerliga utbildningsinsatser.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att patienters och närståendes erfarenheter tas till vara i cancervårdens utveckling.

En god samverkan mellan vårdens företrädare och patientföreningar eller andra forum/nätverk med patienter och närstående ska eftersträvas. Sjukvårdsregionen ska skapa förutsättningar för att underlätta patient- och närståendemedverkan i cancervården. Baserat på kontinuerliga utvärderingar och aktuella forskningsresultat inom området ska formerna för patient- och närståendemedverkan utvecklas. Svar från PREM-enkäter ska användas i utvecklingen av vården.

Tabell 2. Patient- och närståendemedverkan i vårdens utveckling

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Stärka patient- och närståendeföreträdare, bl.a. genom att tillhandahålla introduktion och utbildningsinsatser	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
Utvärdera och utveckla formerna för patient- och närståendemedverkan	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24

KAPITEL 3

Prevention och tidig diagnostik

Forskning tyder på att omkring 30 % av alla cancerfall kan förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor samt att vissa infektioner undviks. Detta visar bl.a. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) i en [rapport](#) från 2020. Den uppskattar att 28 % av alla cancerfall i Sverige kan kopplas till påverkbara riskfaktorer och att rökning är den största bidragande orsaken till cancer (11 %), följt av solvanor (7 %). Därefter kommer kostvanor, övervikt och fetma, infektioner och alkoholkonsumtion (2 % vardera) och fysisk inaktivitet (1 %).

Regeringen beslutade i maj 2018 att anta strategidokumentet [En långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården](#). Inriktningen framhåller att en av de viktigaste åtgärderna för att motverka prognosen om ett kraftigt ökat antal cancerfall och den negativa effekten dessa utgör på individen är att arbeta med att förebygga och tidigt upptäcka cancer.

I inriktningen betonas att det förebyggande arbetet inom RCC bör stärkas och att RCC bör delta i ett brett folkhälsopolitiskt arbete kring förbättrade levnadsvanor tillsammans med andra aktörer (delkapitel 3.a.). RCC bör också främja goda levnadsvanor hos cancerpatienter under behandling och rehabilitering (delkapitel 3.b). Vidare framhåller regeringen vikten av tidig upptäckt av cancer. Förbättrade metoder för tidig upptäckt i primärvården och screeningprogram möjliggör upptäckt och behandling av sjukdomen i tidigt stadium, vilket ökar chansen till bot och minskar risken för komplikationer (delkapitel 3.c).

3.a Primär cancerprevention

Bakgrund

Primärprevention, förebyggande arbete mot cancer, omfattar alla de samlade insatser som görs på individ-, grupp- och samhällsnivå för att minska risken för uppkomst av cancer. När det gäller hälsosamma levnadsvanor arbetar RCC utifrån den [Europeiska kodexen mot cancer](#), framtagen av International Agency for Research on Cancer, WHO. Insatser kopplade till främjande av goda levnadsvanor som införs i dag påverkar cancerstatistiken först om 10–30 år.

WHO poängterar i en [rapport](#) från 2020 att primärt förebyggande av cancer innefattar ett brett spektrum av juridiska och politiska insatser inom flera områden, såsom minskad exponering av cancerframkallande ämnen, främjande av hälsosamt beteende, följsamhet till vaccinationsprogram och rådgivning för tobaksavvänjning. Dessa strategier kräver ett helhetsgrepp från regering och samhälle. I Sverige har Folkhälsomyndigheten en samordnade roll för det folkhälsopolitiska arbetet medan regioner och kommuner ansvarar för de välfärdstjänster som kan påverka folkhälsan.

Tobaksrökning, som är den levnadsvana som orsakar flest cancerfall, orsakar 80-90 % av all lungcancer, men ökar risken även för andra cancerformer. Det nationella målet är att mindre än fem procent av befolkningen röker år 2025. Ohälsosamma matvanor, övervikt och fetma samt otillräcklig fysisk aktivitet är tätt sammankopplade och är en ökande orsak till cancerinsjuknande. Enligt WHO finns det mer än 60 sjukdomar, däribland flera cancerformer, som har samband med måttlig till hög alkoholkonsumtion. Överexponering av UV-strålning via sol eller solarier är

den främsta orsaken till hudcancer, vilken är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige och den cancerform där insjuknandet ökar snabbast. Barn är extra känsliga för exponering för UV-strålning. RCC har tidigare drivit kampanjen Sunda solvanor i sjukvårdsregionen som sedan 2017 förvaltas av respektive region.

HPV-vaccination är en primärpreventiv insats som genomförs för att förebygga infektion av de humana papillomvirus (HPV) som ger en ökad risk för cancer i livmoderhalsen, vulva, anus, penis och svalget. Från och med hösten 2020 ingår både flickor och pojkar i vaccinationsprogrammet för HPV. Vaccin finns även mot hepatit B som ger en ökad risk för levercellscancer.

Var är vi?

RCC Mellansveriges arbete med prevention utgår från [den nationella cancerpreventionsplanen](#) som RCC i Samverkan låtit ta fram. Dokumentet har sin utgångspunkt i Regeringens långsiktiga inriktning för cancervården och RCC i samverkans strategidokument Vägen framåt.

För Sjukvårdsregion Mellansverige finns en arbetsgrupp för cancerprevention med deltagare från varje region som samverkar inom det cancerpreventiva området. Deltagarna har fått uppdraget från sin region att ansvara för det cancerpreventiva arbetet.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att minska insjuknandet i cancer genom att verka för hälsosamma levnadsvanor hos sjukvårdsregionens invånare i enlighet med Europeiska kodexen mot cancer.

Arbetet ska ske utifrån målen i den nationella cancerpreventionsplanen. För att lyckas krävs samverkan mellan de enheter som har i uppdrag att driva det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Det sker bl.a. genom samarbete mellan RCC Mellansverige och olika regionala programområden som har intressen inom preventivt arbete, t.ex. RPO levnadsvanor, RPO barn och ungas hälsa m.fl.

Tabell 3. Primär cancerprevention

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Öka kunskapen hos befolkning och hälso- och sjukvårdspersonal om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor för minskat insjuknande i cancer	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-2024
Utveckla samarbetet med relevanta aktörer inom preventionsarbetet för att förstärka och effektivisera det cancerpreventiva arbetet	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-2024

3.b Förebyggande insatser bland individer med cancer

Bakgrund

För vissa grupper är ohälsosamma levnadsvanor mer riskfyllda än för andra. I Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#) finns individer med cancer med som en av grupperna med särskild risk.

Förebyggande insatser bland individer med cancer omfattar bl.a. åtgärder för att minska risken för nyinsjuknande i annan cancersjukdom hos de som behandlas eller har behandlats för cancer. Exempelvis riskerar cirka 10% av de patienter som behandlas framgångsrikt för en typisk rökassocierad cancer att avlida i en annan rökassocierad cancer om man inte lyckas sluta röka. Rökning kan även påverka behandlingen av den aktuella tumörsjukdomen på ett negativt sätt.

Behovet av förändrade levnadsvanor gäller även förbättrade kostvanor, att hålla en hälsosam vikt, ökad fysisk aktivitet samt minskat alkoholintag och överexponering av UV-strålning. Studier har visat att fysisk aktivitet kan minska behandlingskomplikationer och förbättra utfall av cancerbehandling och cancerrehabilitering. Fysisk aktivitet kan också minska risken för recidiv, bl.a. vid bröstcancer. Om individer förbättrar sina levnadsvanor kan även den framtida risken för annan sjuklighet minska, t.ex. risken att insjukna i annan cancer eller lung- hjärt- och kärlsjukdom.

Förebyggande insatser bland individer med cancer kan också omfatta åtgärder som syftar till tidig upptäckt av annan sjukdom eller åtgärder för att förhindra eller minska risken för komplikationer.

Var är vi?

Flera av regionerna i Sjukvårdsregion Mellansverige har möjlighet att remittera cancerpatienter till enskild eller gruppbasead insats t.ex. för tobaksavvänjning, kostrådgivning och fysisk aktivitet.

Kontaktsjuksköterskor finns för flertalet cancerdiagnoser och dessa har en viktig roll i det förebyggande arbetet bland cancerpatienter. Min vårdplan (kapitel 4.c.iii) innehåller information om levnadsvanor och det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering samt de diagnosspecifika vårdprogrammen ger rekommendationer om cancerpreventiva insatser. Andra viktiga nationella kunskapsstöd är NPO levnadsvanors nationella vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Samarbete på nationell, sjukvårdsregional och regional nivå, bl.a. med andra programområden inom kunskapsstyrningsorganisationen, har påbörjats och kommer att utvecklas.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att minska negativa effekter av uppkommen cancersjukdom och öka livskvaliteten i samband med och efter cancerbehandling.

Arbetet ska ske utifrån nationella cancerpreventionsplanens mål: ”Patienter som kommer till hälso- och sjukvården får information om och erbjuds stöd för hälsosamma levnadsvanor”. En god och likvärdig tillgång till preventiva insatser för sjukvårdsregionens cancerpatienter ska eftersträvas. Alla cancerpatienter ska få samtal om levnadsvanor. All hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ge enkla råd angående hälsosamma val samt vid behov hänvisa patienten till andra

vårdenheter som erbjuder ett mer omfattande stöd. Hälsofrämjande insatser bör följas upp kontinuerligt och strukturerat genom användning av t.ex. KVÅ-koder, både inom specialist- och primärvården.

Tabell 4. Förebyggande insatser bland individer med cancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Stödja cancervården med kompetensutveckling kring samtal om levnadsvanor vid patientmöten	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
Sprida och öka kunskapen i cancervården om befintliga nationella kunskapsstöd inom prevention	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24

3.c Sekundär cancerprevention; screening och tidig diagnostik

Sekundär cancerprevention innefattar åtgärder som möjliggör upptäckt och behandling av cancer i tidigt stadium, vilket ökar chansen till bot. Primärvårdens roll för tidig diagnostik är viktig (3.c.i). Uppskattningsvis 70 % av alla som får en cancerdiagnos har haft sin första kontakt med primärvården.

Screening är en typ av sekundär prevention som innebär att en definierad del av befolkningen bjuds in till en riktad hälsoundersökning för att kunna diagnostisera och åtgärda icke symtomgivande förstadier till cancer eller cancer i tidigt stadium. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram. RCC i samverkan har kontinuerlig dialog med Socialstyrelsen kring screeningfrågor. Det finns i nuläget beslut om tre nationella screeningprogram avseende cancersjukdomar; för bröstcancer (3.c.ii), livmoderhalscancer (3.c.iii) och tjock- och ändtarmscancer (3.c.iv). Screening för lungcancer är under utredning. Arbete kring tidig diagnostik av hud- och prostatacancer beskrivs i delkapitel 3.c.v respektive 3.c.vi.

För den del av befolkning som har risk för ärftlig cancer är genetisk utredning och följsamhet till kontrollprogram viktigt för att upptäcka cancer tidigt. Omkring 5-10 % av all cancer bedöms bero på ärftliga faktorer (3.c.vii).

3.c.i Tidig diagnostik i primärvård

Bakgrund

Cancersjukdomar har generellt bättre prognos ju tidigare de diagnostiseras och behandlas. Primärvården har en central funktion i sitt omfattande patientflöde att fånga de patienter som har symtom som möjligen skulle indikera cancersjukdom eller annan allvarlig sjukdom. Detta är en utmaning eftersom symtom som kan tyda på cancer oftast beror på andra tillstånd eller mindre allvarliga sjukdomar. Det är en svår balansgång för primärvården att utreda eller inte utreda väldigt vaga symtom och i efterhand kan patienter uppleva att det tagit för lång tid innan remiss utfärdats för vidare utredning. Vid mer tydliga alarmsymtom är uppgiften enklare och leder till snabbare utredning, men även här är förklaringen till symtomen vanligen något annat än cancer.

Var är vi?

Uppskattningsvis 70 % av alla cancerutredningar startas i primärvården. Frågan om tidig diagnostik har blivit extra aktuell då det visat sig att coronapandemin bidragit till att patienter söker senare i förloppet.

Sedan 2015 har RCC uppdrag att stötta regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF) för kortare väntetider inom cancervården (se kapitel 4.c.ii). RCC har tagit fram kortversioner av SVF för primärvården samt en sammanställning över alarmsymtom och mer ospecifika symtom och fynd som kan ge misstanke om cancerdiagnos.

2021 etablerade RCC i samverkan en nationell arbetsgrupp för tidig upptäckt av cancer. Gruppen har som uppdrag att bl.a. fokusera på primärvården och samverka med Nationellt primärvårdsråd inom kunskapsstyrningsorganisationen.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att primärvården, genom god kännedom om alarmsymtom och användning av strukturerade metoder, bidrar till tidig upptäckt av cancersjukdom.

Flödena mellan primärvård och specialiserad vård ska vara sammanhållna, utan onödig väntetid och ovisshet för patienten. En god patientcentrerad konsultation kan tillsammans med väl inarbetade rutiner för handläggning av patienter med alarmsymtom minska risken för fördröjd diagnos och behandling. Detta arbetssätt bör stärkas i alla delar av primärvården.

Tabell 5. Tidig diagnostik i primärvård

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Delta i nationellt arbete kring tidig upptäckt i primärvården samt sprida information och kunskap till primärvården och andra berörda aktörer i sjukvårdsregionen	- RCC Mellansvarige	2022-24
Verka för sammanhållna flöden mellan primärvård och specialiserad vård enligt rutinerna för SVF	- Regionerna	2022-24

3.c.ii Screening för bröstcancer

Bakgrund

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige. Tidig diagnostik med mammografiscreening är en väl etablerad metod för att reducera bröstcancerdödlighet. Kvinnor med screeningupptäckt bröstcancer har en nästan halverad dödlighet i bröstcancer jämfört med kvinnor där bröstcancer upptäcks när den ger symtom, vanligast som en knöl. Det är således viktigt att screeningprogrammet fungerar med angivna intervall och att deltagandet är så högt som möjligt.

Var är vi?

Covid-19-pandemin har påverkat bröstcancerscreeningen negativt i flera av Mellansveriges regioner avseende intervall och deltagande. Samma sak ses vid nationell jämförelse. Brist på

bröstradiologer gör att flera regioner i sjukvårdsregionen tvingas förlita sig på hyrläkare, pensionerade bröstradiologer och externgranskning av mammografibilder. Kvaliteten är hotad då några regioner inte har kontinuerlig bröstradiologisk bemanning. Bristen på mammografisjuksköterskor hotar screeningintervallen som tidvis varit mycket längre än de rekommenderade 18-24 månader i flera regioner. Kompetensbristen förlänger redan idag ledtiderna för utredningar av bröstcancer. De definierade tidsgränserna inom det standardiserade vårdförloppet (SVF) kan idag inte hållas för mer än ett fåtal patienter. Metodutvecklingen har på flera bröstradiologiska enheter stannat av på grund av tidsbrist. Möjlighet att självständigt utföra och tolka magnetkameraundersökningar av bröstet saknas på flera enheter i sjukvårdsregionen.

Västmanland var den första regionen i landet att ansluta sig till nationella kvalitetsregistret för mammografiscreening. Majoriteten av övriga regioner i sjukvårdsregionen planerar att ansluta sig under hösten 2021 eller våren 2022. Genom uppföljning av olika kvalitetsparametrar, på såväl nationell som regional och lokal nivå, kan följsamheten till Socialstyrelsens rekommendationer bedömas likväl som måluppfyllelsen för angivna indikatorer i det nationella vårdprogrammet och standardiserade vårdförloppet för bröstcancer samt för European Guidelines for Breast Cancer Screening and Diagnosis.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är tidig diagnostik av bröstcancer för att öka möjligheten till effektiv behandling och ökad överlevnad.

Målet för bröstdiagnostiken inom sjukvårdsregionen 2022-24 är att säkerställa en tillräcklig bemanning så att, a) mammografiscreeningen kan genomföras inom stipulerade intervall (18–24 månader), b) ett högt deltagande kan upprätthållas och c) utredningar av misstänkt bröstcancer kan utföras inom rekommenderade ledtider.

Med rätt bemanning och anslutning med automatisk rapportering till nationella kvalitetsregistret för mammografiscreening ska sjukvårdsregionens mammografienheter kunna bedriva nödvändigt metodutvecklings- och kvalitetssäkringsarbete.

Tabell 6. Screening för bröstcancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Alla regioner ska ansluta sig till det nationella kvalitetsregistret för mammografiscreening	- Regionerna	2022-24
Kontinuerligt mäta och utvärdera kvalitetsparametrar inkl. ledtider	- Regionerna med stöd av RAG mammografi vid RCC Mellansverige	2022-24
Arbeta för att tillgodose behovet av personal på de bröstdiagnostiska enheterna i sjukvårdsregionerna	- Regionerna	2022-24

3.c.iii Screening för livmoderhalscancer

Bakgrund

De senaste årtiondena har 450–550 kvinnor nyinsjuknat och 150 kvinnor avlidit i livmoderhalscancer årligen i Sverige. I jämförelse med 1970-talet har antalet nyinsjuknade fall halverats. Infektion med Humant Papillomvirus (HPV) av högrisktyp är den dominerande orsaken till livmoderhalscancer. HPV är en sexuellt överförd infektion som kan förvärfas i alla åldrar men är vanligast i åldrarna strax efter sexdebuten fram till 30-årsåldern.

Under 2017 infördes det nya vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention som innebär en omfattande förändring i livmoderhalscancerscreening med HPV-baserad provtagning istället för cytologi som primär analys för kvinnor 30 år och äldre. Med HPV-analys som primär analys kan fler fall upptäckas och dessutom i ett tidigare skede. Screeningen med primär cytologi kvarstår som tidigare för kvinnor yngre än 30 år. Enligt Socialstyrelsens hälsoekonomiska analys beräknas implementeringen av vårdprogrammet medföra 60 färre fall av livmoderhalscancer och att drygt 30 liv kan räddas per år i Sverige. Otillräckligt deltagande i screening är den viktigaste förklaringen till livmoderhalscancer.

Under 2020 utredde Socialstyrelsen regionernas arbete med livmoderhalsscreening. [Rapporten](#) visar att deltagandet i screening i landet är högt men att det finns ytterligare utvecklingsområden för att i högre grad kunna följa det nationella vårdprogrammet. Socialstyrelsens föreskrift som säger att regionerna ska erbjuda analys för HPV för kvinnor 30 år eller äldre började gälla 1 juli 2020.

Var är vi?

Det nationella vårdprogrammet från 2017 är delvis infört i alla regioner i Sverige. Vissa delar av programmet är fortfarande under införande och man har kommit olika långt i arbetet inom sjukvårdsregionen. Införandet av den nya screeningmetoden har gått långsammare än väntat på grund av problem med synkronisering av olika kallelse- och IT-system. En större revision av vårdprogrammet planeras att vara färdig under hösten 2021.

Det nationella kvalitetsregistret för livmoderhalscancerprevention, som har en hög täckningsgrad, visar att omkring 80 % av svenska kvinnor deltar i screeningverksamheten enligt rådande rekommendationer. RCC Mellansveriges arbetsgrupp för livmoderhalscancerprevention arbetar för ett ökat deltagande i livmoderhalscancerscreening och HPV-vaccination i sjukvårdsregionen.

På initiativ av Sveriges riksdag har en satsning på att utrota livmoderhalscancer inletts. Strategin för det så kallade Utrotningsprojektet är att de årskullar med kvinnor som inte redan har blivit vaccinerade mot HPV under årskurs 5-6 ska erbjudas gratis vaccination i samband med den första cellprovtagningen vid 23 års ålder. Om denna åtgärd kompletteras med ett erbjudande om självprovtagning för förekomsten av HPV-infektion till riskgrupper, beräknas en immunitet uppstå inom 5 år bland kvinnor under 30 år. På så vis skulle livmoderhalscancer i stort sett kunna försvinna helt på sikt. Sjukvårdsregion Mellansverige har under 2021 undersökt möjligheterna för deltagande i Utrotningsprojektet och i fyra regioner planeras ett införande under våren 2022.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är ett minskat insjuknande och tidig upptäckt av livmoderhalscancer.

Deltagarantalet i screeningprogrammet för livmoderhalscancer och i programmet för HPV-vaccination i sjukvårdsregionen behöver öka enligt intentionen i det nationella vårdprogrammet och det nationella kvalitetsregistret.

Tabell 7. Screening för livmoderhalscancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementera alla delar och uppdateringar av det nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Stimulera till ökat deltagande i screeningprogrammet för livmoderhalscancer och HPV-vaccinationsprogrammet.	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

3.c.iv Screening för tjock- och ändtarmscancer

Bakgrund

Tarmcancer är en sjukdom där tidig upptäckt medför att nästan alla patienter kan botas. Patienter med sent upptäckta tumörer och avancerad sjukdom har däremot betydligt sämre prognos och riskerar att drabbas av för tidig död. WHO och EU rekommenderar tarmcancerscreening och många länder har infört ett nationellt screeningprogram. Genom att införa en generell tarmcancerscreening i Sverige beräknar man att 300 liv per år kan sparas.

Var är vi?

En nationell arbetsgrupp (NAG) bildades 2019 med uppdrag att arbeta för införande av ett nationellt tarmcancerscreeningprogram. I uppdraget har bl.a. ett kvalitetsregister för koloskopier och ett gemensamt administrativt system (GAS) tagits fram. Kvalitetsregistret har varit i drift sedan våren 2020 och samtliga regioner i RCC Mellansverige har accepterat anslutning till GAS. Likaså har samtliga regioner i sjukvårdsregionen fattat positivt beslut om införande av tarmcancerscreening och är beredda att starta upp verksamheten. På grund av juridiska hinder och coronapandemin har starten, som var planerad till våren 2020, blivit försenad. I nuläget föreligger en köbildning där begränsningen av Region Stockholms kapacitet att ansluta ytterligare regioner skapar fördröjning. Region Dalarna startade införandet i mars 2021 som första region efter sjukvårdsregion Stockholm-Gotland.

På uppdrag från RCC i samverkan och Svensk Gastroenterologisk Förening bildades en grupp under 2019 med uppdrag att starta upp ett nationellt utbildningsprogram för koloskopister. Svensk Endoskopiskola (SES), som programmet heter, är utformad efter det engelska utbildningssystemet som förebild och påbörjade utbildningar sen höst 2019 och tidig vår 2020. På grund av pandemin pausades verksamheten, men återupptogs hösten 2021.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är minskat insjuknande och tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer.

Under 2021 och framåt kommer regionerna i sjukvårdsregionen att successivt starta upp screeningverksamhet. Det flesta regioner har en införandeplan på 5 år från start till fullt utbyggd screening. Resultat ska rapporteras och följas upp via kvalitetsregistret.

Tabell 8. Screening för tjock- och ändtarmscancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Införa tarmcancerscreening i sjukvårdsregionen enligt kommande vårdprogram	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Öka användningen av kvalitetsregistret för koloskopier och tarmcancerscreening	- Regionerna	2022-24
Utbildning av koloskopister	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

3.c.v Tidig diagnostik av hudcancer

Bakgrund

All hudcancer ökar i Sverige, även malignt melanom som är en av de dödligaste formerna. Melanom som upptäcks tidigt kan i de flesta fall enkelt botas med en mindre lokal operation. Vid tjockare melanom finns ofta spridning redan vid diagnosen, vilket markant försämrar överlevnaden. Den viktigaste orsaken till melanom och annan hudcancer är UV-ljus. Den största riskfaktorn är genetisk disposition.

Var är vi?

Tidig diagnos av melanom och nya adjuvanta behandlingar kan förklara varför dödligheten inte ökat trots den ökade incidensen.

En nationell rapport om tidig upptäckt av hudcancer fastslog 2018 att teledermatoskopi är den mest effektiva metoden för tidig upptäckt av hudcancer och 2019 gav regeringen RCC i uppdrag att verka för införandet av arbetssättet. Teledermatoskopi har hittills breddinförts i fem av sjukvårdsregionens regioner och beslut om införande har fattats i övriga två regioner, Region Dalarna och Region Uppsala. Gävleborg införde teledermatoskopi 2014. Efter ett år påvisades där en 55 % ökning av diagnostiserade melanom, efter tre år var ökningen 137 %, samtidigt halverades antalet hudprover till patologen.

Det finns ett stort behov av utbildning av primärvårdsläkare och specialistläkare på hudklinikerna i hela sjukvårdsregionen för att teledermatoskopiverksamheten ska fungera ändamålsenligt. Sedan 2021 finns en webbutbildning för primärvården, framtagen i regi av RCC i samverkan. Nationell utbildning av hudläkare inom dermatoskopi finns i begränsad omfattning framför allt för ST-läkare, varför hudspecialister i princip är hänvisade till internationellt baserad utbildning. RCC i samverkan planerar nu att ta fram en nationell utbildning inom teledermatoskopi för hudspecialister.

Screening av patienter med familjärt melanom, inklusive närmre biologiska släktingar, utförs för patienter i hela sjukvårdsregionen.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är minskat insjuknande och tidig upptäckt av hudcancer.

Implementeringen och kvalitetssäkring av teledermatoskopi i hela sjukvårdsregionen bör prioriteras högt. För att möjliggöra breddinförande krävs utbildningsinsatser för berörd vårdpersonal, både inom primär- och specialistvård, samt teknisk lösning och utrustning.

Tabell 9. Tidig diagnostik av hudcancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementering av teledermatoskopi	- Regionerna	2022

3.c.vi Organiserad prostatacancer testning

Bakgrund

Screening med provtagning av prostataspecifikt antigen (PSA) blev inte rekommenderad av Socialstyrelsen vid deras senaste ställningstagande 2018. Det ansågs alltför oklart om de positiva effekterna övervägde de negativa. Istället gav Socialdepartementet SKR/RCC uppdraget att stödja Sveriges regioner i införandet av organiserad prostatacancerscreening (OPT). Syftet är att uppnå minskad sjuklighet och dödlighet i prostatacancer. Dessutom anses den socioekonomiska snedfördelningen av benägenhet till PSA-testning av symtomfria män kunna minskas. Tanken är att testningen ska kunna styras till de åldersgrupper där testning av symtomfria män skulle kunna ge de största vinsterna. En annan fördel är att standardiserad information till alla män skulle ge en ökad jämlikhet avseende informationsinhämtandet. Åtgärden planeras riktas mot män 50-74 år med kontroll av PSA vartannat år. Om PSA-värdet är över en viss nivå fortsätter utredningen med magnetkameraundersökning och om bilderna inger misstanke om prostatacancer går utredningen vidare med riktade biopsier.

Var är vi?

OPT har påbörjats i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Även i Värmland har en variant av OPT bedrivits sedan ett antal år tillbaka. I övriga Sjukvårdsregion Mellansverige utreds för närvarande möjligheterna till en samlad OPT-verksamhet som på ett resurseffektivt sätt skulle kunna leda testningen i hela sjukvårdsregionen.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är minskad sjuklighet och dödlighet i prostatacancer samt en jämligare tidig diagnostik mellan olika regioner och socioekonomiska grupper.

Plan för hur arbetet mot det övergripande målet kommer att se ut beror på beslut om OPT i SVN:s ledningsgrupp/SVN hösten 2021 (separat ärendehantering).

Tabell 10. Organiserad prostatacancer testning

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Införa OPT i Sjukvårdsregion Mellansverige	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

3.c.vii Ärftlig cancer

Bakgrund

Omkring 5-10 % av all cancer bedöms ha en ärftlig orsak. Den ökade kunskapen om olika cancerformers genetiska orsaker har lett till en kraftigt ökad efterfrågan av onkogenetiska utredningar. Dessa görs dels för att bedöma sannolikheten för ärftlig cancer hos en individ/familj utifrån släkthistoria för att kunna erbjuda uppföljande kontrollprogram eller förebyggande åtgärder (t.ex. riskreducerande kirurgi), dels för att identifiera de patienter som har genetiska förändringar för vilka målsökande läkemedel har utvecklats (t.ex. BRCA-generna). För den senare kategorin patienter måste den genetiska utredningen i vissa fall ske direkt vid cancerdiagnos eftersom svaret kan vara behandlingsstyrande. Detta är en organisatorisk utmaning med implementering av snabbspår där andra yrkesgrupper såsom onkologer och kirurger involveras i den initiala genetiska utredningen.

Var är vi?

I Sverige finns onkogenetiska mottagningar vid universitetssjukhusen, men i Sjukvårdsregion Mellansverige finns i nuläget enbart onkogenetisk mottagning på Klinisk genetik, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Sedan 2014 har efterfrågan på genetiska utredningar i sjukvårdsregionen fördubblats.

Klinisk genetik vid Akademiska sjukhuset har under årens lopp utvecklat ett samarbete med flera större kliniker inom sjukvårdsregionen och deltagit på regiondagar samt hållit föreläsningar. Man har bl.a. ett nära samarbete med bröstcancergruppen och uppföljningsmottagningen för ärftlig bröstcancer på Akademiska sjukhuset.

Sjukvårdsregionen har representanter i den nationella arbetsgruppen för ärftlig cancer som sedan 2019 har sitt uppdrag från RCC i samverkan. Gruppens uppdrag innefattar att säkerställa att relevanta aspekter av ärftlighet inkluderas i respektive vårdprogram och verka för att ärftlighetsutredningar av cancersjukdom handläggs på ett likartat sätt i Sverige. Dessutom fungerar gruppen som styrgrupp för det nationella kvalitetsregistret för ärftlig cancer (NOGA).

Vart ska vi?

Det övergripande målet är en god och jämlik vård avseende onkogenetisk utredning och primär/sekundär prevention vid ärftlig cancer.

Sjukvårdsregionen ska verka för ett multidisciplinärt omhändertagande och sammanhållen vårdprocess för familjer med ärftlig cancer, där effektivitet och resultat av kontrollprogram och andra åtgärder ska kunna följas i kvalitetsregistret NOGA.

För att bemöta utvecklingen och den ökade efterfrågan på onkogenetisk kompetens krävs att enklare onkogenetisk mottagning, för de vanligaste ärftligaste cancerformerna, kan tillhandahållas av regionerna. För att detta ska kunna genomföras finns behov av sjukvårdsregional samverkan via en arbetsgrupp (RAG), utbildningsinsatser och uppbyggnad av ny struktur i regionerna.

Tabell 11. Ärftlig cancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Formera RAG ärftlig cancer med uppdrag att: -ta fram förslag på struktur för onkogenetiska mottagningar i regionerna -definiera utbildningsbehov	- RCC Mellansverige med stöd av regionerna	2022-23
I nationell samverkan utarbeta utbildningspaket för basal genetisk kunskap och vägledning	- Klinisk genetik med stöd av RAG ärftlig cancer och RCC Mellansverige	2022-23
Etablera basala onkogenetiska mottagningar för de vanligaste ärftliga cancerformerna i regionerna	- Regionerna med stöd av RAG ärftlig cancer	2023-24
Verka för implementering av nationella kvalitetsregistret för ärftlig cancer (NOGA)	- Regionerna med stöd av RAG ärftlig cancer	2022-24

KAPITEL 4

Kunskapsstyrning inom RCC

RCC ska tillsammans med regionerna verka för en mer jämlik och kunskapsstyrd cancervård. En viktig del i det arbetet är att utveckla nationella kvalitetsregister (delkapitel 4.a) och nationella vårdprogram (4.b) för att möjliggöra förbättrade vårdprocesser (4.c). I figuren nedan visas de tre huvudområdena inom kunskapsstyrning vid RCC och hur de samverkar med varandra. De nationella vårdprogrammen beskriver vad som ska göras i utredning, behandling och uppföljning. I vårdprocessgrupperna beslutas hur man i sjukvårdsregionen ska arbeta enligt vårdprogrammen. Uppföljning och utvärdering av cancervården görs via de nationella kvalitetsregistren. Registerdata används när vårdprogram tas fram och revideras samt när förbättringsarbeten initieras i vårdprocessgrupperna.



Figur 4. Loopen för kunskapsstyrning vid RCC.

4.a Register

Bakgrund

RCC Mellansverige ansvarar för kontroll, registrering, efterforskning och sammanställning av lagstadgade canceranmälningar från sjukvårdsregionen till det regionala cancerregistret. Informationen används för sammanställningar av sjukvårdsregional och nationell cancerstatistik vid RCC och Socialstyrelsen och i registerbaserade studier.

I RCC:s uppdrag ingår att arbeta för att kvalitetsregister används för patientfokuserad verksamhetsutveckling i cancervården. Det innebär att RCC ska verka för att samtliga berörda enheter rapporterar till de nationella kvalitetsregistren för cancer och ansvara för återkoppling, bl.a. via öppna jämförelser mellan regioner och/eller mellan behandlande sjukhus. RCC

Mellansverige ger sjukvårdsregionalt stöd till ett trettiotal kvalitetsregister för cancer och har nationellt ansvar för kvalitetsregister för prostatacancer, lungcancer, peniscancer, kronisk myeloid leukemi och myelodysplastiskt syndrom. Både cancerregistret och kvalitetsregistren ligger på den nationella IT-plattformen INCA (informationsnätverk för cancervården).

Var är vi?

Till regionala cancerregistret inkom år 2020 mer än 21 500 canceranmälningar (inklusive anmälningspliktiga icke-invasiva tumörer), vilket är en fördubbling av antalet anmälda cancerfall jämfört med 1997. Till de nationella kvalitetsregistren rapporterades 2020 omkring 12 000 sjukvårdsregionala cancerfall. Informationen i flertalet kvalitetsregister baseras på flera blanketter (anmälan, behandling, uppföljning). Majoriteten av kvalitetsregistren uppnår med viss fördröjning en mycket hög täckningsgrad, mer än 95 % (jämförelse med cancerregistret).

Pågående datakvalitetsprojekt visar samtidigt på en underrapportering på grund av uteblivna canceranmälningar. Detta gäller i synnerhet cancerformer med dålig prognos hos äldre. Att canceranmälningar görs i tid och är av hög kvalitet är av största vikt för rättvisande statistik och för kontroll av täckningsgraden i kvalitetsregister. Canceranmälan kan ske både via nationella kvalitetsregister eller direkt till det regionala cancerregistret. Från 2021 levererar sex av regionens sju patologilaboratorier canceranmälan elektroniskt (patologisk-anatomisk-diagnos, PAD) vilket innebär en förenklad ärendehantering av högre kvalitet. Senast 2022 kommer samtliga patologilaboratorier att rapportera elektroniskt.

Arbetsgruppen för kvalitetsregister på INCA (AKI) består av medlemmar från landets sex RCC. AKI står för nationell samordning av drift, utveckling och support av INCA-plattformen. Det nationella samarbetet rör bl.a. utveckling av plattformens funktionalitet. Detta innefattar t.ex. konstruktion av diagnosspecifika startsidor, screeningregister, läkemedelsregister, randomiseringsmöjligheter, lösningar för patientrapporterade mått, gemensamma datamängder, kommunikation med andra system, online-åtkomst i realtid till inrapporterade data, publik redovisning av utvalda kvalitetsindikatorer, lösningar för att följa väntetider inom standardiserade vårdförlopp (4.c.ii) och utveckling av Individuell patientöversikt (4.c.vi).

Vidare deltar representanter för RCC Mellansverige i nationella stödteamet för cancerregistret, ett samarbete mellan RCC-organisationen och Socialstyrelsen för att utveckla datakvaliteten i nationella cancerregistret. Ytterligare en grupp, RCC:s nationella registeradministratörsgrupp, samverkar kring kvalitetsregisterfrågor, kompetensöverföring och utveckling av arbetssätt.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att det regionala cancerregistret och de nationella kvalitetsregistren för cancer har hög täckningsgrad och håller god kvalitet samt att registerdata används regelmässigt för uppföljning, vårdutveckling och forskning.

Inrapportering i tid av korrekta registerdata är avgörande för att kunna följa upp målen i den nationella cancerstrategin. I syfte att förbättra inrapporteringen ska RCC ge kontinuerlig återkoppling om inrapporteringsläge till kliniker, lokala cancerråd, RCC styrgrupp och diagnosspecifika vårdprocessgrupper i regionen. RCC ska fortsätta ordna utbildningsdagar för inrapportörer och arbeta för förenkling av inrapporteringen på INCA-plattformen.

RCC ska stödja utnyttjandet av registerdata för uppföljning, kvalitetsutveckling och forskning. I dialog med diagnosspecifika vårdprocessgrupper ska RCC:s stödteam ta fram underlag för

avstämning mot vårdprogram och lokalt förbättringsarbete, bl.a. avseende de ledtidsdata som finns tillgängliga i kvalitetsregistren. RCC ska ge stöd till användning av lösningar för inhämtande av patientrapporterade mått som finns på INCA-plattformen. Vidare ska RCC genom rådgivning och metodstöd främja utnyttjande av kvalitetsregisterdata i forskningssyfte samt erbjuda stöd till studenter vars forskningsprojekt utgår från registerdata.

Tabell 12. Register

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra kompetenshöjande aktiviteter i regionerna i syfte att utbilda och höja kvaliteten i registerarbetet	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
Förbättra och bevaka datakvalitet i fyra dimensioner: a) inrapporteringshastighet, b) täckningsgrad, c) jämförbarhet och d) validitet	- Regionerna (a, b) - RCC Mellansverige (a-d) - VPG (a, b) - Nationella registerstyrgrupper (c, d)	2022-24
I samarbete med övriga RCC utveckla nya registerlösningar på INCA-plattformen, bl.a. avseende utdata-presentation	- RCC Mellansverige	2022-24

4.b Vårdprogram

Bakgrund

Nationella vårdprogram ska bidra till en jämlik och god vård för alla cancerpatienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status. Vårdprogrammen bygger på bästa tillgängliga kunskap och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning. För att bevara aktualiteten ses innehåll och skrivningar över årligen och revideras vid behov. Arbetet leds av kliniker med specialistkunskap med administrativt stöd från RCC. Vid större revisioner går förslag på ändringar ut på remiss till berörda verksamheter och huvudmän via sjukvårdsregionalt RCC.

Uppföljning av vårdgivares följsamhet till diagnosspecifika vårdprogram baseras på analys av olika indikatorer i kvalitetsregistren. Således innehåller vårdprogrammen information om vad som ska göras, medan kvalitetsregistren ger svar på frågan om det blivit utfört.

Var är vi?

Det finns ett 50-tal nationella vårdprogram inom cancerområdet. Information om dessa samt vårdprogram under utarbetande eller under revision finns på [RCC:s webbplats](#). Ansvar för att ta fram och uppdatera vårdprogrammen har fördelats på landets RCC. RCC Mellansverige har nationellt ansvar för vårdprogrammen för prostatacancer, lungcancer, peniscancer, kronisk myeloid leukemi (KML) och myelodysplastiskt syndrom (MDS).

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att de nationella vårdprogrammen förankras och införs på ett säkert och jämlikt sätt i sjukvårdsregionen.

RCC Mellansverige ska tillsammans med vårdprocessgrupper (VPG), RCC:s styrgrupp och lokala cancerråd hantera remissversioner av reviderade vårdprogram och sprida information om fastställda vårdprogram i enlighet med fastställd rutin. I RCC:s uppdrag ingår att stötta de nationella vårdprogramgrupperna att identifiera relevanta kvalitetsindikatorer i vårdprogrammen samt att ständigt förbättra olika utdatlösningar för att följa upp dessa. Utvärdering av följsamhet till vårdprogrammen sker exempelvis vid dialogmöten och i vårdprocessgruppernas årsrapporter.

Tabell 13. Vårdprogram

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementera de nationella vårdprogrammen	- Regionerna med stöd av VPG och RCC Mellansverige	2022-24
Revidera sjukvårdsregional rutin för framtagande och spridning av nationella vårdprogram	- RCC Mellansverige med stöd av regionerna	2022
Säkerställa att de vårdprogram som RCC Mellansverige har nationellt ansvar för kan utvärderas avseende följsamhet genom relevanta kvalitetsindikatorer	- RCC Mellansverige	2022-24
Utvärdera följsamhet till de nationella vårdprogrammen	- Regionerna - VPG - RCC Mellansverige	2022-24

4.c Vårdprocesser

4.c.i Vårdprocessutveckling

Bakgrund

RCC Mellansveriges sjukvårdsregionala vårdprocessgrupper (VPG) är en sedan länge etablerad funktion. Det finns för närvarande arton diagnosspecifika vårdprocessgrupper. Dessutom finns fyra diagnosövergripande sjukvårdsregionala grupperingar som arbetar med prevention, kontaktsjuksköterskor, cancerrehabilitering och palliativ vård.

Det övergripande syftet för vårdprocessgruppens arbete är att leda och samordna arbetet med att utveckla, effektivisera och förbättra vårdprocessen i sjukvårdsregionen ur ett patientperspektiv. Det är därför viktigt att kompetenser från hela vårdkedjan och från alla sju regioner samt att patient- eller närstående företrädare finns representerade i gruppen. Ordföranden för gruppen benämns processledare.

VPG är mottagare av de nationella vårdprogrammen och ska vid behov anpassa dessa efter sjukvårdsregionala förutsättningar avseende kompetenser, materiella resurser och organisatoriska strukturer samt främja implementering av dessa i de sju regionernas linjeorganisation. Till flera av

grupperna finns diagnosspecifika sjuksköterskenätverk och andra professionsnätverk knutna med uppdrag att bl.a. delta i utvecklingsarbete för att stärka omhändertagandet runt patienten.

Utöver dessa grupper har RCC Mellansverige även tre sjukvårdsregionala arbetsgrupper inom screening. Arbetsgrupperna för bröststradiologi och livmoderhalscancerprevention arbetar för ett utökat deltagande i mammografiscreening (delkapitel 3.c.ii) respektive livmoderhalscancerscreening och HPV-vaccinationsprogrammet (3.c.iii). Arbetsgruppen för tjock- och ändtarmscancerscreening har uppdrag att stötta införandet av screening för tjock- och ändtarmscancer (3.c.iv).

Var är vi?

Processledaren, tillsammans med vårdprocesskoordinatoren och gruppens medlemmar, driver sjukvårdsregionalt utvecklingsarbete i vårdprocesserna. Gruppens medlemmar har i uppdrag att ta förbättringsförslagen vidare till den egna regionen och inkludera dessa i de lokala vårdprocesserna. Arbetsättet genererar en hög förankring i professionen och VPG:s arbete skapar goda förutsättningar för jämlik vård och att regionerna arbetar på ett likartat sätt. Nackdelen kan möjligen vara att det tar längre tid att genomföra förändring i en sjukvårdsregion med sju regioner. Ytterligare en utmaning i arbetet är den pressade kliniska vardagen för VPG:s medlemmar, vilket innebär att tiden som kan läggas på utvecklingsarbete är begränsad.

Utveckling av vårdprocessen sker på ett alltmer strukturerat sätt, bl.a. genom att vårdprocessgrupperna återkommande analyserar data från kvalitetsregister och andra system för uppföljning och utifrån analysen identifierar och genomför förbättringsarbeten. Under de senaste åren har VPG delvis fokuserat på förbättrade sjukvårdsregionala multidisciplinära konferenser (MDK:er), bl.a. genom att utveckla arbetsformer och innehåll.

PET-CT är en verksamhet där sjukvårdsregional samordning behövs. I flera nationella vårdprogram har PET-CT blivit en rekommenderad del av utredningen och uppföljning. Det ökade behovet har lett till väntetider som överstiger rekommendationerna i de standardiserade vårdförloppen och vårdprogrammen.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att utveckla vårdprocesserna ur ett patientperspektiv för att uppnå god och jämlik vård.

Den lokala och den sjukvårdsregionala vårdprocessen ska innefatta hela vårdkedjan, från diagnostik till palliativ vård, i enlighet med nationella vårdprogram och SVF. Vårdkedjan ska vara sammanhållen med aktiva överlämningar mellan olika kliniker och mellan primär- och specialistvård.

Produktionsplanering av PET-CT-undersökningar i sjukvårdsregionen ska genomföras i samråd med bildiagnostiska verksamheter med målsättning att säkerställa tillgänglighet.

Tabell 14. Vårdprocessutveckling

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Strukturera vårdprocessen lokalt och sjukvårdsregionalt i enlighet med SVF och nationella vårdprogram samt inkludera prevention, rehabilitering och palliativ vård i respektive process	- VPG med stöd av RCC Mellansverige - Regionerna	2022–24
Använda kvalitetsregister- och SVF-data för förbättringsarbete	- VPG med stöd av RCC Mellansverige - Regionerna	2022–24
Utvärdera och utveckla arbetsformer, innehåll och teknik kopplat till MDK-verksamheten	- VPG med stöd av RCC Mellansverige - Regionerna	2022–24
Ta fram och implementera produktionsplan för PET-CT för cancervården i sjukvårdsregionen	- RCC Mellansverige - VPG - RPO medicinsk diagnostik/ Verksamhetschefsgrupp radiologi - Regionerna	2022-23

4.c.ii Standardiserade vårdförlopp

Bakgrund

Regeringen och SKR träffade 2015 den första överenskommelsen i en fyraårig satsning med målet att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF). SVF beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. Utöver kortare väntetider ska vårdförloppen leda till mer sammanhållna och likvärdiga vårdprocesser med förbättrad information och ökad delaktighet för patienterna.

Ekonomiska medel för att stötta införandet av SVF har utgått från Socialdepartementet enligt ursprungsplan för åren 2015–2018, därefter har satsningen förlängts årsvis under 2019, 2020 och 2021.

Var är vi?

De initiala målen för SVF-satsningen innebar att år 2020 skulle 70 procent av alla nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas inom respektive SVF (inklusionsmålet) och av dessa skulle 80 procent starta behandling inom utsatta tidsgränser (ledtidsmålet). Under 2019 nådde alla regioner utom Sörmland inklusionsmålet totalt. Det finns dock en stor variation mellan de olika diagnoserna, där ingen region når inklusionsmålet för samtliga diagnoser. Data visar en nedgång i inklusionsmålet för flertalet av regionerna under 2020, då Sörmland och Västmanland inte nådde upp till det sammanslagna målvärdet. Ledtidsmålet är en större utmaning för regionerna, där ingen region uppnått målvärdet sedan införande av SVF. Alla regioner har dock förbättrat måluppfyllelsen under 2020 jämfört med föregående år. Detta tros ha två orsaker, dels har

regionerna prioriterat cancersjukvården under pandemin, dels antas färre patienter ha sökt vård under motsvarande tid.

RCC Mellansverige har sedan satsningen startade avsatt personell resurs för att samordna införandet av SVF i sjukvårdsregionen. Exempelvis har sjukvårdsregionala möten för regionernas SVF-ansvariga anordnats med information och erfarenhetsutbyte ett par gånger per år. Stödet har fortsatt även efter att införandeprojektet överförts i förvaltning och RCC Mellansveriges representanter har varit en länk mellan den nationella/sjukvårdsregionala och lokala nivån. Under 2018 genomfördes en riktad insats avseende kvalitetssäkring av SVF-registrering. Det arbetet har fortsatt och fördjupats under 2019-21.

Vart ska vi?

Det övergripande målet med det fortsatta SVF-arbetet är att alla regioner ska nå de uppsatta målnivåerna för inklusion och ledtider.

Regionerna behöver fortsatt utveckla de införda vårdförloppen och säkerställa att dessa är tydligt integrerade i ordinarie verksamhet. Vårdprocesserna behöver följas upp löpande för att identifiera flaskhalsar i respektive SVF. Överföringar av patienter, dels mellan kliniker och vårdnivåer inom en region, dels mellan regioner behöver utvecklas vidare. För att få överföringar att fungera optimalt krävs ett nära samarbete mellan berörda enheter där tydliga rutiner fastställs och implementeras.

En annan viktig del är kvalitetssäkring av registrerings- och rapporteringsprocessen samt regelbunden analys av data för att över tid kunna följa effekter av SVF-införandet. RCC Mellansverige kommer att fortsätta stödja de lokala SVF-samordnarna samt vara behjälpliga med datauttag och rapporter. RCC Mellansverige kommer även fortsatt delta aktivt i det nationella arbetet som pågår för att förbättra datavaliditeten inom SVF.

Tabell 15. Standardiserade vårdförlopp

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Kvalitetssäkring av SVF-registrering och rapportering till nationell databas	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Genom regelbunden analys av SVF-data identifiera hinder och ta fram åtgärder för en förbättrad vårdprocess avseende: - inklusion i förloppen - ledtider inom förloppen - patientsäkra övergångar mellan vårdgivare inom och mellan regioner - tydliga kontaktvägar mellan vårdgivare samt mellan patient och vårdgivare inom och mellan olika regioner	- VPG - Lokal diagnosspecifik vårdprocessorganisation - SVF-samordnare i regionerna - SVF-samordnare vid RCC Mellansverige	2022-24
Delta i nationellt utvecklingsarbete avseende övergångar mellan regioner	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

4.c.iii Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan

Bakgrund

Sedan 2010 finns en lagstadgad rätt till fast vårdkontakt (HSL 2017:30). Syftet med fast vårdkontakt är att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten, att skapa tillgänglighet, kontinuitet, samordning och trygghet samt att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården. Det nationella måldokumentet Vägen framåt föreskriver att alla patienter med cancer ska erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska som har ett uppdrag enligt den nationella uppdragsbeskrivningen.

En viktig uppgift för kontaktsjuksköterskan är att tillsammans med patienten upprätta Min vårdplan (MVP). MVP är ett verktyg för patienten med individanpassad information, bl.a. om den aktuella diagnosen, kontaktuppgifter till involverad vårdpersonal, råd för egenvård samt tider för undersökningar och behandlingar. Min vårdplan (MVP) har funnits sedan 2012 i pappersversion. Sedan 2016 har arbetet med en elektronisk Min vårdplan via 1177 Vårdguiden pågått. I utvecklingsarbetet har det lagts stor vikt vid funktionalitet och enhetlig utformning.

Sedan ett par år stöttar SKR regionerna med utveckling och införande av så kallade patientkontrakt i hälso- och sjukvården. Syftet är att patientkontrakt ska främja delaktighet, tillgänglighet, samordning och samverkan mellan patient och vårdgivare. Patientkontrakt är inte ett juridiskt bindande kontrakt, utan snarare en överenskommelse som vården och patienten upprättar tillsammans. Patientkontraktet, som består av olika delar, motsvaras i cancervården till stor del av MVP och kontaktsjuksköterskan.

Var är vi?

Arbetet med rekrytering och utbildning av kontaktsjuksköterskor i sjukvårdsregionen fortsätter men det finns fortfarande brist på kontaktsjuksköterskor, särskilt utbildade kontaktsjuksköterskor. Arbetssituationen för kontaktsjuksköterskorna är starkt påverkad av den rådande sjuksköterskebristen i sjukvårdsregionen och Sverige i övrigt. Idag finns en nationell beskrivning för kontaktsjuksköterskans uppdrag, men flertalet får inte den tid som krävs för att sköta arbetet i enlighet med uppdragsbeskrivningen. Det medför att patienter och närstående inte får det stöd som de har rätt till.

2020 påbörjades arbetet med att ta fram nationella texter till Min vårdplan för att säkerställa att patienter erhåller enhetlig information om sjukdom och behandling. Den nationella informationen kompletteras med lokal information som gäller för den egna regionen eller sjukhuset. De två första nationella vårdplanerna blev fastställda i slutet på 2020 och vårdplaner för ytterligare sju diagnoser uppskattas bli färdiga under 2021. Den sjukvårdsregionala implementeringen sker med stöd av RCC i nära samverkan med de sju regionerna. Under 2020 och 2021 har fokus legat på informations- och utbildningsinsatser i regionerna samt att ta fram rutiner för införandet. Covid-19-pandemin har bidragit till förseningar i arbetet. RCC Mellansverige ansvarar för att ta fram och förvalta MVP-texter för prostata-, penis- och lungcancer samt MDS, och KML.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att förbättra information och kommunikation mellan patient och vårdenhet, att skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet samt att stärka patientens möjlighet till delaktighet i den egna vården.

Alla patienter i cancervården ska erbjudas en kontaktsjuksköterska och Min vårdplan. Regionerna ska arbeta för rekrytering och utbildning av fler kontaktsjuksköterskor samt se över, renodla och avgränsa kontaktsjuksköterskornas arbete i enlighet med den nationella uppdragsbeskrivningen. Varje kontaktsjuksköterska ska ha en skriftlig uppdragsbeskrivning som utgår från den nationella beskrivningen. Implementeringen av MVP via 1177 Vårdguiden i sjukvårdsregionen ska ske stegvis, allteftersom nationella versioner av Min vårdplan färdigställs.

Tabell 16. Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Kontaktsjuksköterskerollen/funktionen ska kvalitetssäkras genom att: - tillgodose utbildning - ge förutsättningar för att uppdraget kan göras enligt nationell uppdragsbeskrivning	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige och RAG för kontaktsjuksköterskor	2022-24
Implementera MVP via 1177 Vårdguiden för alla cancerdiagnoser enligt nationell förvaltningsplan	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022–24

4.c.iv Rehabilitering

Bakgrund

I framtiden förväntas fler insjukna i och leva med cancer som kronisk sjukdom. Fler kommer att leva med sena biverkningar och hälsoproblem efter genomgången cancerbehandling, vilket kommer medföra ett ökat behov av cancerrehabilitering, inklusive psykosocialt stöd. Rehabiliteringsinsatserna syftar till att lindra symtom och besvär som cancersjukdomen och dess behandling förorsakat samt ge patienter och närstående förutsättningar att leva så bra som möjligt under hela vårdprocessen.

Behovet av rehabilitering behöver systematisk bedömas. Här har kontaktsjuksköterskan en central roll. Inom RCC Mellansverige rekommenderar vi att bedömningen görs med hjälp av Hälsoskattningsinstrumentet för att patienter och vårdpersonal ska vara väl förtrodda med instrumentet och för att mätningarna ska kunna jämföras över tid. Bedömningen ska göras under utredning, vid diagnos samt upprepat under behandlingens gång. Utifrån resultatet av Hälsoskattningen upprättas en rehabiliteringsplan där lämpliga åtgärder sätts in.

Var är vi?

Implementering av det reviderade vårdprogrammet för cancerrehabilitering har påbörjats men kunskapen om cancerrehabilitering behöver stärkas ytterligare. För att kunna tillgodose behovet av cancerrehabilitering är det viktigt att vården samverkar över diagnos- och klinikgränser.

RCC:s Mellansveriges vårdprocessgrupp för cancerrehabilitering har under de senaste åren arbetat för att Hälsoskattningen ska finnas i journalen, vilket den nu gör i sex av sju regioner. Vidare har lokala GAP-analyser genomförts, vilka samstämmigt visar på resursbrist i samtliga regioner i förhållande till rekommenderade åtgärder i vårdprogrammet. Utvärdering av följsamheten till vårdprogrammet har varit utmanande då kvalitetsregister för cancerrehabilitering saknas. En generisk rehabiliteringsmodul är under utveckling för att kunna inkluderas i de diagnosspecifika kvalitetsregistren.

Den sjukvårdsregionala arbetsgruppen för barn som närstående ingår i vårdprocessgruppen för cancerrehabilitering. Planerade aktiviteter kring barn som närstående beskrivs i delkapitel 2b.

RCC Mellansverige deltar i det nationella utvecklingsarbetet kopplat till bäckenrehabilitering vid cancer. Inom ramen för projektet har riktlinjer tagits fram som ska implementeras på lokal nivå.

Ett fåtal regioner har påbörjat arbete med lokal rehabiliterings-MDK. Sjukvårdsregional MDK har diskuterats återkommande inom bäckenrehabiliteringsprojektet, men är beroende av att lokala strukturer är på plats.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att sjukvårdsregionens patienter erbjuds en god och jämlik rehabilitering utifrån individuella behov.

För att uppnå en jämlik cancerrehabilitering behöver vårdpersonal få utbildning om generell och diagnosspecifik cancerrehabilitering samt seneffekter efter cancerbehandling.

Samtliga vårdgivare som möter patienter som har/haft cancer behöver strukturera sitt arbete så att rehabiliteringsbehovet bedöms systematiskt och att åtgärder sätts in efter behov. Det behöver tydliggöras vilka rehabiliteringsbehov som kan åtgärdas inom den egna verksamheten och vilka behov som innebär att patienten måste remitteras till andra klinker eller regioner för att få adekvat utredning och behandling. Samtliga regioner bör systematiskt använda Hälsoskattningen i patientmötet. Primärvården/närsjukvården ska inkluderas i arbetet med cancerrehabilitering.

Vidare bör lokal och sjukvårdsregional MDK för cancerrehabilitering och bäckencancerrehabilitering upprättas. Lokal MDK utvecklas i respektive region utifrån lokala behov. Den sjukvårdsregionala MDK:n ska samordna rehabiliteringsinsatser på avancerad och mycket avancerad nivå som inte finns tillgängliga i de enskilda regionerna.

Tabell 17. Rehabilitering

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Dokumentera processen för cancerrehabilitering på sjukvårdsregional (a) och regional nivå (b)	- VPG cancerrehabilitering (a) - Regionerna (b)	2022
Upprätta lokala handlingsplaner, där även primärvården och kommunerna inkluderas, för implementering av vårdprogrammet för cancerrehabilitering	- Regionerna	2022-23
Stödja implementeringen av vårdprogrammet för cancerrehabilitering och Hälsoskattningen	- VPG för cancerrehabilitering - RCC Mellansverige	2022-24
Systematiskt använda Hälsoskattningen i patientmötet	- Regionerna	2022-24
Införa lokala och sjukvårdsregionala MDK:er inom cancerrehabilitering och bäckencancerrehabilitering	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

4.c.v Palliativ vård

Bakgrund

Palliativ vård syftar till att förbättra livskvaliteten för patienten och de närstående genom att förebygga och lindra lidande bl.a. genom behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom relaterade till sjukdomen. Det är viktigt att poängtera att palliativ vård inte enbart handlar om vård i livets slutskede. Behovet av palliativ vård för cancerpatienter har ökat då fler patienter lever med cancer. Fler patienter lever dessutom under en längre period tack vare tidig upptäckt av och effektiv behandling mot cancersjukdomen. Den palliativa vården är därmed en viktig del av cancervården.

Traditionsenligt har den palliativa vården haft sina rötter i cancervården men behöver framgent utvecklas för att omfatta alla patientgrupper. Framför allt gäller det åldrandets mer långsamma död kopplat till kroniska sjukdomar.

Var är vi?

Varje län i sjukvårdsregionen har etablerade Palliativa råd eller liknande strukturer med syfte att uppnå en bättre samverkan mellan region och kommuner och en ökad jämlikhet. Råden har en rådgivande funktion inom linjeorganisationerna. Utöver råden finns behov av ytterligare samordning inom länen avseende den palliativa vården, oavsett vårdnivå.

RCC publicerade 2021 ett reviderat vårdprogram för palliativ vård vars syfte är att bidra till ökad kvalitet och en mer jämlik vård. Det reviderade vårdprogrammet omfattar samtliga skeden där palliativa vårdbehov ska kartläggas och tillgodoses, inte enbart palliativ vård i livets slutskede. Dessutom har ett nytt nationellt vårdprogram tagits fram som handlar om palliativ vård av barn. Utöver de nationella vårdprogrammen har även ett personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård fastställts under 2021.

Under 2017 fastställdes nationella målnivåer för de nio kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen tagit fram för uppföljning och utveckling av den palliativa vården. Den nationella målnivån för täckningsgraden i Svenska palliativregistret är satt till 80 %, men var bara 61 % för sjukvårdsregionen år 2019, vilket gör tolkning av data osäker.

RCC Mellansverige har initierat kontakt med RPO äldres hälsa avseende samverkan kring utvecklingen av den palliativa vården i sjukvårdsregionen.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att sjukvårdsregionens patienter erbjuds en god och jämlik palliativ vård utifrån individuella behov.

RCC Mellansverige ska tillsammans med RPO äldres hälsa utveckla det sjukvårdsregionala arbetet med palliativ vård och skapa relevanta samarbetsformer för ändamålet. Samarbetet bör innefatta planering och genomförande av kompetenshöjande insatser i syfte att stötta implementering av vårdprogram och vårdförlopp, exempelvis regiondagar för hälso- och sjukvårdspersonal.

Grundförutsättningen för att kunna tillgodose palliativa vårdbehov är att kartlägga om och vilka behov som finns. Dessa behov kan finnas redan vid diagnos av obotlig sjukdom eller uppstå i senare skeden. Kartläggning av palliativa vårdbehov och tillgodoseande av dessa under hela sjukdomsförloppet behöver ingå i de diagnosspecifika nationella vårdprogrammen. Alternativt

behöver de diagnosspecifika nationella vårdprogrammen innehålla hänvisningar till det personcentrerade sammanhållna vårdförloppet för palliativ vård.

De nio kvalitetsindikatorerna inom palliativ vård ska följas och användas som grund för utveckling och förbättring av den palliativa vården. En förutsättning för det är en hög täckningsgrad i Svenska palliativregistret i hela sjukvårdsregionen, både i regional och kommunal verksamhet.

I arbetet med utvecklingen av den palliativa vården i sin helhet är det viktigt att beakta nivåstruktureringen, dvs skillnaden mellan allmän- och specialiserad palliativ vård, i både inventering av resursbehovet- och resurstilldelning samt i uppföljningen av tillgänglighet och kvalitet. Detta gäller inom såväl regional som kommunal sjukvård.

Tabell 18. Palliativ vård

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Samordna det sjukvårdsregionala arbetet inom palliativ vård	- RCC Mellansverige - VPG palliativ vård - RPO äldres hälsa	2022-24
Bedriva Palliativa råd i samtliga län utifrån framtagna uppdragsbeskrivning	- Regioner och kommuner inom respektive län	2022-24
Implementera: - Nationellt vårdprogram för palliativ vård - Nationellt vårdprogram för palliativ vård av barn - Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård	- Regioner och kommuner med stöd av RCC Mellansverige och RPO äldres hälsa	2022-24
Verka för ökad täckningsgrad i Svenska palliativregistret	- Regioner och kommuner med stöd av RCC Mellansverige och RPO äldres hälsa	2022-24

4.c.vi Individuell patientöversikt (IPÖ)

Bakgrund

Individuell patientöversikt (IPÖ) – ett digitalt system som visualiserar en individuell patients sjukdomsförlopp och behandlingar över tid – har vuxit fram som ett behov och en möjlighet inom flera sjukdomsområden.

IPÖ samlar strukturerade uppgifter om patientens sjukdomshistoria, sjukdomsstatus, laboratedata, undersökningar, behandlingar, biverkningar, symtom och livskvalitet. Informationen, som sammanställs och visualiseras på ett överskådligt sätt i patientöversikten, används tillsammans med patientjournalen i samband med vårdens kontakt med patienten. Syftet med IPÖ är att underlätta vårdpersonalens arbete och att ge patient och närstående en överskådlig bild av situationen, vars delaktighet i den egna vårdprocessen därmed ökar. I verksamheten kan IPÖ också användas för planering och uppföljning. Den ger bl.a. ett bra stöd när nya behandlingar ska införas och följas upp, eller vid interna möten och MDK. Data från IPÖ kan också överföras till ett kvalitetsregister. Den samlade mängden uppgifter ger underlag för utveckling av vård och behandling.

För patienten innebär IPÖ att man ges en översikt av sin sjukdomsstatus, sjukdomshistorik, och de behandlingar man fått, medan Min vårdplan (delkapitel 4c.iii) ger information om kommande steg i utredning, diagnosbehandlingar, rehabilitering samt råd och rättigheter.

Var är vi?

Under åren 2018-2021 har nationella IPÖ utvecklats för åtta diagnoser (bröstcancer, melanom, njurcancer, lungcancer, äggstockscancer, prostatacancer, myelom samt tumörer i centrala nervsystemet). Dessa finns tillgängliga för vården och kan implementeras. Under kommande år kommer de existerande IPÖ att fortsätta utvecklas utifrån vårdens och patienternas behov. För närvarande pågår också en strategisk diskussion kring utveckling av IPÖ för ytterligare diagnoser.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att införandet av IPÖ i klinisk verksamhet underlättar vårdpersonalens arbete och ökar patientens delaktighet i den egna vården.

Regionerna bör arbeta för att stödja implementeringen av IPÖ i relevanta verksamheter. För att implementering och användning ska ske så effektivt som möjligt bör också stöd för ökad strukturerad av vårddata ske. Detta för att möjliggöra automatöverföring mellan vårdinformationssystemen och IPÖ och register. Samtliga dessa steg kommer att stödjas av RCC.

Tabell 19. Individuell patientöversikt

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Starta och stärka användningen av IPÖ i relevanta verksamheter	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Möjliggöra för patientens tillgång till IPÖ via 1177 Vårdguiden	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Verka för att vårddata struktureras och tillgängliggörs för IPÖ och register via nationella tjänsteplattformen	- Regionerna	2022-24

4.c.vii Cancerläkemedel

Bakgrund

Under de senaste två decennierna har det skett stora framsteg vid medicinsk behandling av cancersjukdomar. Majoriteten av de nya cancerläkemedel som registreras idag är så kallade målriktade cancerläkemedel. Den ena typen är perorala läkemedel som hämmar cancercellernas signalvägar, ALK, BRAF och PARP för att nämna några. Andra målsökande läkemedel utgörs av monoklonala antikroppar som ges som infusion eller injektion. De innefattar flera läkemedel som använts i mer än tio år såsom rituximab mot B-cells lymfom och trastuzumab mot HER2-positiv bröstcancer med flera. Det senaste decenniet har monoklonala antikroppar riktade mot molekyler som reglerar immunförsvaret introducerats, exempel på dessa s.k. checkpoint-inhibitorer är ipilimumab och nivolumab, som blockerar immunförsvarets bromsmolekyler så att tumörcellerna kan angripas mer effektivt. Det största genombrottet är behandlingen av personer med

metastaserat malignt melanom där man tidigare hade mycket begränsad överlevnad. Numera tycks det gå att uppnå bot hos en betydande andel av dessa patienter.

Väldigt få nya cancerläkemedel är traditionella cytostatika. De nya läkemedlens verkningsmekanismer innebär nya och ibland tidigare okända biverkningar vilket både för patienter och de behandlande verksamheterna kan innebära stora utmaningar. RCC i samverkan har därför tillsatt en nationell arbetsgrupp som har tagit fram en nationell vägledning om immunterapibiverkningar.

Var är vi?

Ett påtagligt problem idag vid införandet av nya cancerläkemedel eller nya indikationer för redan godkända läkemedel är de höga officiella listpriserna, som gör att det krävs omfattande prissförhandlingar med läkemedelsbolagen som sedan utmynnar i hemliga rabattavtal. Detta leder ibland till långa tidsintervall mellan det formella EU-godkännandet och möjlighet att erbjuda en patient aktuell behandling i Sverige.

Ytterligare ett problem är att receptläkemedel och rekvisitionsläkemedel inte hanteras på samma sätt i den nationella processen. För receptläkemedel gäller som regel att företagen skall ansöka hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om att ingå i läkemedelsförmånen. TLV gör då en hälsoekonomisk bedömning och om kostnaden är acceptabel i relation till effekt och biverkningar får läkemedlet ingå i läkemedelsförmånen och förskrivas på recept och ingå i högkostnadsskyddet. För rekvisitionsläkemedel gör TLV hälsoekonomiska bedömningar endast i vissa fall och på uppdrag av Rådet för nya terapier (NT-rådet). Beslut och rekommendation om att ge eller avstå en behandling tas då av NT-rådet. RCC:s nationella arbetsgrupp för cancerläkemedel (NAC-gruppen) är rådgivande till NT-rådet vid bedömning av cancerläkemedel.

TLV fattar sina beslut utifrån en värdebaserad prissättning baserad på den av riksdagen beslutade etiska plattformen som bygger på principerna; människovärde, behov och solidaritet och kostnadseffektivitet. EU-kommissionens krav för godkännande innehåller ingen hälsoekonomisk värdering, utan bygger endast på en positiv risk – nytta balans. Därför kan det uppstå en situation där ett läkemedel är formellt godkänt, men som i avvaktan på beslut av TLV eller rekommendation av NT-rådet inte kan användas. Fördröjningar kan i sin tur bero på att kompletterande information från tillverkaren måste inväntas samt en ökande mängd ärenden för TLV och NT-rådet.

Enligt [en rapport från Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi](#) (IHE, 2019) har Sverige en canceröverlevnad som ligger i topp i Europa, trots att flera andra länder spenderar mera pengar på cancerläkemedel. 2018 var hälso- och sjukvårdens andel av BNP i Sverige 11 %, varav den direkta kostnaden för cancer vården var 3,7 %, varav cancerläkemedel står för 30%. Det betyder att den direkta kostnaden för cancerläkemedel är cirka 1 % av kostnaden för all hälso- och sjukvård i Sverige. Andelen förväntas dock bli större då ökningstakten är påtaglig. Under åren 2008-2018 var den årliga ökningen av kostnaden för cancerläkemedel cirka 6 %.

Ett stort problem idag för beslutsfattare, som fördelar regionernas sjukvårdsbudgetar, och verksamhetschefer är den bristfälliga uppföljningen av användningen av cancerläkemedel. Eftersom många nya cancerläkemedel används vid flera cancerdiagnoser kan man inte endast använda försäljningssiffror. Sedan 1 januari 2018 finns registret för cancerläkemedel (RCL). I registret ingår idag 23 läkemedel och en sammanställning publiceras årligen på RCC:s webbplats. Det pågår ett arbete med att möjliggöra direktimport av läkemedelsdata från ordinationsverktygen Cytodos@ och Cytobase®. Dessutom kan påpekas att RCL är en del av Individuell patientöversikt (IPÖ:s) läkemedelsmodul, vilket innebär att ett ökat användande av

IPÖ bör få positiva effekter på registreringen i RCL. Täckningsgraden varierar tyvärr mycket mellan olika regioner och olika läkemedel och medger idag inga jämförelser gällande regionala skillnader i användning.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är en evidensbaserad, kostnadseffektiv och jämlik användning av cancerläkemedel inom Sjukvårdsregion Mellansverige.

En ökad täckningsgrad i registret för cancerläkemedel är en förutsättning för att kunna utvärdera användningen av cancerläkemedel.

Tabell 20. Cancerläkemedel

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Öka täckningsgraden i registret för cancerläkemedel	- Regionerna - RCC Mellansverige	2022-24
Stödja regionernas uppföljning av cancerläkemedel genom att bidra med statistik från Registret för cancerläkemedel	- RCC Mellansverige	2022-24

KAPITEL 5

Kompetensförsörjning

Bakgrund

En av cancervårdens största utmaningar är den allmänna bristen på personal som råder inom sjukvården. Arbetet med rekrytering är huvudmännen själva ansvariga för och det pågår ständigt insatser i regionerna gällande den basala kompetensförsörjningen. Utöver den allmänna bristen finns det även en uttalad brist av specialistutbildad personal inom cancerområdet. En god kompetensförsörjning är en förutsättning för att erbjuda fullgod cancervård.

Om sjukvårdsregionen framgångsrikt och långsiktigt ska kunna samverka kring kompetensförsörjningen behövs gemensamma strategier för såväl nyrekrytering som kompetensutveckling av befintlig personal. Utvecklingen inom cancervården går snabbt, vilket bidrar till att kontinuerlig fortbildning krävs. Kompetensutveckling av medarbetare ska också ses som ett incitament att stanna kvar i verksamheten.

Det Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådet (RUR) ansvarar för att utifrån respektive regions framtagna kompetensförsörjningsplan sammanställa en gemensam sjukvårdsregional kompetensförsörjningsplan, där cancerområdet ingår som en del.

Regionerna ansvarar för att identifiera specifika utbildningsbehov inom cancervården, medan RCC stödjer och samordnar specifika utbildningsinsatser inom cancerområdet.

RUR ansvarar för kontakter med lärosätena i sjukvårdsregionen avseende utbildningar på högskolenivå inom sjukvårdsområdet. RUR arbetar även mot SKR och andra centrala organ gällande utbildnings- och kompetensfrågor.

Var är vi?

Målen i föregående cancerplans kapitel om kompetensförsörjning har uppnåtts i olika grad. Arbetet med kontaktsjuksköterske- och forskningssjuksköterskeutbildning är exempel på framgång. Samtliga regioner i sjukvårdsregionens utbildar kontinuerligt kontaktsjuksköterskor för att möta patienternas behov. Utöver detta genomför RCC i samarbete med vårdprocess- och arbetsgrupper regelbundet regiondagar inom såväl diagnosspecifika som diagnosövergripande områden.

Arbetet med en sjukvårdsregional kompetensförsörjningsplan inom cancerområdet har fördröjts på grund av en översyn av organisationen inom de berörda sjukvårdsregionala grupperingarna. Arbetsgrupper knutna till RCC har tagit fram underlag inom vissa verksamhetsområden där brist på flera yrkeskategorier föreligger. Detta gäller exempelvis olika specialistläkare inom cancervården, där fördelningen är ojämn mellan regionerna.

Kompetensförsörjning inom strålbehandlingsområdet är ett exempel på ett betydande nationellt problem. Det gäller alla yrkeskategorier, bl.a. personer med forskningskompetens. RCC bidrar genom att stödja en nationell arbetsgrupp som tillsats på initiativ av onkologichefsgruppen. Uppdraget är även inriktat mot att säkerställa tillgång till modern strålutrustning.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att skapa gemensamma strategier inom sjukvårdsregionen för att framgångsrikt och långsiktigt kunna samverka kring kompetensförsörjningen för att möta framtidens behov inom cancerområdet.

För att bibehålla lyckade resultat inom utbildningsområdet och för att huvudmännen i högre grad ska nå framgång inom rekryteringsområdet finns behov av en gemensam sjukvårdsregional kompetensförsörjningsplan, inklusive en nulägesanalys av jämförbara data från respektive region. Utifrån analysen bör det tas fram handlingsplaner för de områden där samverkan är möjlig. Detta bör ske i samarbete mellan regionerna, RUR och RCC så att alla nödvändiga perspektiv tas i beaktning.

RCC ska fortsatt arbeta med regiondagar och andra kompetenshöjande aktiviteter inom sjukvårdsregionen, där det digitala formatet kommer utvecklas ytterligare under perioden.

RUR kommer byta namn under kommande år, men grupperingen och dess uppdrag kommer att vara detsamma.

Tabell 21. Kompetensförsörjning

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Sammanställa en gemensam sjukvårdsregional kompetensförsörjningsplan utifrån respektive regions framtagna kompetensförsörjningsplan samt återföra sammanställd data till verksamheterna/RCC/produktionsplaneringsgruppen	- RUR	2022-2024
Ta fram en handlingsplan för cancervårdens kompetensutvecklingsbehov i sjukvårdsregionen	- RCC styrgrupp med stöd av RUR, regionerna och RCC:s sjukvårdsregionala grupper (VPG/RAG/nätverk)	2022-2024
Stödja projekt och utveckling kring uppgiftsväxling, nya arbetssätt och digitala lösningar inom cancervården	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-2024
Stödja/bedriva vidareutbildningar inom cancerområdet för personal i sjukvårdsregionen, genom: - regiondagar - webinarier/digitala föreläsningar - kurser i samverkan med universiteten/högskolorna i sjukvårdsregionen - kurser i samverkan med övriga RCC i Sverige	- RCC Mellansverige - RCC:s sjukvårdsregionala grupper (VPG/RAG/nätverk)	2022-2024
Bidra till utbildning av studenter genom att föreläsa vid utbildningar på högskolenivå med särskild inriktning på cancerområdet	- RCC Mellansverige	2022-2024

KAPITEL 6

Klinisk cancerforskning och innovation

Bakgrund

Att dagens cancerforskning är morgondagens cancervård håller i stort sett alla med om, trots det ingår endast en liten minoritet av alla cancerpatienter i kliniska cancerstudier. I enlighet med den Nationella cancerstrategin ska RCC-organisationen bidra till att stärka den kliniska forskningen i sjukvårdsregionen och landet för att cancerpatienterna snabbare ska få ta del av nya rön med förbättrad överlevnad och livskvalitet som mål. RCC ska även utveckla strukturer för samarbete med akademisk forskning och den forskande industrin samt främja innovationer i vården.

Var är vi?

RCC Mellansverige har sedan tillkomsten 2012 arbetat för stärkt cancerforskning i sjukvårdsregionen genom utveckling av Studieservice, en stödfunktion där RCC vidarebefordrar information om nya kliniska cancerstudier till de sju regionerna så att de har mer likvärdiga möjligheter att ansluta sig till värdefulla studier. RCC Mellansverige ger också fortsatt stöd till det sjukvårdsregionala nätverket för forskningssjuksköterskor inom cancerområdet (FICA) med syfte att öka medvetenheten om värdet av klinisk cancerforskning, att öka samarbetet runt kliniska prövningar, att sprida kunskap om nya studier och arbetssätt samt att ordna gemensamma utbildningsaktiviteter. Under 2020 utvidgades FICA med forskningssjuksköterskor från kirurgiska verksamheter. Vidare har RCC samverkat med Regionalt biobankscentrum (RBC) för att förbättra samordningen av de kliniska prövningar som innefattar biobanking av vävnadsprov inklusive vätskebaserade sådana. Samarbetet har även syftat till en ökad tillgänglighet till vävnad för translationell cancerforskning.

Under 2019-21 har RCC Mellansverige spelat en aktiv roll inom det nationella arbetet med innovation och utveckling av Individuell patientöversikt i cancervården (IPÖ, se kapitel 4.c.vi), ett verktyg som bland mycket annat syftar till att underlätta identifieringen av patienter som kan tillfrågas om deltagande i kliniska studier. På den nationella nivån finns också Cancerstudier i Sverige, en nationell databas initierad av RCC med information för vårdpersonal och patienter om pågående kliniska cancerstudier som är öppna för patientdeltagande. Sedan 2020 leder RCC Mellansverige ett nationellt arbete som syftar till att bevaka pandemins kort- och långsiktiga inverkan på cancervården. Uppdraget inkluderar utvärdering av hur pandemin påverkat aktiviteten av kliniska studier. Projektet använder sig av data från regionala tumörregister och diagnosspecifika kvalitetsregister tillsammans med andra registerkällor.

RCC har också verkat för ett ökat forskningssamarbete med universitet och högskolor. Under senare år har också stödet till kliniska studier fortsatt att byggas ut i form av kliniska forsknings- och utvecklingsenheter i sjukvårdsregionen (UFC, KFUE, CKF) samt Forum Mellansverige. En fortsatt god samverkan med dessa aktörer samt övriga kliniska forskningsenheter ute i verksamheten är viktig.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att klinisk forskning ska vara en integrerad del av cancervården. Möjligheterna att delta i kliniska studier ska vara goda och likvärdiga oavsett bostadsort och grupptillhörighet.

I regeringens långsiktiga inriktning för cancervården framhålls att cancerforskning ska finnas med som ett prioriterat område på ledningsnivå och vara en integrerad del av vården.

RCC och RBC Mellansverige ska via insatser på flera plan ge fortsatt stöd till utveckling och samarbete inom klinisk forskning, inklusive translationella projekt, samt till innovationsspridning i sjukvårdsregionen.

RCC:s fortsatta roll som sjukvårdsregional aktör inom forskningsområdet bör inriktas mot de områden där RCC tillsammans med RBC har särskilda styrkor som biobanksfrågor, registerkunskap, epidemiologisk metodik och statistik. Utnyttjande av diagnosspecifik kunskap i RCC:s vårdprocessgrupper är avgörande för att identifiera aktuella och kliniskt relevanta frågeställningar.

Tabell 22. Klinisk cancerforskning och innovation

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Stödja utvecklingsarbete som syftar till att öka möjligheten för patienter att ingå i kliniska studier	- RCC Mellansverige - VPG - Regionerna	2022-24
I nationell samverkan bidra till att randomisering till kliniska studier i kvalitetsregister på INCA kan genomföras	- RCC Mellansverige	2022-24
Öka användningen av kvalitetsregisterdata i forskningsstudier	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
I nationell samverkan analysera och sammanställa data avseende covid-19-pandemins effekter på cancervården och kliniska cancerstudier	- RCC Mellansverige	2022-24
Ge stöd till studenter, ST-läkare och forskare i forskningsprojekt baserade på kvalitetsregisterdata	- RCC Mellansverige	2022-24
Upprätthålla och utveckla sjukvårdsregional biobanksinfrastruktur för cancerforskning	- RBC med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

KAPITEL 7

Nivåstrukturering

Bakgrund

Nivåstrukturering, det vill säga centralisering av komplicerad cancerbehandling, från enheter där man utför ett fåtal behandlingar varje år, till större sjukhus har pågått sedan långt innan Cancerstrategin sjösattes. Syftet är att patienter med behov av komplicerad eller ovanlig sjukvård ska kunna få sin operation eller behandling vid ett sjukhus som utför ett tillräckligt antal behandlingar för att både kirurger och övriga delar av teamet ska kunna bygga upp erfarenhet och hög kompetens, både vad gäller chansen att uppnå bot och undvika onödiga biverkningar. En större samlad volym ger också bättre förutsättningar för att utbilda nya specialister samt att bedriva forskning och utvecklingsarbete. Dyr utrustning kan också utnyttjas mer effektivt.

[Den nationella nivåstruktureringen inom cancerområdet](#), som omfattar ett tiotal diagnoser, leddes av RCC i samverkan fram till och med 2018-12-31. Sedan 2019-01-01 är nivåstruktureringen ersatt med Nationell högspecialiserad vård under Socialstyrelsens ledning. I Mellansverige har den nationella nivåstruktureringen, som genomförts i enlighet med [expertgruppers rekommendationer](#), skett på ett relativt problemfritt sätt. Detta beror till stor del på att det har rört sig om få fall, mindre än tio fall per diagnos, region och år.

Den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen i Mellansverige har varit svårare att genomföra. Nackdelar uppstår när centralisering berör diagnoser med lite fler patienter per region och år och när sjukhus får lämna ifrån sig uppdrag utan att få något i utbyte. Om en viss typ av cancerkirurgi försvinner från ett sjukhus påverkas ofta den samlade bakjournskompetensen och det kan bli svårare att rekrytera nya medarbetare. Försvagning av en verksamhet kan också leda till svårigheter att upprätthålla annan närliggande kirurgisk verksamhet.

Förutom dessa generella utmaningar som nivåstrukturering medför har även sjukvårdsregionens struktur, med sju ingående regioner och två universitetssjukhus samt Akademiska sjukhusets närhet till Stockholm, bidragit till komplexiteten. Det är därför inte överraskande att det avtal från 2015 som beslutades av Samverkansnämnden och som hösten 2016 byggdes på med bilaterala avtal mellan Akademiska sjukhuset i Uppsala och Universitetssjukhuset i Örebro, delvis haft bristande legitimitet. Följsamheten till överenskommelserna rörande flera diagnoser har i praktiken varit låg. Förutom ovan beskrivna orsaker har även tilltagande utmaningar med bemanning och svårigheter att klara rimliga väntetider varit bidragande orsaker.

Var är vi?

För att komma framåt i frågan uppdrog Samverkansnämndens ledningsgrupp åt RCC styrgrupp att ta fram en [genomförandeplan](#) för en förnyad satsning på en hållbar och välförankrad nivåstrukturering som kunde godkännas i april 2018. Den innehöll en turné med dialogmöten mellan RCC och företrädare för de sju regionerna som genomfördes hösten 2018. Dialogmötena ledde till en rapport som visade att de största behoven av en förändrad sjukvårdsregional fördelning gällde kirurgi vid njur- och prostatacancer. Ett förnyat uppdrag från Samverkansnämndens ledningsgrupp ledde till nya dialogmöten mellan RCC och regionerna hösten 2019. I december 2019 kunde ett nytt förslag till genomförandeplan presenteras för

ledningsgruppen. Det innehöll förslag om förändrad fördelning av njurcancer- och prostatacancerkirurgin. På grund av långa väntetider för prostatacancer och därmed ett behov av optimering av sjukvårdsregionens resurser, ingick även ett förslag om att utveckla gemensam produktionsplanering för prostatektomier. På grund av coronapandemin avstannade processen under 2020, vilket ledde till att underlaget uppdaterades våren 2021. Ansvaret för arbetet ligger på den sjukvårdsregionala produktionsplaneringsgruppen som är underställd Samverkansnämnden.

Trots kvarstående behov av fortsatt nivåstrukturering måste ändå de framsteg som gjorts inom ett antal diagnoser framhållas. Det framgår av RCC Mellansveriges senaste [nivåstruktureringsrapport](#) att matstrups- och magsäckscancer, ändtarmscancer och cystektomi vid urinblåsecancer är diagnoser/ingrepp där antalet utförande sjukhus har minskat betydligt de senaste 5-6 åren. För flera diagnoser har sjukvårdsregional MDK införts vilket är en förutsättning för en fortsatt ansvarsfull fördelning av cancerkirurgin i Mellansverige.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att samordna sjukvårdsregionens resurser så att all cancervård ges på en enhet som har tillräckligt patientunderlag och motsvarande resurser för att motsvara det innehåll och de kvalitetskrav som beskrivs i de nationella vårdprogrammen.

Det fortsatta nivåstruktureringsarbetet leds av Samverkansnämndens ledningsgrupp och omfattar bl.a. inhämtande av synpunkter och förslag från berörda verksamheter. RCC stödjer ledningsgruppens arbete. Utifrån RCC:s senaste [nivåstruktureringsrapport](#) finns, i ett nästa steg, behov av att gå vidare med en översyn av vårdstrukturen för gynekologisk cancer.

Tabell 23. Nivåstrukturering

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Årsvis uppföljning av nivåstruktureringsarbetet genom rapport	- RCC Mellansverige	2022–24
Stödja Samverkansnämndens fortsatta arbete med nivåstrukturering av cancervård	- RCC Mellansverige - RCC Styrgrupp	2022–24

KAPITEL 8

Barn och unga

Bakgrund

Cancer hos barn är ovanligt. Omkring sextio barn drabbas årligen i sjukvårdsregionen. Men det är inte bara barnen som drabbas av sjukdomen utan även föräldrar, syskon och andra närstående.

Barncancer beror inte av orsaker som kan förebyggas, men det är av stor vikt att börja med preventivt arbete redan i tidig ålder för att lägga grunden till hälsosamma levnadsvanor och för att på så sätt minska risken för cancer i vuxen ålder. Följsamhet till HPV-vaccinationsprogrammet är nödvändigt, både för flickor och pojkar, för att reducera incidensen av flera cancerformer, bl.a. livmoderhals-, anal- och peniscancer. Vidare är det viktigt att misstänkt och konstaterad ärftlig cancer hos barn utreds och följs enligt de riktlinjer som finns för respektive diagnos. Kapitel 3 i detta dokument rör prevention och tidig upptäckt.

På grund av framgångsrikt internationellt och nationellt forskningssamarbete har 5-årsöverlevnaden efter barncancer ökat successivt och är nu över 85 %. Men majoriteten av cancerbehandlingar är tuffa och intensiva vilket gör att biverkningar är vanliga, inte bara under själva sjukdomsperioden. Seneffekter kan uppkomma flera år efter behandlingsavslut eller i vuxen ålder. Långtidsuppföljning efter barncancer är därför viktigt för att upptäcka komplikationer och kunna sätta in åtgärder i tid. En stor del av de personer som har eller haft barncancer har ett stort rehabiliteringsbehov som det inte alltid finns resurser till. Den långsiktiga kostnaden för att inte sätta in rehabiliterande insatser är dock uppskattningsvis hög i form av exempelvis ökad arbetslöshet och sjukskrivning, även för familjemedlemmar.

Var är vi?

Barncancervården i sjukvårdsregionen gäller alla ingående regioner förutom Värmland, som samarbetar med barnonkologiskt centrum i Göteborg. Övriga regioner skickar sina patienter till barnonkologiskt centrum i Uppsala. Regionerna, som alla har barnonkologiskt ansvariga läkare och sjuksköterskor, erbjuder dock kompletterande barnonkologisk verksamhet av olika komplexitetsgrad. Vård och behandling sker i nära samarbete mellan hemsjukhusen och Uppsala.

RCC Mellansverige har sedan 2012 haft en vårdprocessgrupp bestående av representanter från barnonkologiskt centrum i Uppsala samt de barnonkologiskt ansvariga läkarna och sjuksköterskorna från övriga regioner. Den processkartläggning som gruppen har tagit fram visar bl.a. att patienterna har ett stort antal övergångar mellan Uppsala och hemsjukhusen. Det ställer höga krav på en fungerande kommunikation mellan olika vårdgivare, men även mellan vårdgivare och patient och familjer.

Sedan 2019 pågår en statlig satsning på barncancer på nationell och sjukvårdsregional nivå. Förbättringsområden som nämns i överenskommelsen mellan regeringen och SKR är övergång till vuxensjukvård, långtidsuppföljning efter barncancer, psykosocialt stöd för barn och familjer och uppföljning av barn med förvärvad hjärnskada.

Inom barncancersatsningen har flera delprojekt initierats i sjukvårdsregionen. Ett av delprojekten har som mål att barn i behov av stamcellstransplantation ska erhålla behandlingen vid

barnonkologiskt centrum i Uppsala, istället för att behandlas vid andra sjukhus i Sverige eller utomlands. Ett delprojekt rör rehabilitering för barn och ungdomar som haft hjärntumör eller förvärvat hjärnskador i samband med cancerbehandling. Två andra delprojekt syftar till att förbättra uppföljningen av färdigbehandlade patienter, dels genom att förstärka perioden mellan avslutande cancerbehandling och övergången till vuxensjukvård efter 18 års ålder, dels genom att formalisera och utöka den befintliga uppföljningsmottagningen inom vuxensjukvården. Inom ramen för det sjukvårdsregionala projektet ges även möjlighet till lokala delprojekt för att stötta specifika utvecklingsbehov.

Vart ska vi?

Det övergripande målet är att cancerdrabbade barn och deras familjer påverkas så lite som möjligt av cancersjukdomen och kan leva så normala liv som möjligt under och efter sjukdomsförloppet.

Alla barn och unga med cancer ska inte bara erbjudas en god medicinsk vård och omvårdnad utan även prehabilitering, habilitering och rehabilitering samt i förekommande fall även en god palliativ vård. Ett nationellt palliativt vårdprogram för barn finns sedan juni 2021.

Vårdpersonal, både på hemsjukhus och i Uppsala, och patienter med familjer ska vara välinformerade och delaktiga i given vård och uppföljning. Kommunikationsvägar behöver fortsätta utvecklas. Användningen av t.ex. digitala vårdmöten, Min vårdplan via 1177 Vårdguiden, Individuell patientöversikt och MDK kan utvecklas vidare inom barncancer vården.

Övergång från barn- till vuxensjukvården ska fungera smidigt och vårdprogrammet för långtidsuppföljning ska vara implementerat. Alla som har behandlats för cancer som barn ska erbjudas bedömning på en specialiserad uppföljningsmottagning och åtgärder efter behov.

Tabell 24. Barn och unga

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Utveckla digitala kommunikationsvägar för patienter och vårdpersonal	- Regionerna - VPG barncancer	2022-24
Delta i det nationella och sjukvårdsregionala arbetet inom barncancersatsningen	- Regionerna - RCC Mellansverige - VPG barncancer	2022-24
Implementera det nationella vårdprogrammet för långtidsuppföljning efter barncancer	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Implementera det nationella vårdprogrammet för palliativ vård för barn	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Bilaga 1

Cancerplanens aktivitetstabeller

Bilagan innehåller cancerplanens tjugofyra aktivitetstabeller. Den tillhörande texten som står före varje tabell i respektive delkapitel ger bakgrund och förklaring till de valda aktiviteterna.

Tabell 1. Stöd till patienter och närstående

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra projekt för lokal stödverksamhet i regi av lokala cancerföreningar	- Patientföreningar med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Säkerställa att det finns skriftliga rutiner avseende barn som närstående som efterlevs i verksamheten (HSL 2017:30)	- Regionerna	2022
Utvärdera befintligt stöd för närstående (a), inklusive barn som närstående (b) samt vid behov arrangera utbildningsinsatser (c)	- RCC:s sjuksköterskenätverk (a) - RAG barn som närstående (b, c) - RCC Mellansverige med stöd av patient- och närståenderådet (c)	2022-24

Tabell 2. Patient- och närståendemedverkan i vårdens utveckling

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Stärka patient- och närståendeföreträdare, bl.a. genom att tillhandahålla introduktion och utbildningsinsatser	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
Utvärdera och utveckla formerna för patient- och närståendemedverkan	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24

Tabell 3. Primär cancerprevention

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Öka kunskapen hos befolkning och hälso- och sjukvårdspersonal om betydelsen av hälsosamma levnadsvanor för minskat insjuknande i cancer	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-2024
Utveckla samarbetet med relevanta aktörer inom preventionsarbetet för att förstärka och effektivisera det cancerpreventiva arbetet	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-2024

Tabell 4. Förebyggande insatser bland individer med cancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Stödja cancervården med kompetensutveckling kring samtal om levnadsvanor vid patientmöten	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
Sprida och öka kunskapen i cancervården om befintliga nationella kunskapsstöd inom prevention	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24

Tabell 5. Tidig diagnostik i primärvård

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Delta i nationellt arbete kring tidig upptäckt i primärvården samt sprida information och kunskap till primärvården och andra berörda aktörer i sjukvårdsregionen	- RCC Mellansverige	2022-24
Verka för sammanhållna flöden mellan primärvård och specialiserad vård enligt rutinerna för SVF	- Regionerna	2022-24

Tabell 6. Screening för bröstcancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Alla regioner ska ansluta sig till det nationella kvalitetsregistret för mammografiscreening	- Regionerna	2022-24
Kontinuerligt mäta och utvärdera kvalitetsparametrar inkl. ledtider	- Regionerna med stöd av RAG mammografi vid RCC Mellansverige	2022-24
Arbeta för att tillgodose behovet av personal på de bröstdiagnostiska enheterna i sjukvårdsregionerna	- Regionerna	2022-24

Tabell 7. Screening för livmoderhalscancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementera alla delar och uppdateringar av det nationella vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Stimulera till ökat deltagande i screeningprogrammet för livmoderhalscancer och HPV-vaccinationsprogrammet.	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 8. Screening för tjock- och ändtarmscancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Införa tarmcancerscreening i sjukvårdsregionen enligt kommande vårdprogram	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Öka användningen av kvalitetsregistret för koloskopier och tarmcancerscreening	- Regionerna	2022-24
Utbildning av koloskopister	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 9. Tidig diagnostik av hudcancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementering av teledermatoskopi	- Regionerna	2022

Tabell 10. Organiserad prostatacancer-testning

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Införa OPT i Sjukvårdsregion Mellansverige	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 11. Ärftlig cancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Formera RAG ärftlig cancer med uppdrag att: -ta fram förslag på struktur för onkogenetiska mottagningar i regionerna -definiera utbildningsbehov	- RCC Mellansverige med stöd av regionerna	2022-23
I nationell samverkan utarbeta utbildningspaket för basal genetisk kunskap och vägledning	- Klinisk genetik med stöd av RAG ärftlig cancer och RCC Mellansverige	2022-23
Etablera basala onkogenetiska mottagningar för de vanligaste ärftliga cancerformerna i regionerna	- Regionerna med stöd av RAG ärftlig cancer	2023-24
Verka för implementering av nationella kvalitetsregistret för ärftlig cancer (NOGA)	- Regionerna med stöd av RAG ärftlig cancer	2022-24

Tabell 12. Register

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra kompetenshöjande aktiviteter i regionerna i syfte att utbilda och höja kvaliteten i registerarbetet	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
Förbättra och bevaka datakvalitet i fyra dimensioner: a) inrapporteringshastighet, b) täckningsgrad, c) jämförbarhet och d) validitet	- Regionerna (a, b) - RCC Mellansverige (a-d) - VPG (a, b) - Nationella registerstyrgrupper (c, d)	2022-24
I samarbete med övriga RCC utveckla nya registerlösningar på INCA-plattformen, bl.a. avseende utdata-presentation	- RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 13. Vårdprogram

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementera de nationella vårdprogrammen	- Regionerna med stöd av VPG och RCC Mellansverige	2022-24
Revidera sjukvårdsregional rutin för framtagande och spridning av nationella vårdprogram	- RCC Mellansverige med stöd av regionerna	2022
Säkerställa att de vårdprogram som RCC Mellansverige har nationellt ansvar för kan utvärderas avseende följsamhet genom relevanta kvalitetsindikatorer	- RCC Mellansverige	2022-24
Utvärdera följsamhet till de nationella vårdprogrammen	- Regionerna - VPG - RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 14. Vårdprocessutveckling

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Strukturera vårdprocessen lokalt och sjukvårdsregionalt i enlighet med SVF och nationella vårdprogram samt inkludera prevention, rehabilitering och palliativ vård i respektive process	- VPG med stöd av RCC Mellansverige - Regionerna	2022–24
Använda kvalitetsregister- och SVF-data för förbättringsarbete	- VPG med stöd av RCC Mellansverige - Regionerna	2022–24
Utvärdera och utveckla arbetsformer, innehåll och teknik kopplat till MDK-verksamheten	- VPG med stöd av RCC Mellansverige - Regionerna	2022–24

Ta fram och implementera produktionsplan för PET-CT för cancervården i sjukvårdsregionen	- RCC Mellansverige - VPG - RPO medicinsk diagnostik/ Verksamhetschefsgrupp radiologi - Regionerna	2022-23
--	---	---------

Tabell 15. Standardiserade vårdförlopp

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Kvalitetssäkring av SVF-registrering och rapportering till nationell databas	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Genom regelbunden analys av SVF-data identifiera hinder och ta fram åtgärder för en förbättrad vårdprocess avseende: - inklusion i förloppen - ledtider inom förloppen - patientsäkra övergångar mellan vårdgivare inom och mellan regioner - tydliga kontaktvägar mellan vårdgivare samt mellan patient och vårdgivare inom och mellan olika regioner	- VPG - Lokal diagnosspecifik vårdprocessorganisation - SVF-samordnare i regionerna - SVF-samordnare vid RCC Mellansverige	2022-24
Delta i nationellt utvecklingsarbete avseende övergångar mellan regioner	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 16. Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Kontaktsjuksköterskerollen/funktionen ska kvalitetssäkras genom att: - tillgodose utbildning - ge förutsättningar för att uppdraget kan göras enligt nationell uppdragsbeskrivning	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige och RAG för kontaktsjuksköterskor	2022-24
Implementera MVP via 1177 Vårdguiden för alla cancerdiagnoser enligt nationell förvaltningsplan	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 17. Rehabilitering

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Dokumentera processen för cancerrehabilitering på sjukvårdsregional (a) och regional nivå (b)	- VPG cancerrehabilitering (a) - Regionerna (b)	2022

Upprätta lokala handlingsplaner, där även primärvården och kommunerna inkluderas, för implementering av vårdprogrammet för cancerrehabilitering	- Regionerna	2022-23
Stödja implementeringen av vårdprogrammet för cancerrehabilitering och Hälsoskattningen	- VPG för cancerrehabilitering - RCC Mellansverige	2022-24
Systematiskt använda Hälsoskattningen i patientmötet	- Regionerna	2022-24
Införa lokala och sjukvårdsregionala MDK:er inom cancerrehabilitering och bäckencancerrehabilitering	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 18. Palliativ vård

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Samordna det sjukvårdsregionala arbetet inom palliativ vård	- RCC Mellansverige - VPG palliativ vård - RPO äldres hälsa	2022-24
Bedriva Palliativa råd i samtliga län utifrån framtagna uppdragsbeskrivning	- Regioner och kommuner inom respektive län	2022-24
Implementera: - Nationellt vårdprogram för palliativ vård - Nationellt vårdprogram för palliativ vård av barn - Personcentrerat sammanhållet vårdförlopp för palliativ vård	- Regioner och kommuner med stöd av RCC Mellansverige och RPO äldres hälsa	2022-24
Verka för ökad täckningsgrad i Svenska palliativregistret	- Regioner och kommuner med stöd av RCC Mellansverige och RPO äldres hälsa	2022-24

Tabell 19. Individuell patientöversikt

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Starta och stärka användningen av IPÖ i relevanta verksamheter	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Möjliggöra för patientens tillgång till IPÖ via 1177 Vårdguiden	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Verka för att vårddata struktureras och tillgängliggörs för IPÖ och register via nationella tjänsteplattformen	- Regionerna	2022-24

Tabell 20. Cancerläkemedel

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Öka täckningsgraden i registret för cancerläkemedel	- Regionerna - RCC Mellansverige	2022-24
Stödja regionernas uppföljning av cancerläkemedel genom att bidra med statistik från Registret för cancerläkemedel	- RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 21. Kompetensförsörjning

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Sammanställa en gemensam sjukvårdsregional kompetensförsörjningsplan utifrån respektive regions framtagna kompetensförsörjningsplan samt återföra sammanställd data till verksamheterna/RCC/produktionsplaneringsgruppen	- RUR	2022-2024
Ta fram en handlingsplan för cancervårdens kompetensutvecklingsbehov i sjukvårdsregionen	- RCC styrgrupp med stöd av RUR, regionerna och RCC:s sjukvårdsregionala grupper (VPG/RAG/nätverk)	2022-2024
Stödja projekt och utveckling kring uppgiftsväxling, nya arbetssätt och digitala lösningar inom cancervården	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-2024
Stödja/bedriva vidareutbildningar inom cancerområdet för personal i sjukvårdsregionen, genom: - regiondagar - webinarier/digitala föreläsningar - kurser i samverkan med universiteten/högskolorna i sjukvårdsregionen - kurser i samverkan med övriga RCC i Sverige	- RCC Mellansverige - RCC:s sjukvårdsregionala grupper (VPG/RAG/nätverk)	2022-2024
Bidra till utbildning av studenter genom att föreläsa vid utbildningar på högskolenivå med särskild inriktning på cancerområdet	- RCC Mellansverige	2022-2024

Tabell 22. Klinisk cancerforskning och innovation

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Stödja utvecklingsarbete som syftar till att öka möjligheten för patienter att ingå i kliniska studier	- RCC Mellansverige - VPG - Regionerna	2022-24
I nationell samverkan bidra till att randomisering till kliniska studier i kvalitetsregister på INCA kan genomföras	- RCC Mellansverige	2022-24
Öka användningen av kvalitetsregisterdata i forskningsstudier	- RCC Mellansverige - Regionerna	2022-24
I nationell samverkan analysera och sammanställa data avseende covid-19-pandemins effekter på cancervården och kliniska cancerstudier	- RCC Mellansverige	2022-24
Ge stöd till studenter, ST-läkare och forskare i forskningsprojekt baserade på kvalitetsregisterdata	- RCC Mellansverige	2022-24
Upprätthålla och utveckla sjukvårdsregional biobanksinfrastruktur för cancerforskning	- RBC med stöd av RCC Mellansverige	2022-24

Tabell 23. Nivåstruktureringsarbete

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Årsvis uppföljning av nivåstruktureringsarbetet genom rapport	- RCC Mellansverige	2022–24
Stödja Samverkansnämndens fortsatta arbete med nivåstruktureringsarbete av cancervård	- RCC Mellansverige - RCC Stygrupp	2022–24

Tabell 24. Barn och unga

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Utveckla digitala kommunikationsvägar för patienter och vårdpersonal	- Regionerna - VPG barncancer	2022-24
Delta i det nationella och sjukvårdsregionala arbetet inom barncancersatsningen	- Regionerna - RCC Mellansverige - VPG barncancer	2022-24
Implementera det nationella vårdprogrammet för långtidsuppföljning efter barncancer	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24
Implementera det nationella vårdprogrammet för palliativ vård för barn	- Regionerna med stöd av RCC Mellansverige	2022-24



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se

Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansverige 1 oktober 2021

Plats: Digitalt mötesrum

- § 1. Sammanträdet öppnas**
Ordförande öppnar mötet.

- § 2. Upprop**
Vid upprop var följande ledamöter närvarande

För Region Dalarna

Sofia Jarl (C)

Svante Parsjö Tegnér (L) tj ers §1-8
Sebastian Karlberg (S) tj ers

För Region Sörmland

Jonas Lindeberg (VfP)
Magnus Leivik (M)

Jacob Sandgren (S) tj ers
Mattias Claesson (C) ers
Helena Koch (M) ers

För Region Uppsala

Emilie Orring (M)
Malin Sjöberg Högrell (L)

Vivianne Macdisi (S) tj ers

För Region Värmland

Fredrik Larsson (M)
Marianne Utterdahl (SIV)
Ulric Andersson (S)

Jens Östergren (C) ers
Eva Julin Dombrowe (L) ers
Mats Sandström (S) ers

För Region Västmanland

Denise Norström (S)
Barbro Larsson (C) fr. §7
Thomas Högström (M)

Kenneth Östberg (S) ers
Lina Eriksson (L) tj ers §1-6
Malin Gabrielsson (KD) ers

För Region Gävleborg

Tommy Berger (S)
Patrik Stenvard (M)

Jennie Forsblom (KD) tj ers

För Region Örebro län

Andreas Svahn (S)
Karin Sundin (S)
Sebastian Cehlin (M)

Charlotte Edberger (C) ers
Ola Karlsson (M) ers

- § 3. Val av justeringspersoner**
Till att jämte ordförande justera protokollet väljs Emilie Orring.

§ 4. Ärenden för kännedom

- a. Protokoll från Ineras styrelse 2021-03-24, 2021-05-10, 2021-05-21, 2021-06-10
- b. Protokoll styrelse Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg 2021-05-27, 2021-06-17, 2021-08-10

Ola Karlsson, ordförande styrelsen för Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg, informerar om att de fyra första flygplanen mottagits, piloter har rekryterats och rekrytering av sjuksköterskor och personal till flygkoordineringscentralen pågår. Bedöms att tidplan med start den 1 november i Umeå håller.

- c. Protokoll Nämnden för Nationell högspecialiserad vård 2021-05-26

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 5. Budget gemensamt finansierad verksamhet: Hornhinnebanken 2022

Ny justerad modell för kostnadsberäkning. Utrustningskostnader ligger numera i abonnemanget i stället för i priset per hornhinna.

Beslut

att rekommendera sjukvårdsregionens regioner

att abonnemangskostnaden för Hornhinnebanken 2022 fastställs till 419 286 kr per region och kostnaden per hornhinna till 4 000 kr per styck i enlighet med inkommet förslag.

§ 6. Cancerplan Sjukvårdsregion Mellansverige 2022-2024

Inga synpunkter har inkommit sedan nämnden fick draging i juni.

Ett förtydligande av vad det innebär att antalet utförande sjukhus för nivåstrukturerad av matstrups- och magsäckscancer, ändtarmscancer och cystektomi vid urinblåsecancer skickas ut till ledamöterna efter avstämning med Johan Ahlgren, verksamhetschef Sjukvårdsregionalt cancercentrum Mellansverige.

Beslut

att godkänna föreslagen Cancerplan 2022-24 - Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige och

att rekommendera sjukvårdsregionens regioner att godkänna densamma.

§ 7. Information från Ledningsgruppen

Jonas Claesson, ordförande ledningsgruppen, covid-19-utvecklingen i sjukvårdsregionen, vad som pågår inom sjukvårdsregional nivåstrukturerad och produktionsplanering, kommande möte med verksamhetschefgrupperna och hur ledningsgruppen vill samverka för att påverka arbetet nationellt med horisontella prioriteringar inom kunskapsstyrningssystemet.

Presentation bifogas.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 8. Tema Nära vård

Lisbet Löpare, samordnare för nära vård, Sveriges kommuner och regioner, ger en nationell lägesrapport över arbetet med Nära vård.

Annika Olofsson, projektledare Nära vård, Region Dalarna, Kristin Törnqvist, samordnare Nära Vård, Region Värmland, Cajsa Åkerholm och Karolina Ehnsjö, projektledare Nära vård, Region Sörmland, Åsa Himmelsköld, programchef Effektiv och nära vård 2030, Region Uppsala, Jonas Ekström, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör och områdeschef nära vård, Region Västmanland, Lena Adolfsson bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör och områdeschef

Nära vård och Jan Sundelius, samordnare Nära vård Region Örebro län, samt Tina Mansson Söderlund, bitr. hälso o sjukvårdsdirektör, Region Gävleborg informerar om respektive regions arbete med Nära vård genom att svara på följande fem frågor:

- Målbild/här befinner vi oss nu i vår region
- Inom detta/dessa område/n har vi fått till en bra inledande omställningsprocess i vår region
- Inom detta/dessa område/n upplever vi att vi i vår region har de största utmaningarna inom omställningsarbetet
- Hur påverkar omställningen behovet av samverkan över läns/regiongränser?
- Så här följs omställningen upp/ska följas upp i vår region.

Presentationer bifogas.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 9. 1177 Första linjens digitala vård

Sofie Zetterström, affärsområdeschef 1177 Vårdguiden på Inera, beskriver arbetet med programmet Första linjens digitala vård. Aktuell information om pågående projekt, införandestatus och demonstrationsfilmer för tjänsterna finns på webben, <https://www.inera.se/utveckling/forsta-linjens-digitala-vard/om-forsta-linjens-digitala-vard/>.

Presentation bifogas.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 10. Min vård Gävleborg

Simon Nilsson, utvecklingschef Region Gävleborg, presenterar hur Region Gävleborg arbetar med utvecklingen av Min vård Gävleborg. Region Gävleborgs arbete med egen plattform ligger tidsmässigt före den nationella lösning Inera jobbar fram. Regionen har därför valt att jobba vidare med egna plattformen. Ingången för patienten är 1177, precis som för Ineras lösning. Det samverkas mellan Region Gävleborg och utvecklandet av Ineras tjänst.

Presentation bifogas.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 11. Nationell högspecialiserad vård

Andreas Svahn, ledamot i Nämnden för nationell högspecialiserad vård, och Håkan Wittgren representant i Beredningsgrupp2 Nationell högspecialiserad vård informerar om vad som är aktuellt inom området.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna.

§ 12. Samverkansnämndens möte 2-3 december

Andreas Svahn hälsar alla välkomna till möte i Örebro 2-3 december.

§ 13. Mötets avslutande

Ordförande avslutar mötet.

Vid protokollet



Eva-Lena Aspetorp

Justeras

Örebro den oktober 2021


Andreas Svahn (Oct 4, 2021 09:31 GMT+2)

Andreas Svahn

Uppsala den oktober 2021



Emilie Orring












Protokoll SVN 1 okt

Final Audit Report

2021-10-04

Created:	2021-10-04
By:	Kreshnik Dautaj (kreshnik.dautaj@regionvarmland.se)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAGt6PVxe1evYWMs1ySoW3YI0YANsJSvu7

"Protokoll SVN 1 okt" History

-  Document created by Kreshnik Dautaj (kreshnik.dautaj@regionvarmland.se)
2021-10-04 - 6:34:59 AM GMT- IP address: 194.14.121.1
-  Document emailed to Andreas Svahn (andreas.svahn@regionorebrolan.se) for signature
2021-10-04 - 6:35:30 AM GMT
-  Email viewed by Andreas Svahn (andreas.svahn@regionorebrolan.se)
2021-10-04 - 7:29:21 AM GMT- IP address: 194.103.185.10
-  Document e-signed by Andreas Svahn (andreas.svahn@regionorebrolan.se)
Signature Date: 2021-10-04 - 7:31:20 AM GMT - Time Source: server- IP address: 194.103.185.10
-  Document emailed to Emilie Orring (emilie.oring@region uppsala.se) for signature
2021-10-04 - 7:31:21 AM GMT
-  Email viewed by Emilie Orring (emilie.oring@region uppsala.se)
2021-10-04 - 12:34:04 PM GMT- IP address: 81.234.44.16
-  Document e-signed by Emilie Orring (emilie.oring@region uppsala.se)
Signature Date: 2021-10-04 - 12:35:40 PM GMT - Time Source: server- IP address: 81.234.44.16
-  Document emailed to Eva-Lena Aspetorp (eva-lena.aspetorp@regionvarmland.se) for signature
2021-10-04 - 12:35:42 PM GMT
-  Email viewed by Eva-Lena Aspetorp (eva-lena.aspetorp@regionvarmland.se)
2021-10-04 - 12:47:20 PM GMT- IP address: 176.10.201.113
-  Document e-signed by Eva-Lena Aspetorp (eva-lena.aspetorp@regionvarmland.se)
Signature Date: 2021-10-04 - 12:48:00 PM GMT - Time Source: server- IP address: 176.10.201.113
-  Agreement completed.
2021-10-04 - 12:48:00 PM GMT

13

Svar på revisionsrapport
Granskning av 1177
Vårdguidens tjänster
21RS8627

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten, Eva Åkesson
Enelo

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8627

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på revisionsrapport Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna de delar av Region Örebro läns förslag till svar på revisionsrapporten som berör hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sammanfattning

Regionens revisorer har överlämnat en revisionsrapport gällande granskning av regionens arbete med 1177 Vårdguidens tjänster. Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och folktandvårdsnämnden säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt ifall den interna kontrollen är tillräcklig. Revisorerna gör bedömningen att hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att den interna kontrollen inte helt är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Bedömningen har grundat sig på sju revisionsfrågor, varav tre anges som delvis uppfyllda för hälso- och sjukvårdsnämnden. Revisorerna lämnar även följande tre rekommendationer till regionen:

- Att stärka styrning och kontroll av 1177 Vårdguiden telefoni.
- Att aktiva åtgärder vidtas i syfte att säkerställa en systematisk uppföljning och utvärdering av 1177 Vårdguidens tjänster inom regionen.
- Att analys genomförs över vilka åtgärder som kan vidtas för att öka graden av kunskap och kännedom om 1177 Vårdguidens tjänster ur ett medborgarperspektiv. Detta inte minst för att säkerställa målsättningen om att "Digitalt först" ges tillfredsställande förutsättningar att nås.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten, Eva Åkesson
Enelo

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8627

Region Örebro län lämnar likalydande svar från hälso- och sjukvårdsnämnden, folk tandvårdsnämnden och regionstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

instämmer i stora delar av revisorernas bedömning men vill framföra ett antal reservationer och förtydliganden.

Ärendebeskrivning

De revisionsfrågor som anses som delvis uppfyllda är följande:

- ”Säkerställer regionen att 1177 Vårdguidens tjänster är välfungerande ur ett medborgarperspektiv?”
- ”Sker en tillräcklig uppföljning avseende 1177 Vårdguidens tjänster?”
- ”Vidtas aktiva åtgärder för att nå måluppfyllelse avseende 1177 Vårdguidens tjänster i de fall rapportering och uppföljning påvisar avvikelser?”

Ytterligare en fråga anges som delvis uppfylld avseende regionstyrelsen, men uppfylld för hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ”Finns en tillräcklig styrning avseende 1177 Vårdguidens tjänster?”

I svaret framförs att det pågår ett aktivt förbättringsarbete gällande 1177 Vårdguiden inom Region Örebro län. Projektet Digitalt först kommer att återupptas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, något som varit vilande under pandemin. Inom både folktandvården och hälso- och sjukvårdsförvaltningen pågår även ett arbete med digitala vårdmiljöer, både strategiskt och operativt. I svaret lyfts också att allt arbete gällande sjukvårdsrådgivning inom 1177 Vårdguiden på telefon mäts och att månatliga mätningar går att ta del av på Ineras hemsida.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut har inga konsekvenser för dessa perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga ekonomiska konsekvenser.

Tjänsteställe, handläggare
Ärende- och utredningsenheten, Eva Åkesson
Enelo

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 21RS8627

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Förslag till svar
Revisionsrapporten

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Regionens revisorer

Sammanträdesdatum Beteckning
2021-12-01 Dnr: 21RS8627

Regionens revisorer, c/o PWC
Box 885
721 23 Västerås

Svar på revisionsrapport ”Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster”

Region Örebro läns revisorer har överlämnat en revisionsrapport gällande granskning av regionens arbete med 1177 Vårdguidens tjänster och 1177 telefonrådgivningen. Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och folktandvårdsnämnden säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt ifall den interna kontrollen är tillräcklig. Med anledning av revisionsrapporten lämnar Region Örebro län tre likalydande svar, varav detta från hälso- och sjukvårdsnämnden är ett.

Följande yttrande görs mot bakgrund av den pågående pandemin, som har haft och har påverkan på de ambitioner som finns för förbättring och utveckling, såväl inom Region Örebro län som tillsammans med Inera.

Region Örebro län (Regionen) instämmer i delar av revisorernas bedömning men vill framföra ett antal reservationer och förtydliganden.

Det pågår ett aktivt förbättringsarbete gällande 1177 Vårdguidens tjänster inom Regionen. Inom Hälsoval pågår ett utvecklingsarbete inom tre huvudspår för länets vårdcentraler: att utöka möjligheten för invånare att själva boka tider; att erbjuda fler digitala vårdmöten via video; samt att fler behandlingar ska erbjudas i stöd- och behandlingsplattformen, bland annat digital artrosskola.

Revisorerna rekommenderar Regionen att genomföra en analys av vilka åtgärder som kan vidtas för att öka graden av kunskap om 1177 Vårdguidens

tjänster ur ett medborgarperspektiv, samt påpekar att det är av vikt för att nå målsättningen gällande projektet Digitalt först. Implementeringen av projektet Digitalt först är genomfört inom primärvården med en framtagen handlingsplan, medan specialistvården var i startgroparna i samband med att pandemin slog till och då fick pausas. Nu kommer det arbetet att återupptas inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamheter, där område psykiatri är först ut.

Inom både folktandvården och hälso- och sjukvårdsförvaltningen pågår även ett arbete med digitala vårdmiljöer, både strategiskt och operativt. Inom digitala vårdmiljöer kommer Regionen att arbeta med och utveckla de digitala aspekterna av vården. En viktig beståndsdel i arbetet kommer vara att utveckla en förmåga att verka mellan verksamheten och invånarnas behov samt även framtida möjligheter. Generellt ligger kunskapen och nyttjandet av 1177 e-tjänster på en mycket hög nivå inom länet.

Regionen har medvetet prioriterat riktade satsningar för målgruppen äldre, vilket bland annat inneburit samarbete med pensionärsorganisationer och Länsstyrelsen. Det finns även etablerade samarbeten med biblioteken i länet och kommunernas riktade ”äldredagar”.

Revisorernas bedömning är att nyckeltal följs upp men inte invånarnas upplevelse av e-tjänsterna. Regionen instämmer delvis i detta då det är ett område som kan utvecklas med fler fokusgrupper. Regionen deltar emellertid aktivt i utvecklingen av förbättrade nationella analysverktyg och också i utvecklingen av förbättrad ombudsfunktion vilket har lyfts som ett utvecklingsområde framför allt av föräldrar med barn med funktionshinder, men också av anhöriga som vill vara behjälpliga med de digitala e-tjänsterna. Regionen har dock juridiska utmaningar när det gäller ombudsfunktionerna.

Det är också viktigt att påpeka att 1177 Vårdguiden på telefon inte är en verksamhet fristående från övrig hälso- och sjukvård, utan beroende av hur övrig vård hänvisar till sjukvårdsrådgivningen och av hur framkomligheten är till andra verksamheter. Det är här viktigt att lyfta att tillgängligheten inom 1177 Vårdguiden på telefon således speglar övrig verksamhet. Både mätandet av tillgänglighet och framtagandet av mål inom 1177 Vårdguiden på telefon bör göras tillsammans med övrig hälso- och sjukvård och folktandvård. Regionen vill också lyfta att allt arbete gällande sjukvårdsrådgivning inom 1177 Vårdguiden på telefon mäts och månatliga mätningar går att ta del av på Ineras hemsida.

Den via Inera redovisade NKI-mätningen (nöjd-kund-index) är genomförd för telefonin hösten 2020 under rubriken ”Utvecklingen av invånartjänsterna 1177”. Det finns även en NKI-mätning för invånare i inloggat läge gällande e-tjänsterna, som är genomförd via Inera i december 2020. I rapporten lyfts NKI-mätningen för telefonin men inte för e-tjänsterna där det för övrigt är möjligt att följa upplevelsen av e-tjänsterna hos invånare.

Avslutningsvis bedömer Region Örebro län det som svårt att i rapporten urskilja när revisorerna avser 1177 telefon alternativt 1177 e-tjänster. Denna otydlighet gagnar inte analysen då de två har helt olika karaktär.

För Region Örebro län

Karin Sundin

Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande



Till regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden
samt folktandvårdsnämnden för yttrande
Regionfullmäktiges presidium, för kännedom

Revisionsrapport "Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster"

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro län genomfört en granskning av regionens arbete med 1177. Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt folktandvårdsnämnden säkerställer att 1177 vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig.

Vår samlade revisionella bedömning för regionstyrelsen är att:

- regionstyrelsen **inte helt** säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att den interna kontrollen **inte helt** är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv

Vår samlade revisionella bedömning för hälso- och sjukvårdsnämnden är att:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden **inte helt** säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att den interna kontrollen **inte helt** är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

Vår samlade revisionella bedömning för folktandvårdsnämnden är att:

- Folktandvårdsnämnden **i allt väsentligt** säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att den interna kontrollen **inte helt** är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

Bedömning mot revisionsfrågor:

Revisionsfråga	Kommentar
Har användandet av de 1177 vårdguidens tjänster utvecklats i önskvärd riktning sedan tidpunkten för föregående granskning?	<p>Vi bedömer revisionsfrågan som uppfylld.</p> <p>Vi kan utifrån statistik från Inera konstatera att användningen av 1177 Vårdguidens tjänster har ökat sedan föregående granskning. Utifrån rekommendationerna som lämnades vid föregående granskning kan vi konstatera att ett antal åtgärder vidtagits för att stödja verksamheternas anpassning till invånartjänster och att vårdmottagare erbjuder ett utökat utbud av tjänster.</p> <p>Vi konstaterar att det fortsatt saknas kvalitativa och kvantitativa uppföljningar avseende invånartjänsterna ur ett invånarperspektiv. Detta ser vi som ett</p>





väsentligt utvecklingsområde för framtiden.

Finns en tillräcklig styrning avseende 1177 vårdguidens tjänster?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis uppfyllt** för regionstyrelsen



Vi bedömer revisionsfrågan som **uppfyllt** för hälso- och sjukvårdsnämnden samt folktandvårdsnämnden.



Vi konstaterar att regionstyrelsen säkerställt att det finns styrande dokument och en struktur för regionens digitaliseringsarbete inom hälso- och sjukvården, där 1177 ingår. Styrningen har en tydlig koppling till den nationella strategin för e-hälsa 2025. Det finns tydliga målsättningar utifrån nyttjandet av 1177 på webben, nyttjandegrad och kännedom om tjänsteutbudet. Det finns även en tydlig struktur för uppföljning av mål och indikatorer. Målen har inarbetats i styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner.

Dock framgår i vår granskning att det saknas en styrning i form av mål och indikatorer för 1177 telefoni, vilket påverkar bedömningen av regionstyrelsens uppfyllelse av revisionsfrågan.

Finns ett enhetligt utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen?

Vi bedömer revisionsfrågan **uppfyllt**.

Regionstyrelsen har via riktlinjer och rutiner beslutat vilket utbud som ska gälla för 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen. Detta förtydligas även i kvalitetsboken så aktörer inom Hälsoval Örebro omfattas. Vår granskning visar att det inom Folktandvårdens verksamheter har skett en bred och enhetlig implementering av tjänsterna utifrån styrningen inom området.



Finns det etablerade arbetssätt för implementering av 1177 vårdguidens tjänster i verksamheterna?

Vi bedömer revisionsfrågan **uppfyllt**.

Vi bedömer att det finns en struktur för implementering och arbete med 1177 Vårdguidens e-tjänster inom regionen. Vi bedömer dock, som utvecklingsområde för framtiden, att implementeringen av tjänsterna kan kompletteras med uppföljningar av hur medborgarna uppfattar och upplever tjänsterna. Vidare anser vi att regionstyrelsen bör stärka sin styrning för att vårdmottagare i högre grad ska erbjuda ett enhetligt tjänsteutbud samt genomföra kompetensutvecklingsinsatser i syfte att säkerställa att de erbjudna tjänsterna systematiskt ges tillfredsställande förutsättningar att fungera och användas på ett ändamålsenligt



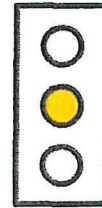


sätt inom vårdverksamheterna.

Säkerställer regionen att 1177 vårdguidens tjänster är välfungerande ur ett medborgarperspektiv?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis uppfylld**.

Av granskningen framgår att SKR:s hälso- och sjukvårdsbarometern 2019 och 2020 visar att Region Örebro är en av de regioner i riket där medborgarna har högst förtroende för invånartjänsterna 1177. Vidare visar granskningen att olika interna arbeten pågår för att minska antalet sällananvändare och underlätta e-tjänsterna för äldre. Det framgår dock att det saknas ett systematiskt och strukturerat arbete för att kartlägga, analysera och vidta åtgärder utifrån medborgarnas upplevelser av tjänsterna. Uppföljning av program för e-hälsa följer upp nyckeltal, men det framgår inte hur e-tjänsterna upplevs.



Sker en tillräcklig uppföljning avseende 1177 vårdguidens tjänster?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis uppfylld**.

Granskningen visar att styrelsen och nämnderna följer upp indikatorer kopplat till användning av 1177 samt ett ökat utbud av e-tjänster utifrån det övergripande målet. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov. Vidare genomförs uppföljning utifrån regionens program för e-hälsa görs efter samma struktur som planen är upprättad. Vi anser att uppföljningen kan utvecklas avseende uppföljning och analys gällande utbudet.



Vidtas aktiva åtgärder för att nå måloppfyllelse avseende 1177 vårdguidens tjänster i de fall rapportering och uppföljning påvisar avvikelser?

Vi bedömer revisionsfrågan som **delvis uppfylld**.

Utifrån erhållen dokumentation konstateras att det pågår ett aktivt arbete i syfte att stärka den digitala utvecklingen inom regionen. Den främsta styrningen av 1177-tjänster sker genom projekt inom ramen för program för e-hälsa 2021 där mål och aktiviteter redovisas utifrån tidigare års uppföljning. Åtgärder under verksamhetsåret redovisas även i årsredovisningarna.

Då uppföljningen inte alltid redovisar konkreta brister eller avvikelser bedömer vi att det inte alltid går att spåra planerade åtgärder. Vidare konstaterar vi att det saknas en strukturerad uppföljning avseende exempelvis skillnader i utbud av invånartjänster, statistik över 1177 telefoni samt medborgarnas upplevelse av tjänsterna. Utifrån detta saknas delvis tydliga underlag för att vidta ändamålsenliga åtgärder.



Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Att stärka styrning och kontroll av 1177 Vårdguiden telefoni.
- Att aktiva åtgärder vidtas i syfte att säkerställa en systematisk uppföljning och utvärdering av 1177 vårdguidens tjänster inom regionen.


- Att analys genomförs över vilka åtgärder som kan vidtas för att öka graden av kunskap och kännedom om 1177 vårdguidens tjänster ur ett medborgarperspektiv. Detta inte minst för att säkerställa att målsättningen om "Digitalt först" ges tillfredsställande förutsättningar att nås.

Vi emotser regionstyrelsens, hälso- och sjukvårdsnämndens samt folktandvårdsnämndens yttrande över skrivelsen och bilagd rapport, med förslag till åtgärder samt tidplan, senast 2021-11-30.

För regionens revisorer



Sara Dickson
Ordförande



Anders Larsson
vice ordförande

Granskning av 1177 Vårdguidens tjänster

Region Örebro

2021

Projektledare Erik Jansen, certifierad kommunal revisor

Projektmedarbetare Kim Ivarsson

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	3
Iakttagelser och bedömningar	6
Revisionsfråga 1 - Tjänsternas utveckling sedan föregående granskning	6
Revisionsfråga 2 - Syrning av 1177 vårdguidens tjänster	10
Revisionsfråga 3 - Utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster	15
Revisionsfråga 4 - Arbetssätt för implementering av 1177 vårdguidens tjänster	17
Revisionsfråga 5 - 1177 vårdguidens tjänster ur ett medborgarperspektiv	20
Revisionsfråga 6 - Uppföljning av 1177 vårdguidens tjänster	23
Revisionsfråga 7 - Åtgärder för måluppfyllelse	25
Bedömningar utifrån revisionsfråga	28

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Örebro genomfört en granskning av regionens arbete med 1177. Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt folktandvårdsnämnden säkerställer att 1177 vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig

Vår samlade revisionella bedömning för **regionstyrelsen** är att:

- regionstyrelsen inte helt säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att
- den interna kontrollen inte helt är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

Vår samlade revisionella bedömning för **hälso- och sjukvårdsnämnden** är att:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att
- Den interna kontrollen inte helt är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

Vår samlade revisionella bedömning för **folktandvårdsnämnden** är att:

- Folktandvårdsnämnden i allt väsentligt säkerställer att 1177 Vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, samt att
- Den interna kontrollen inte helt är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

Bedömningen baseras på de revisionsfrågor som presenteras löpande i rapporten.

Rekommendationer

Utifrån granskningens iakttagelser lämnas följande rekommendationer:

- Att stärka styrning och kontroll av 1177 Vårdguiden telefoni.
- Att aktiva åtgärder vidtas i syfte att säkerställa en systematisk uppföljning och utvärdering av 1177 vårdguidens tjänster inom regionen.
- Att analys genomförs över vilka åtgärder som kan vidtas för att öka graden av kunskap och kännedom om 1177 vårdguidens tjänster ur ett medborgarperspektiv. Detta inte minst för att säkerställa att målsättningen om "Digitalt först" ges tillfredsställande förutsättningar att nås.

Inledning

Bakgrund

1177 Vårdguidens tjänster ingår i av regionerna delägda Ineras tjänsteutbud. Tjänsterna under 1177 är följande tre:

1177 Vårdguiden på telefon:

Varje region driver sin egen verksamhet för sjukvårdsrådgivning, antingen i egen regi eller genom upphandlad underleverantör. Inera utvecklar och förvaltar det rådgivningsstöd med integrerat kontaktcenter som används i regionernas verksamhet.

1177 Vårdguiden på webben:

1177 Vårdguiden på webben erbjuder kvalitetssäkrad information om hälsa, sjukdomar och vård.

På 1177.se finns det närmare tretusen medicinska artiklar och information om vårdens regler, patientens rättigheter och hur man kan hitta vård. Syftet med innehållet på 1177.se är att öka individens kunskap och handlingskraft i dialog med vården.

1177 Vårdguidens e-tjänster:

1177 Vårdguidens e-tjänster möjliggör digital kommunikation mellan vårdgivare och invånare på ett säkert sätt. Invånaren kan göra sina vårdärenden och kontakta vården elektroniskt på tider som passar denne, till exempel boka tid, förnya recept och läsa sin journal.

År 2016 och 2017 genomfördes en samordnad granskning avseende styrning och användning av 1177 vårdguidens tjänster i åtta regioner som regionens revisorer deltog i. Syftet med granskningen var att undersöka huruvida respektive region säkerställde att de medel som investerades i 1177 vårdguidens tjänster gav önskad effekt i den egna regionen.

Föregående granskning påvisade att det finns tydliga skillnader mellan regionerna avseende styrning, ledning, uppföljning och kontroll av 1177 Vårdguidens tjänster i den egna regionen.

Den samlade revisionella bedömning var att de medel som investerades i 1177 vårdguidens tjänster i Region Örebro i viss utsträckning gav önskad effekt.

Regionens revisorer har utifrån en värdering av väsentlighet och risk funnit det angeläget att granska den politiska styrningen och kontrollen av regionens arbete med 1177 vårdguidens tjänster.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt folktandvårdsnämnden säkerställer att 1177 vårdguidens tjänster bedrivs på ett ändamålsenligt sätt samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig ur ett medborgarperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. Bedömningen sker utifrån nedanstående revisionsfrågor.

- Har användandet av de 1177 vårdguidens tjänster utvecklats i önskvärd riktning sedan tidpunkten för föregående granskning?
- Finns en tillräcklig styrning avseende 1177 vårdguidens tjänster?
- Finns ett enhetligt utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen?
Fokus på att särskilt kartlägga och beskriva vilket e-tjänsteutbud som regionen genom avtal med Inera kan erbjuda invånarna, samt vilka e-tjänster som primärvården i praktiken erbjuder.
- Finns det etablerade arbetssätt för implementering av 1177 vårdguidens tjänster i verksamheterna?
- Säkerställer regionen att 1177 vårdguidens tjänster är välfungerande ur ett medborgarperspektiv?
Särskilt fokus på hur regionen genom uppföljning och analys beaktar 1. hur de som nyttjar tjänsten upplever den samt 2. hur sällan/icke-användarna av 1177 vårdguidens tjänster upplever tjänsterna.
- Sker en tillräcklig uppföljning avseende 1177 vårdguidens tjänster?
- Vidtas aktiva åtgärder för att nå måluppfyllelse avseende 1177 vårdguidens tjänster i de fall rapportering och uppföljning påvisar avvikelser?

Revisionskriterier

- Fullmäktiges verksamhetsplan 2021
- Styrelse och berörda nämnders verksamhetsplaner
- Ev. tillkommande styr-/strategidokument inom området

Avgränsning

Granskningen avgränsas till i huvudsak år 2021, men beslut och åtgärder med inverkan på revisionsåret kommer att beaktas. I övrigt se syfte och revisionsfrågor.

Granskningsobjekt är regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt folktandvårdsnämnden.

Metod

Granskningen genomförs genom:

- Inhämtning och analys av statistik från Inera samt regionen.
- Upprättande av intervjuguide
- Genomförande av intervjuer med relevanta tjänstepersoner
- Genomförande av intervjuer med politiska företrädare från regionstyrelsen och berörda nämnder
- Analys och rapportskrivning
- Värdering och bedömning av revisionsfrågor samt granskningens syfte

Iakttagelser och bedömningar

Revisionsfråga 1 - Tjänsternas utveckling sedan föregående granskning iakttagelser

Slutsatser och rekommendationer från föregående granskning

De iakttagelser och bedömningar som gjordes i 2017 års granskning var att det fanns en tydlig styrning av vårdgivare genom målsättningar ur ett patientperspektiv samt etablerade arbetssätt och stöd för implementering av tjänsterna i verksamheten. Dock bedömdes ytterligare kvalitativa uppföljningar behövas för att kunna användas för förbättringsarbete och förändringar gällande arbetsprocesser. Vidare framgick att det fanns en variation mellan vårdcentralerna i hur mycket arbetsprocesser har förändrats. Vid vissa vårdcentraler hade mer genomgripande förändringar skett vad det gäller exempelvis kontakt med patienter medan vid andra hade i allt väsentligt inga förändringar skett.

Utifrån granskningen lämnades nedanstående rekommendationer.

- att arbetet med att stödja verksamheternas anpassning till invånartjänsterna stärks.
- att regionen utökar arbetet med att genomföra och/eller sprida kvalitativa och kvantitativa uppföljningar avseende invånartjänsterna ur såväl invånar- som verksamhetsperspektiv.

I intervjuer uppges att utifrån förra granskningen upprättades ett ambitiöst e-hälsoprogram som inkludera flera förvaltningar. Uppföljningar förstärktes gällande webbtidbokning och ett utökat samarbete inom Hälsoval. Arbetet stannade dock upp beroende på organisationsförändringar samt personalomsättning. Det är först under de senaste två åren som arbetet har kunnat startats upp med planering för digitala vårdmiljöer och metodstödjare som kan vägleda och stödja verksamheterna. Arbetet har adresserats på ett annat sätt under pandemin där stora utvecklingskliv har tagits.

Statistik för utveckling av nyttjande över tid

Inera tillhandahåller statistik för användningen av de nationella invånartjänsterna 1177 Vårdguiden på telefon, 1177 Vårdguiden e-tjänster samt 1177 Vårdguiden på webben. Statistik för Region Örebro finns i varierad grad tillgänglig för perioden år 2014-2021¹.

Nedan redovisas trendutvecklingen för nyttjande av de nationella invånartjänsterna inom Region Örebro.

¹ Till och med 2021-03-31

Diagram 1. Samtalsstatistik 1177 Vårdguiden på telefon, Region Örebro. 2014-2021.

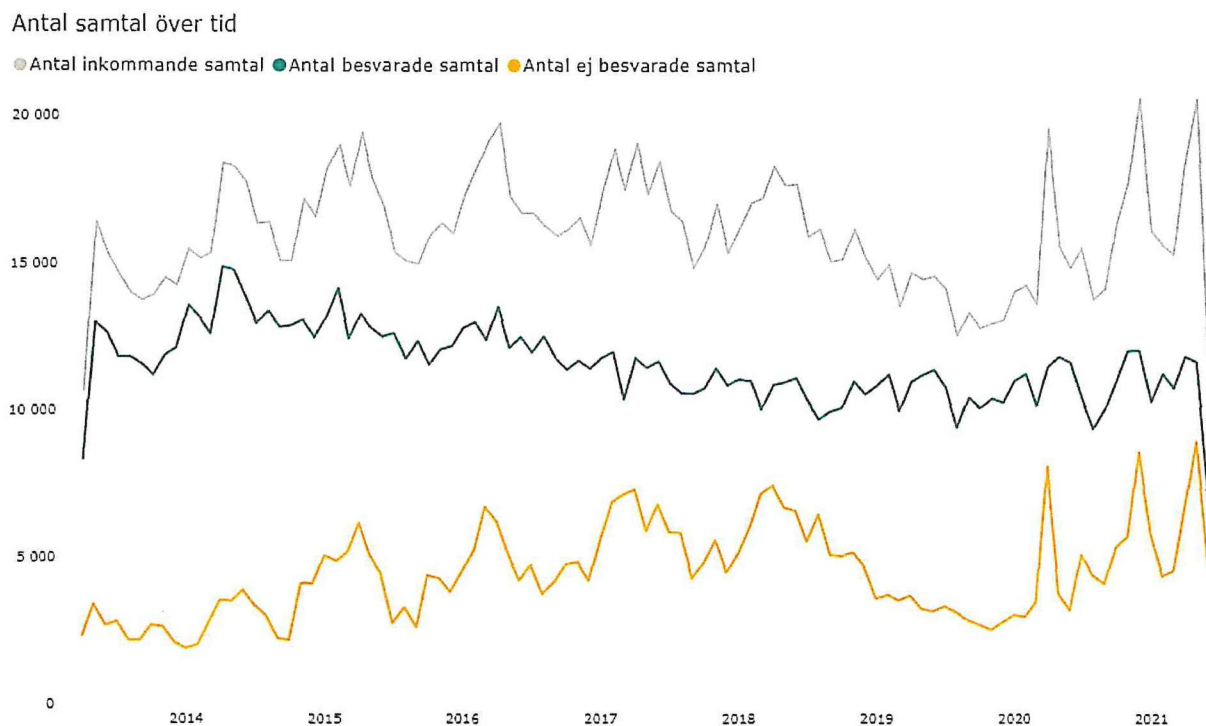


Diagram 1 visar att antal inkommande (översta linjen), besvarade (mellersta linjen) och ej besvarade (nedersta linjen) samtal till 1177 Vårdguiden på telefon. Sett till perioden har antalet inkommande samtal varit relativt volatilt.

Det finns ett tydligt samband med kraftiga antal inkomna samtal och ökat antal ej besvarade samtal. Antalet besvarade samtal har dock inte ökat vid ökad antal inkomna samtal. Under 2020-2021 finns en tydlig koppling i minskad andel besvarade samtal med pandemins utveckling. Exempelvis är andelen besvarade samtal betydligt lägre vid pandemins olika kumulativa faser.

- 2020-03-31 02:00 58,60 %
- 2020-11-30 01:00 58,36 %
- 2021-04-30 02:00 56,56 %

Diagram 2. Genomsnittligt antal samtal per veckodag till 1177, Region Örebro. År 2018.

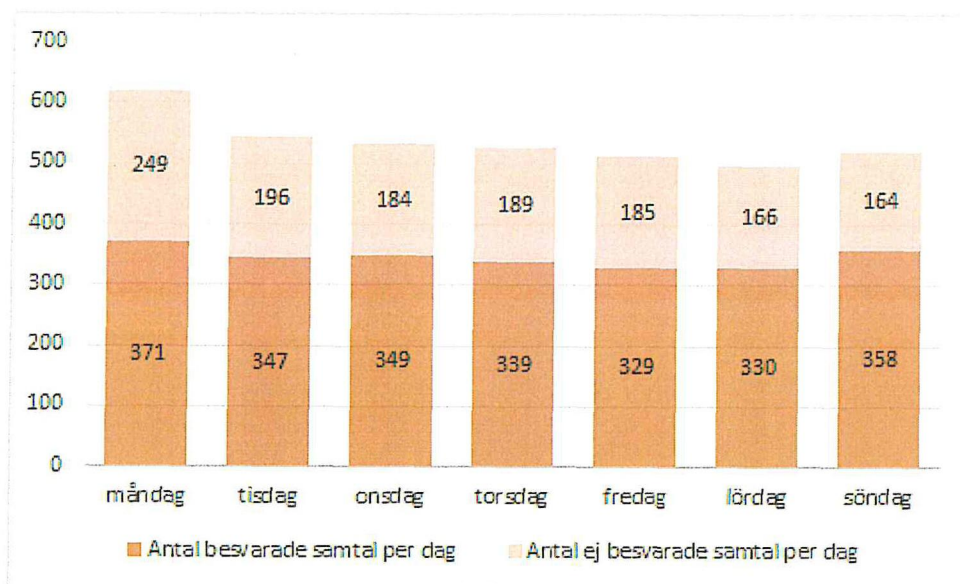


Diagram 3. Genomsnittligt antal samtal per veckodag till 1177, Region Örebro. År 2021.

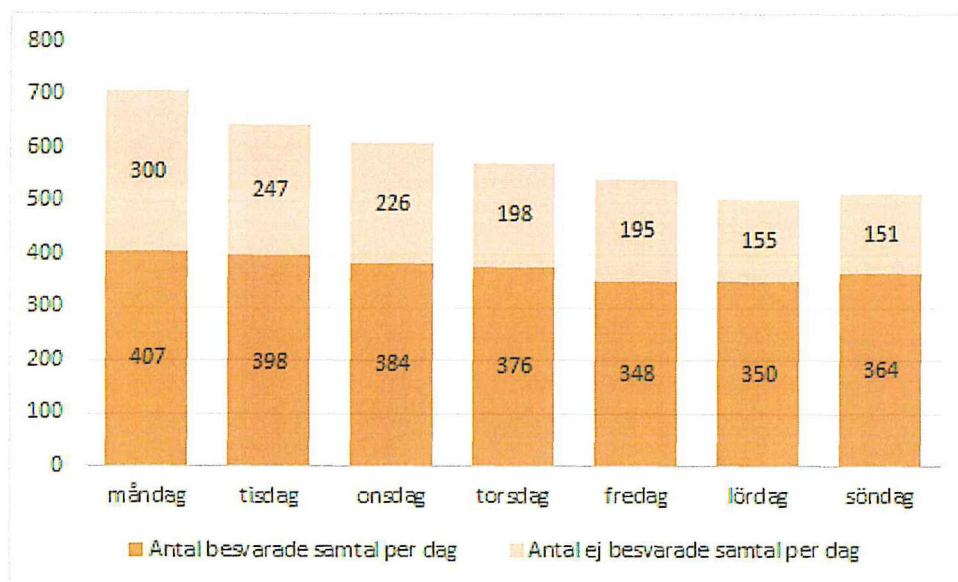


Diagram 2 och 3 det genomsnittliga antalet besvarade samtal ökat från 2018 till 2021 medan ej besvarade samtal också har ökat i stort mellan år 2018-2021. Antal inkomna samtal totalt har även ökat under perioden.

Diagram 4. Användandet av 1177 Vårdguiden e-tjänster, Region Örebro. 2014-2021.

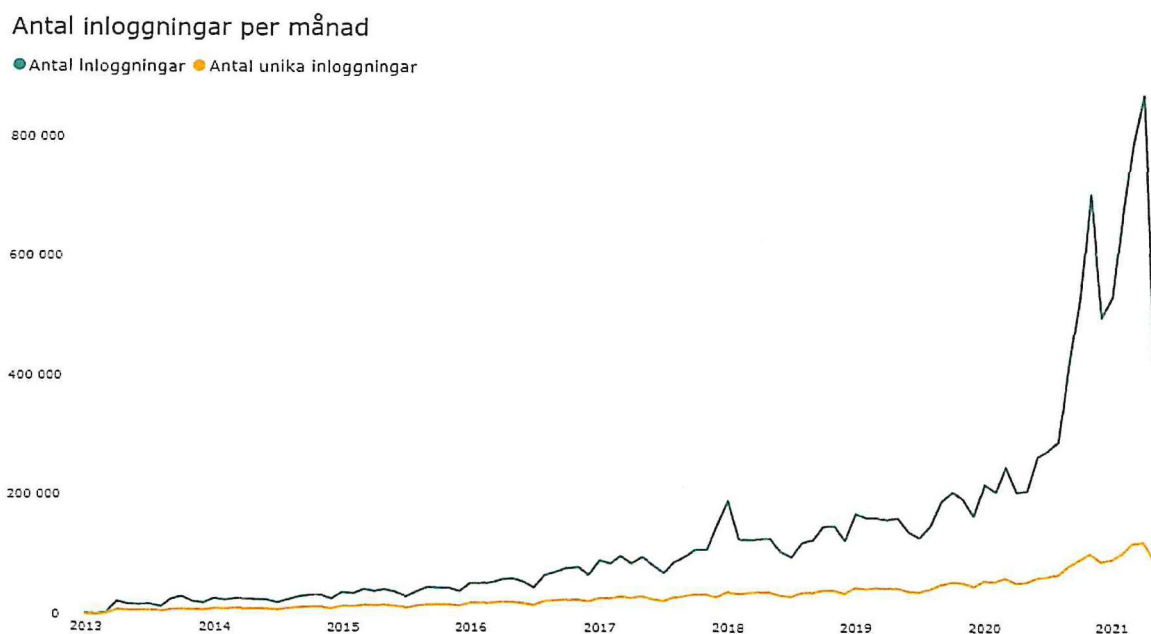


Diagram 4 visar antalet invånare som loggat in på 1177 e-tjänster (nedre linjen, unika inloggningar) samt antalet inloggningar på 1177 totalt (översta linjen). Antalet unika inloggningar har ökat från 219 127 inloggningar januari 2020 till 871 317 inloggningar under januari 2021.

Diagram 5. Användandet av 1177 på webben, Region Örebro. 2014-2021.

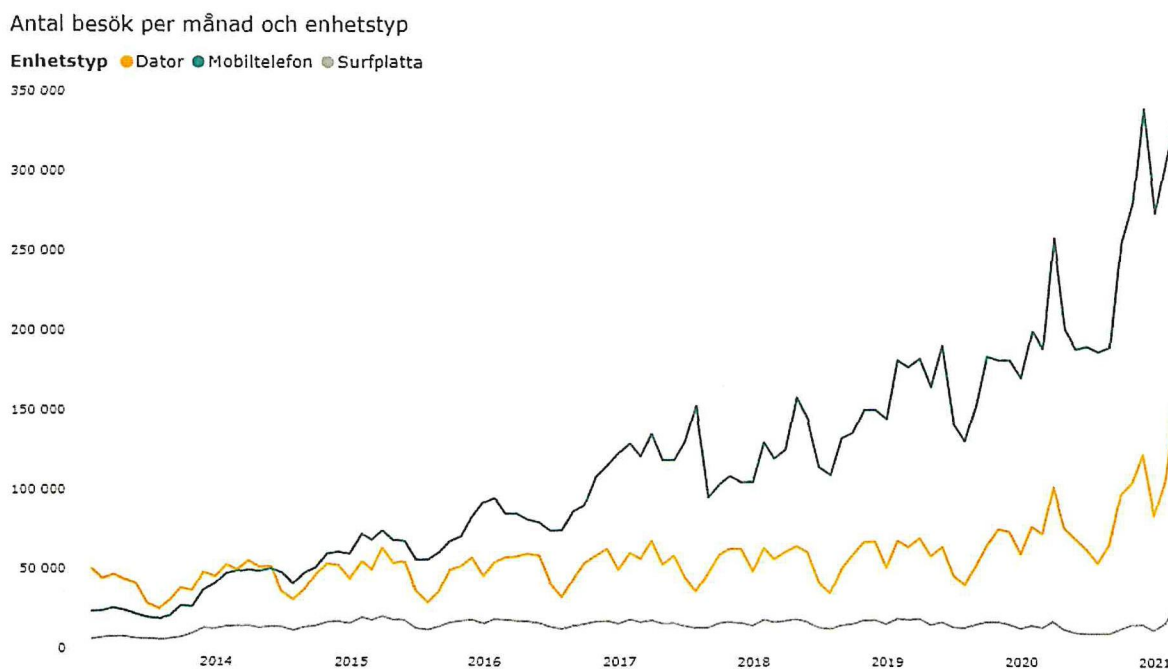


Diagram 5 visar att invånarnas besöksfrekvens på webbplatsen 1177.se ökat mellan år 2014 och 2021. En stor ökning har skett 2019-2021.

Utvecklingen av invånartjänsterna 1177

Inera genomförde under hösten 2020 en undersökning gällande Nöjd-kund-index, NKI. Målgruppen för undersökningen är personer som ringer 1177 Vårdguiden på telefon. De som ringer 1177 får en automatisk fråga i talsvaret om de vill delta i en intervju. De som tackade ja ingick i urvalet.

	NKI	Telefonkö- väntetid	Telefonkö - information	Tid	Bemötande	Kommunikation	Tro- värdighet
Örebro	78	50	78	92	93	92	89
Hela riket	81	56	79	91	92	92	90

Av intervjuer framgår att nyttjandet och utvecklingen av 1177 har ökat stort under de senaste åren. Medborgarnas möjligheter till provtagning av covid-19, beställning av tester och bokning av tid är exempel på tjänster som införts eller ökat under pandemin.

Bedömning

Revisionsfråga: Har användandet av 1177 vårdguidens tjänster utvecklats i önskvärd riktning sedan tidpunkten för föregående granskning?

Revisionsfrågan bedöms som **uppfylld**.

Vi kan utifrån statistik från Inera konstatera att användningen av 1177 Vårdguidens tjänster har ökat sedan föregående granskning, vilket bedöms ligga i linje med regionens ambition och målsättningar inom området.

Utifrån rekommendationerna som lämnades vid föregående granskning kan vi konstatera att ett antal åtgärder vidtagits för att stödja verksamheternas anpassning till invånartjänster och att vårdmottagare erbjuder ett utökat utbud av tjänster.

Vi konstaterar att det *fortsatt saknas kvalitativa och kvantitativa uppföljningar* avseende invånartjänsterna ur ett invånarperspektiv. Detta ser vi som ett väsentligt utvecklingsområde för framtiden.

Revisionsfråga 2 - Syrning av 1177 vårdguidens tjänster laktagelser

Den huvudsakliga styrningen av 1177 sker utifrån de övergripande mål för digitala tjänster som finns formulerade i nämndernas verksamhetsplaner samt de mål och uppdrag som finns i Program för e-hälsa som är Region Örebro län för att uppnå målen i nationell strategi för e-hälsa 2025.

Övergripande målsättningar

I verksamhetsplan med budget 2021 framgår att regionen ska främja den digitala kulturen och utveckla digitala arbetssätt. "Digitalt först" innebär bland annat att digitala

tjänster ska vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med dem som bor i Sverige, med organisationer och med företag, när det är möjligt och relevant. Digitala lösningar samt kontaktytor likt 1177 Vårdguiden ska underlätta för länets invånare att vara delaktiga och ha egenmakt samt stödja kontakten mellan invånarna och verksamheterna.

Utifrån detta har effektmålet *Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster, utifrån deras behov* formulerats. Målet mäts enligt indikatorerna nedan.

- Ett ökat utbud av e-tjänster till invånarna för att möta kravet om "Digitalt först".
- Minst 80 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Både styrelsen och nämnderna har inkluderat målen i sina verksamhetsplaner 2021.

Mål och direktiv

Programdirektiv för nationell e-hälsa har upprättats av digitaliseringschefen inom regionen. Programmets övergripande idé är att genomföra olika aktiviteter inom Region Örebro län för att uppnå målen i nationell strategi för e-hälsa 2025. Programmet redogör den övergripande målsättningen för e-hälsa där 1177 är en del av de digitala tjänsterna.

Det finns dock inga specifika mål eller uppdrag utifrån 1177 beskrivet i programdirektivet, utan dessa konkretiseras genom programplaner² som upprättas årligen.

Programmets övergripande strategi är att genomföra olika aktiviteter inom Region Örebro län för att uppnå målen i nationell strategi för e-hälsa 2025. Planen anger att digitala tjänster ska, när det är möjligt och relevant, vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med de 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 och stödja kontakten mellan invånarna och verksamheterna.

Detta omfattar olika projekt, uppdrag, förstudier och aktiviteter inom område e-hälsa.

Styrande dokument för arbetet i programmet är:

- Vision e-hälsa 2025, med handlingsplan 2020- 2022
- Genomförandeplan 2020-2022, bilaga till strategidokument
- Regionstyrelsens verksamhetsplan Region Örebro län 2021
- Långtidsplan 2020-2025 Inera – Digital infrastruktur för framtidens välfärd

² Program för e-hälsa Plan 2020, 2020-02-24 och Program för e-hälsa plan 2021, 2021-01-11

- Programplan e-hälsa Region Örebro län
- Målbild för hälso- och sjukvård i Örebro län 2030

I programplan för 2020 anges mål inom digitalisering och e-hälsa verksamhetsplan för Region Örebro län 2020 samt Ineras verksamhetsplan 2020. Vidare framgår projekt inom program för e-hälsa som pågår under året med angiven tidsplan.

Nedan framgår den sammanställning av mål som anges i planen

Mål/Uppdrag Region Örebro län

Övergripande mål för digitalisering

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

Inriktningsmål

- Digitalt först - genomförande av aktiviteter inom Region Örebro län för att uppnå målen i nationell strategi för e-hälsa 2025. Arbetet styrs via Region Örebro läns program för e-hälsa. Indikator: Årliga planer med uppföljning.

Övriga mål

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

Indikatorer:

- Minst 90 procent av länsinvånarna känner till 1177 Vårdguiden, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning via internet på 1177.se.
- Minst 75 procent av länsinvånarna är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.
- Ett ökat utbud av e-tjänster (både inom hälso- och sjukvården och tandvården).

Både styrelsen och nämnderna har inkluderat målen i sina verksamhetsplaner 2021.

Mål/uppdrag Inera

Information över organisationsgränser – säker digital Kommunikation.

- Regioner och kommuner ska ta fram en plan för hur verksamheter ska kunna kommunicera ostrukturerad information, på ett säkert sätt över organisationsgränser och mellan myndigheter.

1177 Vårdguiden på webben

- Nyttjandet av 1177 Vårdguiden på webben ska öka med 15 % årligen, för att underlätta för hälso- och sjukvården samt ge invånarna en god och tillgänglig information.

Tidbokning ska öka antal av- och ombokningar via 1177.se.

- Målvärde 2020: 50% årlig ökning gällande av- och ombokning via 1177.se

Nyttjandet av 1177 Vårdguidens e-tjänster, dvs inloggade e-tjänster inklusive Journalen, ska öka med 15% årligen.

Tillgängliggöra information till nationella tjänsteplattformen.

Alla regioner ska öka sin användning av antalet behandlingar och stödprogram i stöd- och behandlingsplattformen.

- Antal enheter som använder stöd- och behandlingsplattformen ska öka med 50% från 2019.

Samtliga mål och uppdrag följs upp i uppföljningsrapport 2020.

I programplan för 2021 saknas angivna mål inom digitalisering motsvarande föregående års plan. Projekt inom program för e-hälsa anges dock efter samma struktur med tidsplan.

För år 2021 har målen i Regions Örebro's verksamhetsplan justerats till nedanstående:

- Ett ökat utbud av e-tjänster till invånarna för att möta kravet om "Digitalt först".
- Minst 80 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Av intervjuer framgår att målen och styrningen förändrats över tid. Tidigare fanns flera rapporteringspunkter, men dessa har reviderats till att omfatta övergripande viljeinriktningar.

Programplanen har som ovan nämnts en förändrad struktur för år 2021 där Ineras mål *inte* är inkluderade, samt att indikatorer är exkluderade och endast olika uppdrag redovisas. Enligt intervjuer beror detta främst på att pandemin påverkat planeringen, vilket inneburit att bland annat Ineras målsättningar inte kunnat inkluderas, utan endast uppdrag och aktiviteter.

Av intervjuer framgår att det saknas en tydlig styrning av 1177 telefoni. Det uppges att det upplevs finnas en större förväntan från invånare om 1177 och dess kapacitet och tillgänglighet än vad som finns kapacitet att handlägga. Ett tydligare uppdrag i form av uppdragsbeskrivningar har efterfrågats men ingen central uppdragsbeskrivningar har upprättats för telefonin inom regionen. Egna uppdragsbeskrivningar har därför tagits fram på enheten då medarbetare inom regionen uppfattat att telefonins uppdrag är otydligt. I sammanhanget skall det särskilt noteras att denna egna uppdragsbeskrivning således ej är ett resultat av en tydlig styrning/ambition från politisk nivå.

En flödesproblemtik uppges vid intervjuer finnas då många vårdmottagare inom regionen hänvisar till 1177 i ärenden som telefonitjänsten inte ansvarar för. Avgränsningen för verksamheten upplevs därför som svår då okunskapen om deras uppdrag bidrar med att många invånare hänvisas till telefonin i frågor som ska hanteras direkt av vårdverksamheterna, exempelvis avseende smittspårning och vaccinationer. De frågor som hamnar hos 1177 telefonin uppges hanteras för att lösa medborgarnas behov, men med effekt att detta sammantaget bidrar det till en lägre tillgänglighet för 1177-telefonin.

Telefoniverksamheten uppges att det flera gånger lyfts att det går att öka kapaciteten och tillgängligheten, men inte med nuvarande bemanningssituation. Verksamheten har svårt att dimensionera utifrån ökade flöden. Anpassningar försöker regelbundet göras för att minska toppar och dalar, men då en grundstyrning saknas uppges det vara svårt att finna en ändamålsenlig process för dimensionering eftersom det i många aspekter är oklart mot vilka mål som dimensioneringen skall anpassas.

Bedömning

Revisionsfråga: Finns en tillräcklig styrning avseende 1177 vårdguidens tjänster?

Revisionsfrågan bedöms som **delvis** uppfylld för regionstyrelsen. Revisionsfrågan bedöms som **uppfylld** för hälso- och sjukvårdsnämnden samt tandvårdsnämnden.

Vi konstaterat att regionstyrelsen säkerställt att det finns styrande dokument och en struktur för regionens digitaliseringsarbete inom hälso- och sjukvården, där 1177 ingår. Styrningen har en tydlig koppling till den nationella strategin för e-hälsa 2025. Det finns tydliga målsättningar utifrån nyttjandet av 1177 på webben, nyttjandegrad och kännedom om tjänsteutbudet. Det finns även en tydlig struktur för uppföljning av mål och indikatorer. Målen har inarbetats i styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner.

Dock framgår i vår granskning att det saknas en styrning i form av mål och indikatorer för 1177 telefoni, vilket påverkar bedömningen av regionstyrelsen uppfyllelse av revisionsfrågan.

Revisionsfråga 3 - Utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster

Fokus på att särskilt kartlägga och beskriva vilket e-tjänsteutbud som regionen genom avtal med Inera kan erbjuda invånarna, samt vilka e-tjänster som primärvården i praktiken erbjuder.

lakttagelser

Region Örebro län har tecknat avtal³ med Inera för 1177 Vårdguidens e-tjänster samt 1177 Vårdguiden på telefon.

Avtal för e-tjänster innebär att regionen får tillgång till Ineras tjänsteplattform med e-tjänster för digital kontakt mellan invånare och regionens behöriga personal.

Avtal för telefoni innebär att regionen får tillgång till telefonnumret 1177, ett nationellt talsvar samt tillgång till stöd i form av medicinskt beslutsunderlag.

Vidare har ett tilläggsavtal⁴ tecknats som reglerar särskilda villkor för användning av Ineras Tjänster inom ramen för vaccinering mot Covid-19.

Som tidigare nämnts framgår det av verksamhetsplan med budget 2021 att regionen arbetar efter "Digitalt först" som innebär bland annat att digitala tjänster ska vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med dem som bor i Sverige, med organisationer och med företag, när det är möjligt och relevant. Digitala lösningar samt kontaktytor likt 1177 Vårdguiden ska underlätta för länets invånare att vara delaktiga och ha egenmakt samt stödja kontakten mellan invånarna och verksamheterna.

Vidare har riktlinjer och rutiner gällande e-tjänster för 1177 upprättats. Dessa dokument ska vara styrande för verksamheterna avseende det basutbud som ska erbjudas gällande 1177 e-tjänster inom regionen. Utöver detta kan verksamheterna inkludera ytterligare tjänster eller anpassa formulär för sina verksamhetsinriktningar. Riktlinjen genomgår enligt intervju revidering.

Av riktlinjen⁵ framgår att samtliga vård- och tandvårdsmottagningar inom Region Örebro län enligt beslut ska erbjuda ett basutbud av e-tjänster. Privata vårdgivare med avtal ska erbjuda e-tjänster enligt respektive avtal samt enligt vad som anges i Hälsoval Örebro län - Krav- och kvalitetsbok.

Region Örebro län har beslutat att vårdmottagningar ska erbjuda minst följande basutbud av e-tjänster om de finns inom verksamheten.

- Förnya recept
- Kontakta oss

³ Avtal om Kundens användning av Ineras Tjänster 2018-05-07

⁴ Tillägg till Avtal om Kundens användning av Ineras Tjänster – Journalföring Pandemivaccination (Covid-19) 2021-03-08

⁵ Riktlinjer 1177 vårdguidens e-tjänster, 2018-06-15

- Av/omboka tid
- Beställ journalkopia
- Egen vårdbegäran

Av uppföljning för program av e-hälsa framgår att utbudet av e-tjänster har ökat under år 2020.

- Bokning av prov för pågående smitta samt antikroppar görs via 1177 e-Tjänster, och resultatet från provet gällande smitta publiceras i e-Tjänsten Journalen.
- Flera nya program införda inom Stöd- och behandlingsplattformen

Utöver ovanstående kan även nedan redovisade ambitionsökningar redovisas avseende regionens digitalisering. Observera dock att nedan tjänsteutvecklingen ej ingår i 1177, utan redovisas för att påvisa regionens digitala vårdarbete ur ett bredare perspektiv:

- Tandvården erbjuder digitala tandvårdsbesök
- Stor ökning av digitala vårdmöten inom Hälso- och sjukvården. Särskilt stor är ökningen inom psykisk ohälsa.
- Den digitala mottagningen fördubblade sin kapacitet under våren, och hade en stor andel patienter med Covid-symptom.
- Självvincheckning införs på vårdcentralerna.

Vi har tagit del av statistik av e-bokningar (antal e-bokade återbesök, antal e-bokade nybesök) som följs av regionledningen.

För norra länsdelen har en ökning skett från 2019 till 2020, men avspeglas inte i statistiken då det inte registrerats korrekt. Den stora anledningen till ökningen mellan dessa år är att regionen genomförde hela influensavaccinationskampanjen med e-bokning och inte som drop-in-mottagning (vilket vårdcentralerna har gjort tidigare år).

Totalt sett visar statistiken att det finns stora skillnader i antalet e-bokningar mellan primärvårdsverksamheterna. För antalet e-bokade nybesök särskiljer sig Kumla vårdcentral och Ängens vårdcentral sig åt där det finns ett stort antal e-bokade nybesök i jämförelse med övriga vårdverksamheter.

I intervjuer uppges att riktlinjer och Krav- och kvalitetsboken ger möjligheter att varje år revidera basutbudet med den kravnivå av tjänster som vårdmottagare ska erbjuda. Det beskrivs dock finnas en balansgång mellan kravställanden och att inte detaljstyra för mycket utan att engagemanget för implementering av digitala tjänster ska ske naturligt.

Vidare framhålls Folk tandvårdens verksamheter som särskilt framgångsrika avseende implementering av digitala tjänster men även att kunna erbjuda ett enhetligt utbud

oavsett verksamhet. Bakgrunden till detta uppges främst vara att förvaltningen arbetat med digitalisering under en längre tid och att verksamheterna fått vara delaktiga i att upprätta processer vilket skapat en god förståelse för de olika tjänsternas potentiella effektiviseringar.

Av intervjuer framgår att det finns en stor variation i vad vårdmottagare erbjuder för e-tjänster utöver basutbudet. Ängens vårdcentral framhävs ligga i framkant gällande digitalisering av olika tjänster.

Bedömning

Revisionsfråga: Finns ett enhetligt utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen?

Revisionsfrågan bedöms som **uppfylld** för styrelse och granskade nämnder.

Regionstyrelsen har via riktlinjer och rutiner beslutat vilket utbud som ska gälla för 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen. Detta förtydligas även i kvalitetsboken så aktörer inom Hälsoval Örebro omfattas.

Vår granskning visar att det inom Folkandvårdens verksamheter har skett en bred och enhetlig implementering av tjänsterna utifrån styrningen inom området.

Vidare framgår av statistik och intervjuer att det finns en variation i vad olika vårdmottagare erbjuder för e-tjänster inom regionen utifrån grundstyrningen, inte minst stora variationer mellan verksamheternas tillgängliga tider för ny- och ombokningar, vilket innebär att utbudet skiljer sig åt beroende på var i länet du söker vård.

Utvecklingsområde för framtiden bedömer vi vara att analysera hur formerna för styrning kan stärkas för att nå en bredare och mer enhetlig implementering av e-tjänsterna inom regionens verksamheter.

Revisionsfråga 4 - Arbetssätt för implementering av 1177 vårdguidens tjänster

Fokus på 1. införande- och kompetensutvecklingsplaner för verksamhet och medarbetare samt 2. hur medborgarperspektivet beaktas vid införandet av tjänsterna.

Iakttagelser

Av riktlinjen⁶ framgår skullkraven för start av enhet i 1177 vårdguidens e-tjänster. Utifrån detta ska en blankett för anslutning av enhet fyllas i. Verksamhetschef ansvarar för att fastställd rutin för ansluten enhet efterföljs. Verksamhetschef ansvarar även för att minst en lokal administratör finns och att denna erbjuds support och utbildning i samband med start eller nyanställning. Utbildningsmaterialet kan administratören ta del av via regionens intranät.

⁶ Riktlinjer 1177 vårdguidens e-tjänster, 2018-06-15

Förvaltningen för e-hälsa står även för utbildningstillfällen vid behov. Ärenden som kommer in via 1177 Vårdguidens e-tjänster ska hanteras på samma sätt som andra typer av kontakter med invånare/patienter, t ex brev och telefonkontakter.

Verksamhetschef har ansvar för att ta fram rutiner för hur bevakningen går till. Utifrån basutbudet som anges i riktlinjerna finns en upprättad rutin⁷ som är generellt framtagen gällande arbete i 1177 Vårdguidens e-tjänster. Rutinen anger generella rekommenderade flöden för hantering av basutbudet.

I Region Örebro län kallas vårdvalssystemet Hälsoval Örebro län. Vårdvalsmodellen innebär att invånaren väljer vårdcentral och att den vårdcentralen är förstahandsvalet för vård och behandling och den naturliga koordinatören när invånaren har behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Regionstyrelsen har utifrån detta upprättat en krav- och kvalitetsbok⁸ som ska vara styrande för aktörer som bedriver primärvård inom regionen.

Av dokumentet framgår att vårdcentralen via 1177 Vårdguiden ska tillhandahålla det beslutade basutbudet av e-tjänster. Vårdcentralen skall samarbeta med "Sjukvårdsrådgivningen 1177 vårdguiden". Dess uppgift är att ge råd i egenvård, behandlingsråd samt vid behov hjälp till kontakt med hälso- och sjukvården. Leverantören skall ansluta sig till och nyttja det av Sjukvårdsrådgivningen erbjudna rådgivningsstödet "1177 vårdguiden", som tillhandahålls och finansieras av Regionen.

Vårdcentralen skall göra en digital utvecklingsplan där man gör en planering för kort respektive lång sikt. I planen ska man utgå från nuläge gällande nyttjandet av redan tillgängliga digitala tjänster som videbesök, Nationell patientöversikt och kanaler via 1177.se e-tjänster, som till exempel e-journalen, webbtidbok, receptförnyelse, formulärstöd och stöd och behandlingsplattformen.

En plan skall tas fram, där verksamheten har analyserat och redovisar hur man inom vårdcentralen skall genomföra sitt omställningsarbete till att arbeta med digitalisering som en del av ordinarie verksamhetsutveckling och att invånare kan erbjudas digitala kontaktvägar och tjänster som ett komplement till befintliga kontaktvägar via telefon och fysiska besök.

I mall för digital utvecklingsplan framgår en matris där verksamheterna ska beskriva vilka digitala tjänster som erbjuds i enlighet med kvalitetshandboken.

Av intervjuer framgår att de digitala utvecklingsplanerna samlas in och återkoppling sker utifrån rapporteringen. Tanken med uppföljningen är att få en övergripande bild av vårdmottagare digitala tjänsteutbud samt hur planering för ytterligare digitalisering ser ut på kort och lång sikt. Implementeringen av webbtidbokning har inte fungerat helt optimalt då verksamheterna i olika grad genomför implementeringen avseende omfattning och inriktning.

⁷ Rutin 1177 vårdguidens e-tjänster, 2018-06-15

⁸ Hälsoval Örebro län Krav och kvalitetsbok, 2020-12-21

I uppföljning av program för e-hälsa framgår att en framgångsfaktor för att nå full effekt av olika digitaliseringsprojekt i verksamheten är att det finns utpekade digitala vårdutvecklare ute i verksamheten. Dessa resurser kan vara resurser i projekten, men även jobba vidare med nyttohemtagningen när projektet levererat sina delar och avslutats.

Kompetensutveckling

I folktandvårdens årsredovisning anges att tekniska förutsättningarna är utförda samt utbildning i kallelseprocesser har getts till verksamhetschefer, enhetskoordinatorer och recall-ansvariga. Verksamhetschefer ansvarar för enhetens planering av bokningsbara tider.

I intervjuer framgår att verksamhetsutvecklare gör olika insatser för att besöka verksamheterna och en dialog med dem om implementering av digitala tjänster. Detta beskrivs som ett gott kunskapsstöd för verksamheterna. En framgångsfaktor som identifieras är att verksamheterna i nära anslutning till utbildningen startar implementeringsprocessen.

För 1177 telefoni beskrivs det största hindret vid introduktion av nya medarbetare vara att systemet är tekniskt komplicerat att lära sig. Vanligtvis tar det tre veckor att kunna nyttja systemet på ett ändamålsenligt sätt. Systemet för 1177-telefonin tillåter att avvikelser snabbt kan spåras och följas upp. Vid intervjuer framhålls att det finns goda förutsättningar att följa upp avvikelser då samtalen med invånaren är inspelade. Detta innebär att det finns ett tydligt underlag att analysera om handläggningen brustit. De brister som i dessa fall identifieras används som grund för kompetensutveckling inom verksamheten utifrån ambitionen om ständiga kvalitetsförbättringar.

Bedömning

Revisionsfråga: Finns det etablerade arbetssätt för implementering av 1177 vårdguidens tjänster i verksamheterna?

Revisionsfrågan bedöms som **uppfylld**.

Vi bedömer att det finns en struktur för implementering och arbete med 1177 Vårdguidens e-tjänster inom regionen.

Vi bedömer dock, som utvecklingsområde för framtiden, att implementeringen av tjänsterna kan kompletteras med uppföljningar av hur medborgarna uppfattar och upplever tjänsterna.

Vidare anser vi att regionstyrelsen bör stärka sin styrning för att vårdmottagare i högre grad ska erbjuda ett enhetligt tjänsteutbud samt genomföra kompetensutvecklingsinsatser i syfte att säkerställa att de erbjudna tjänsterna

systematiskt ges tillfredsställande förutsättningar att fungera och användas på ett ändamålsenligt sätt inom vårdverksamheterna.

Revisionsfråga 5 - 1177 vårdguidens tjänster ur ett medborgarperspektiv

Särskilt fokus på hur regionen genom uppföljning och analys beaktar 1. hur de som nyttjar tjänsten upplever den samt 2. hur sällan/icke-användarna av 1177 vårdguidens tjänster upplever tjänsterna.

lakttagelser

Sveriges kommuner och regioner (SKR) sammanställer en nationell undersökning⁹ med syfte att följa upp befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Uppföljningen omfattar bland annat förtroendet för invånartjänsterna 1177.

I hälso- och sjukvårdsbarometern 2019 och 2020 framgår att Region Örebro är en av de regioner i riket där medborgarna har högst förtroende för invånartjänsterna 1177.

Följande resultat framgick för Region Örebro (resultat för hela riket anges inom parentes):

- 67 (64) procent av de svarande hade mycket/ganska stort förtroende för 1177 vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon vilket är på plats sju i jämförelse med övriga regioner. 21 (23) procent saknade uppfattning och 12 (13) procent hade mycket litet/ganska litet förtroende.¹⁰
- 81 (79) procent av de svarande hade mycket/ganska stort förtroende för 1177 vårdguidens e-tjänster vilket är näst högst resultat av regionerna. 12 (14) procent saknade uppfattning och 6(7) procent hade mycket litet/ganska litet förtroende.¹¹
- 69 (66) procent av de svarande hade mycket/ganska stort förtroende för 1177 vårdguidens information och råd om hälsa via webben vilket är på plats tre i jämförelse med övriga regioner. 23 (25) procent saknade uppfattning och 8(9) procent hade mycket litet/ganska litet förtroende.¹²

I årsredovisning följs resultat upp från den nationella befolkningsundersökningen. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 visar att såväl i länet som i riket som helhet har invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården och upplevelsen av att ha tillgång till densamma ökat sedan den föregående mätningen. Nära nio av tio länsbor, 88 procent, tycker att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver och nära tre av fyra

⁹ Undersökningsföretaget Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) har genomfört undersökningen på uppdrag av samtliga regioner. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. År 2019 samlade varje region in ca 1000 svar.

¹⁰ Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019

¹¹ Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020

¹² Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019

invånare, 73 procent, har stort förtroende för den hälso- och sjukvård som Region Örebro län bedriver.

På en fråga om hur stort förtroendet är för att hälso- och sjukvården hanterar den pågående pandemin svarar tre av fyra länsbor, 75 procent, att de känner att Region Örebro län hanterar frågan på ett bra sätt.

När det kommer till 1177 Vårdguidens e-tjänster säger sig drygt åtta av tio vara villigt inställda till att boka besök, läsa sin journal eller förnya recept via webben.

Av intervjuer framgår att främst kvalitativ uppföljning utifrån medborgarperspektiv är ett utvecklingsområde. I samband med vissa pilotprojekt kan medborgarundersökningar göras, men det finns ingen systematik i uppföljning och utvärdering. Ett problem beskrivs vara att 1177 webb och regionens egna hemsida ibland kan ha olika budskap i informationen vilket kan skapa en förvirring för läsaren. Det finns även en risk att om informationen endast anges på regionens hemsida så når den inte ut till medborgare då merparten primärt söker sig till 1177 webb. Vid intervju framhålls att en process för harmonisering av dessa informationskällor vore lämpligt för att säkra tydligheten i kommunikation till medborgarna.

För 1177 telefoni uppges det i intervjuer inte finns någon uppföljning av icke-användare. Det vill säga, uppföljning/utvärdering över skälen till att vissa medborgare inte kan eller vill nyttja 1177 telefonin.

Det finns en stor volym av vårdkontakter gällande 1177 telefoni där 150 000-160 000 samtal hanteras årligen och tillgängligheten ligger runt 70 procent.

1177 beskrivs ha ett gott renommé och en god kundnöjdhet, men att tillgängligheten inte nås till mer än 70 procent. Ett problem som lyfts är att mycket av sjukvårdsrådgivningen sker på vårdcentralerna men att de använder sig av ett annat system än 1177 telefoni. Vid volymtoppar skulle det även finnas synergieffekter av att arbeta i ett gemensamt system.

Vidare framgår vid intervjuer att vissa äldre känner ett utanförskap när det gäller delaktighet via digitala kanaler, därför har regionen riktat ett särskilt invånarstöd till målgruppen äldre. På grund av pandemin har arbetet inte kunnat genomförts enligt plan, men syftet är att stärka målgruppen äldres kunskap och förståelse av tjänsterna. Samarbete förs särskilt med Länsstyrelsen och med kommunerna regionen deltar på olika typer av seminarier och för information gällande 1177 vårdguiden. Det är bland annat äldredagar som anordnas av kommunerna, men även bibliotekens verksamheter med olika teman. Vissa kommuner har också avtal med IT-guiderna som lär ut och har dialog gällande 1177 Vårdguiden. Regionen står för utbildning av IT-guiderna.

Regionen har även ett samarbete med PRO¹³ gällande bland annat gemensamma föreläsningar.

Regionen har under 2019 utbildat 10 ambassadörer inom PRO för 1177 Vårdguiden som själva håller utbildningar via sina lokalföreningar. Tanken var att dessa ambassadörer också skulle delta vid tester och som stöd vid införande och utvecklingsbehov för invånartjänsterna, men arbetet har pausats på grund av pandemin.

Synpunkter och önskemål på tjänsterna delges regionen via Inera. Facebook lyfts även fram som en viktig källa till synpunktsinhämtning framförallt under pandemin. Det är systemförvaltningsorganisationen som samlar ihop och sammanställer inkomna synpunkter vilket följs upp i förvaltningens styrgrupp för vidare åtgärder.

Andra exempel där på regionala förbättringar är upprättandet av riktlinjer gällande standardisering av namnsättning i e-tjänsterna. Bakgrunden till åtgärden är att synpunkter inkommit om att det i 1177 tjänsterna kan vara en benämning på mottagningen i e-tjänsten och en annan namnsättning i kallelsebrevet, vilket har varit förvirrande.

Regionen har också under våren 2021 varit delaktiga i utformandet av Egen provhantering, för att förenkla de olika stegen för självtesterna kopplat till PCR. Där det ursprungliga flödet var en identifiering i steg 1, som nu är sist i flödet för att förenkla och koppla samman provtagning och e-tjänsten.

I samband med pandemin, så har nyttjandet av tjänsterna ökat stort i omfattning, där fler sällananvändare har hänvisats till de digitala tjänsterna. Regionen har då identifierat att tidbokningsflödet har upplevts som krångligt och kritik har framförts om problem i möjlighet att boka tid för närstående. Med anledning av detta har åtgärder vidtagits för att förenkla bokningsförfarandet för vaccinationer.

Bedömning

Revisionsfråga: Säkerställer regionen att 1177 vårdguidens tjänster är välfungerande ur ett medborgarperspektiv?

Revisionsfrågan bedöms som **delvis** uppfylld.

Av granskningen framgår att SKR:s hälso- och sjukvårdsbarometern 2019 och 2020 visar att Region Örebro är en av de regioner i riket där medborgarna har högst förtroende för invånartjänsterna 1177.

Vidare visar granskningen att olika interna arbeten pågår för att minska antalet sällananvändare och underlätta e-tjänsterna för äldre. Det framgår dock att det saknas

¹³ Pensionärernas riksförbund

ett systematiskt och strukturerat arbete för att kartlägga, analysera och vidta åtgärder utifrån medborgarnas upplevelser av tjänsterna.

Uppföljning av program för e-hälsa följer upp nyckeltal, men det framgår inte hur e-tjänsterna upplevs.

Sammantaget anser vi att uppföljningen främst sker utifrån nyttjandegraden men inte tar en tillräcklig hänsyn av medborgares upplevelse. Att stärka uppföljning utifrån medborgarnas upplevelse av tjänsterna ser vi som ett väsentligt utvecklingsområde för framtiden.

Revisionsfråga 6 - Uppföljning av 1177 vårdguidens tjänster

lakttagelser

En samlad uppföljning¹⁴ utifrån regionens program för e-hälsa görs efter samma struktur som planen är upprättad. Uppföljningen anger att utifrån effekterna av pandemin har digitaliseringen påskyndats. Användandet av nationella plattformar och tjänster har skjutit i höjden och användandet av digitala vårdmöten har ökat stort.

Antalet digitala vårdmöten (nybesök och återbesök) har ökat med över 1000 % jämfört med 2019. Särskild stor är ökningen av digitala möten inom psykiatrin.

Nästan hälften av alla projekt och uppdrag har avvikelser mot plan 2020. Orsaken är främst pandemim och dess påverkan på resurser och andra nya prioriterade projekt och uppdrag. Att inte kunna genomföra fysiska möten har också haft påverkan t ex för införandet av incheckningsterminaler inom primärvården.

För uppföljning av mål i verksamhetsplan anges varje mål med en kommentar om utfallet.

I årsredovisning följs som tidigare nämnts resultat upp från den nationella befolkningsundersökningen Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2020. Av årsredovisning framgår även uppföljning av effektmålet Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov.

1177 Vårdguiden på telefon

Av uppföljningen i årsredovisning framgår att de som inte har tillgång till internet eller vill ha snabb hjälp kan ringa 1177 Vårdguiden. Där får de råd och stöd av erfarna sjuksköterskor via telefon som bedömer vårdbehov och hänvisar till rätt vårdnivå eller ger egenvårdsråd. Sjuksköterskorna använder ett datoriserat rådgivningsstöd som är medicinskt samstämmigt med innehållet i 1177.se. Rådgivningsstödet bidrar till att kvaliteten på sjukvårdsrådgivningen blir hög och jämn. Avtal är skrivet om att ingå i nationell samverkan med elva andra regioner för att förbättra tillgängligheten. Inga

¹⁴ Uppföljningsrapport 2020 - Program för e-hälsa

nyckeltal gällande svarsfrekvens eller bemanning anges. Ej heller kan vi spåra någon analys över medborgarnas tillgänglighet att kunna ringa 1177 Vårdguiden på telefon utifrån mobil/telefontäckning inom regionen.

I intervjuer anges att för 1177 telefoni inte finns någon samlad uppföljning, och det saknas mål för verksamheten. En viss rapportering sker i form av styrkort där vissa nyckeltal rapporteras till regionledningen. Den externa webben (regionens egna hemsida) kan ibland ge annan information än den som står på 1177 vårdguiden vilket skapar en otydlighet. Om viktig information framgår där riskerar detta att inte nå ut till medborgare då 1177 webb är den primära digitala ingången.

1177 Vårdguiden på webben

I regionernas invånartjänster finns information och tjänster som fungerar för alla målgrupper och alla åldrar. Information om vårdguiden på webben redogörs avseende innehåll. Till uppföljningen redovisas även nedanstående indikator.

Indikator: Minst 90 procent av länets invånare känner till 1177 Vårdguiden, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning via internet på 1177.se.

Utfallet redovisas till att 98 procent känner till 1177 Vårdguiden, e-tjänster och sjukvårdsrådgivning via internet på 1177.se. Vidare beskrivs att 1177 Vårdguiden har en viktig roll gällande kvalitetssäkrad information om covid-19-relaterade frågor, både utifrån ett nationellt och regionalt perspektiv. I slutet av 2020 beslutades det att göra tilläggsbeställning för nationellt sammanhållen vaccinationsinformation för invånare. Översättningar till andra språk har tagits fram. I november 2020 slogs det ett besöksrekord med drygt 20 miljoner besökare på webbplatsen nationellt. Regionalt för länet så var det nästan 480 000 besökare på 1177.se under motsvarande månad. Nästa steg med inloggat läge för e-tjänsterna ökade till drygt 8 miljoner användare nationellt. För Örebro län var det motsvarande drygt 250 000 användare.

Till uppföljningen redovisas även nedanstående indikator.

Indikator: Minst 75 procent av länets invånare är användare av 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Av uppföljningen framgår att av länets invånare är 83 procent användare. Antalet inlogningar för olika ärenden via 1177.se e-tjänster, som erbjuds via Region Örebro län har mer än fördubblats från 200 000 per månad våren 2020 till cirka 600 000 per månad hösten 2020. E-tjänsterna på 1177.se har varit en viktig del under pandemin genom att invånare själva kan ta del av provsvar, journalinformation och recept.

Till uppföljningen redovisas även nedanstående indikator.

Indikator: Ett ökat utbud av e-tjänster.

Uppföljningen anger att nya e-tjänster har tillkommit under året.

Regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och folktandvårdsnämnden har i sina årsredovisningar 2020 följt upp de regionövergripande mål och indikatorer för 1177.

Bedömning

Revisionsfråga: Sker en tillräcklig uppföljning avseende 1177 vårdguidens tjänster?

Revisionsfrågan bedöms som **delvis** uppfylld.

Granskningen visar att styrelsen och nämnderna följer upp indikatorer kopplat till användning av 1177 samt ett ökat utbud av e-tjänster utifrån det övergripande målet. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov. Vidare genomförs uppföljning utifrån regionens program för e-hälsa görs efter samma struktur som planen är upprättad. Vi anser att uppföljningen kan utvecklas avseende uppföljning och analys gällande utbudet.

Vi anser vidare att uppföljningen kan utvecklas ytterligare genom att statistik över användning av tjänsterna följs upp i högre utsträckning både avseende 1177 telefoni och 1177 e-tjänster. Olikheter i det digitala utbudet samt invånarnas upplevelse av utbudet bör även följas upp på ett mer strukturerat sätt.

Revisionsfråga 7 - Åtgärder för måluppfyllelse Iakttagelser

Flertalet åtgärder som redovis görs inom ramen för program för e-hälsa 2021 där olika projekt redovisas som ska genomföras under verksamhetsåret. För år 2021 redovisas nedanstående projekt.

- Gemensamma riktlinjer för kontaktkorten på "Hitta och jämför vård" på 1177 Vårdguiden. Pågår, slutförs 2021.
- Min vårdplan Cancer på 1177.se. Pågår, årliga planer tom 2022.

Nya projekt och uppdrag 2021:

- Infoga bild - införande på 1177 sjukvårdsrådgivningen
- Förstudie digitala kallelser via 1177 e-Tjänster. NCS Cross som steg 1.
- Införa tjänsten Journal via nätet inom tandvård så att patienter kan ta del av sina journaluppgifter digitalt via 1177 Vårdguiden.

Flertalet projekt och uppdrag har avvikelser mot plan 2020 beroende på pandemin. Vid granskningens tillfälle har ingen redovisning gjorts av hur verkställigheten kan öka för 2021.

Regionstyrelsen redovisar i årsredovisning 2020 att nedanstående uppdrag är genomfört:

- Att etablera ett projekt för att ansluta till de nationella tjänsterna för högkostnadsskydd och frikort tillgängliga via 1177.se.

Utifrån uppdraget redovisas att regionen har deltagit med option i en upphandling, gällande en applikation för frikort. Upphandlingen slutfördes i slutet av året, och tilldelningsbeslut är fattat. En projektledare för genomförandet är utsedd och har påbörjat sitt uppdrag. Inom uppdraget finns även anslutning till de nationella tjänsterna. Ett regelverk för publicering av frikort i de nationella tjänsterna på 1177.se e-tjänster är framtaget via Inera, som Region Örebro län har undertecknat och anslutit sig till

Folkvandvårdsnämnden redovisat i årsredovisning 2020 att nedanstående uppdrag är genomfört:

Funktionen "nybokning" på 1177 är införd under 2020, inom ramen för målet "Välfungerande tidbok på 1177 för ombokning och nybokning".

Folk tandvården har också att utöka de digitala tjänsterna till hösten då patienterna får möjlighet att själva via en sms-kallelse och 1177.se välja tider för tandvårdsbesök, samt möjlighet till ombokning, avbokning och nybokning. Ambitionen uppges vara att kunna minska volymen telefonsamtal som avser tidsändringar, genom att fler patienter använder möjligheten till att boka och ändra tider själva via 1177.se

Vidare redovisas att uppdraget att implementera tjänsten Journal via nätet inte kunnat genomföras 2020.

För målet om 50 procent årlig ökning gällande av- och ombokning via 1177.se nåddes detta inte för 2020. Orsaken till färre av- och ombokningar uppges vara att vården haft färre besök under pandemin, och därmed även färre av- och ombokningar. På helår ökade ombokningar med 18 procent och avbokningar med 40 procent. Vidare framhålls att nybokningar ökade med 128 procent.

Bedömning

Revisionsfråga: Vidtas aktiva åtgärder för att nå måluppfyllelse avseende 1177 vårdguidens tjänster i de fall rapportering och uppföljning påvisar avvikelser?

Vår bedömning är att revisionsfrågan är **delvis** uppfylld.


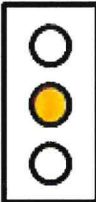

Utifrån erhållen dokumentation konstateras att det pågår ett aktivt arbete i syfte att stärka den digitala utvecklingen inom regionen. Den främsta styrningen av 1177-tjänster sker genom projekt inom ramen för program för e-hälsa 2021 där mål och aktiviteter

redovisas utifrån tidigare års uppföljning. Åtgärder under verksamhetsåret redovisas även i årsredovisningarna.

Då uppföljningen inte alltid redovisar konkreta brister eller avvikelser bedömer vi att det inte alltid går att spåra planerade åtgärder. Vidare konstaterar vi att det saknas en strukturerad uppföljning avseende exempelvis skillnader i utbud av invånartjänster, statistik över 1177 telefoni samt medborgarnas upplevelse av tjänsterna. Utifrån detta saknas delvis tydlig underlag för att vidta ändamålsenliga åtgärder.

Bedömningar utifrån revisionsfråga

Bedömningar mot revisionsfrågor

Revisionsfråga	Kommentar	
Har användandet av de 1177 vårdguidens tjänster utvecklats i önskvärd riktning sedan tidpunkten för föregående granskning?	<p>Uppfyllt</p> <p>Vi kan utifrån statistik från Inera konstatera att användningen av 1177 Vårdguidens tjänster har ökat sedan föregående granskning, vilket bedöms ligga i linje med regionens ambition och målsättningar inom området. Utifrån rekommendationerna som lämnades vid föregående granskning kan vi konstatera att ett antal åtgärder vidtagits för att stödja verksamheternas anpassning till invånartjänster och att vårdmottagare erbjuder ett utökat utbud av tjänster.</p> <p>Vi konstaterar att det fortsatt saknas kvalitativa och kvantitativa uppföljningar avseende invånartjänsterna ur ett invånarperspektiv. Detta ser vi som ett väsentligt utvecklingsområde för framtiden.</p>	
Finns en tillräcklig styrning avseende 1177 vårdguidens tjänster?	<p>Delvis uppfyllt för regionstyrelsen</p> <p>Uppfyllt för Hälso- och sjukvårdsnämnden samt folk- tandvårdsnämnden.</p> <p>Vi konstaterat att regionstyrelsen säkerställt att det finns styrande dokument och en struktur för regionens digitaliseringsarbete inom hälso- och sjukvården, där 1177 ingår. Styrningen har en tydlig koppling till den nationella strategin för e-hälsa 2025. Det finns tydliga målsättningar utifrån nyttjandet av 1177 på webben, nyttjandegrad och kännedom om tjänsteutbudet. Det finns även en tydlig struktur för uppföljning av mål och indikatorer. Målen har inarbetats i styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner.</p> <p>Dock framgår i vår granskning att det saknas en styrning i form av mål och indikatorer för 1177 telefoni, vilket påverkar bedömningen av regionstyrelsen uppfyllelse av revisionsfrågan.</p>	 

Finns ett enhetligt utbud av 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen?
Fokus på att särskilt kartlägga och beskriva vilket e-tjänsteutbud som regionen genom avtal med Inera kan erbjuda invånarna, samt vilka e-tjänster som primärvården i praktiken erbjuder.

Uppfyllt

Regionstyrelsen har via riktlinjer och rutiner beslutat vilket utbud som ska gälla för 1177 vårdguidens e-tjänster inom regionen. Detta förtydligas även i kvalitetsboken så aktörer inom Hälsoval Örebro omfattas. Vår granskning visar att det inom Folk tandvårdens verksamheter har skett en bred och enhetlig implementering av tjänsterna utifrån styrningen inom området.



Finns det etablerade arbetssätt för implementering av 1177 vårdguidens tjänster i verksamheterna?

Uppfyllt

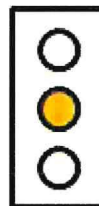
Vi bedömer att det finns en struktur för implementering och arbete med 1177 Vårdguidens e-tjänster inom regionen. Vi bedömer dock, som utvecklingsområde för framtiden, att implementeringen av tjänsterna kan kompletteras med uppföljningar av hur medborgarna uppfattar och upplever tjänsterna. Vidare anser vi att regionstyrelsen bör stärka sin styrning för att vårdmottagare i högre grad ska erbjuda ett enhetligt tjänsteutbud samt genomföra kompetensutvecklingsinsatser i syfte att säkerställa att de erbjudna tjänsterna systematiskt ges tillfredsställande förutsättningar att fungera och användas på ett ändamålsenligt sätt inom vårdverksamheterna.



Säkerställer regionen att 1177 vårdguidens tjänster är väl-fungerande ur ett medborgar-perspektiv?
Särskilt fokus på hur regionen genom uppföljning och analys beaktar 1. hur de som nyttjar tjänsten upplever den samt 2. hur sällan/icke-användarna av 1177 vårdguidens tjänster upplever tjänsterna.

Delvis uppfyllt

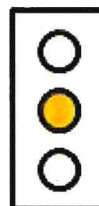
Av granskningen framgår att SKR:s hälso- och sjukvårdsbarometern 2019 och 2020 visar att Region Örebro är en av de regioner i riket där medborgarna har högst förtroende för invånartjänsterna 1177. Vidare visar granskningen att olika interna arbeten pågår för att minska antalet sällananvändare och underlätta e-tjänsterna för äldre. Det framgår dock att det saknas ett systematiskt och strukturerat arbete för att kartlägga, analysera och vidta åtgärder utifrån medborgarnas upplevelser av tjänsterna. Uppföljning av program för e-hälsa följer upp nyckeltal, men det framgår inte hur e-tjänsterna upplevs.



Sker en tillräcklig uppföljning avseende 1177 vårdguidens tjänster?

Delvis uppfyllt

Granskningen visar att styrelsen och nämnderna följer upp indikatorer kopplat till användning av 1177 samt ett ökat utbud av e-tjänster utifrån det övergripande målet. Länets invånare har tillgång till bra digitala tjänster utifrån deras behov. Vidare genomförs uppföljning utifrån regionens program för



e-hälsa görs efter samma struktur som planen är upprättad. Vi anser att uppföljningen kan utvecklas avseende uppföljning och analys gällande utbudet.

Vidtas aktiva åtgärder för att nå måloppfyllelse avseende 1177 vårdguidens tjänster i de fall rapportering och uppföljning påvisar avvikelser?

Delvis uppfyllt

Utifrån erhållen dokumentation konstateras att det pågår ett aktivt arbete i syfte att stärka den digitala utvecklingen inom regionen. Den främsta styrningen av 1177-tjänster sker genom projekt inom ramen för program för e-hälsa 2021 där mål och aktiviteter redovisas utifrån tidigare års uppföljning. Åtgärder under verksamhetsåret redovisas även i årsredovisningarna.

Då uppföljningen inte alltid redovisar konkreta brister eller avvikelser bedömer vi att det inte alltid går att spåra planerade åtgärder. Vidare konstaterar vi att det saknas en strukturerad uppföljning avseende exempelvis skillnader i utbud av invånartjänster, statistik över 1177 telefoni samt medborgarnas upplevelse av tjänsterna. Utifrån detta saknas delvis tydlig underlag för att vidta ändamålsenliga åtgärder.



Augusti 2021

Rebecka Hansson

Erik Jansen

Certifierad kommunal revisor

Certifierad kommunal revisor

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Örebro revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2021-02-18 PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

14

Anmälnings- och
meddelandeärenden

20RS12059

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnd

Anmälning- och meddelandeärenden

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna redovisningen.

Sammanfattning

Anmälningärenden:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören har tecknat avtal för hyra av operationsrobot, MT 2021-0128, 21RS7901.
2. Områdeschefen för Nära vård har beslutat om tillfällig neddragning och omdisponering av vårdplatser på avd 1, Lindesbergs lasarett 2021-10-25 – 2022-01-16, 21RS8935.
3. Områdeschefen för Psykiatri har beslutat om avgiftsfria läkemedel, 21RS5682, 21RS6920-21RS6923, 21RS6925-21RS6932, 21RS6937-21RS6938, 21RS7735-21RS7738, 21RS7740, 21RSRS8266, 21RS9591, 21RS9593-21RS9595.
4. Områdeschefen för psykiatri har beslutat om tillfällig neddragning av vårdplatser vid psykiatrisk avdelning 2 samt omfördelning av vårdplatser vid psykiatrisk observationsavdelning 2021-11-30 – 2022-02-28, 21RS1239.
5. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om initiering ortopediska skor, 21RS9580.
6. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avrop ramavtal litteratur 2020, Karlskoga lasarett, 21RS9849.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

7. Hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat om avsteg gällande attesträtt H-huset, 18RS1178-197.

8. Ordföranden i hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat tilldelningsbeslut gällande upphandling av hyrläkare till Region Örebro län 2021 med justerat anbudsområde B, 21RS8861.

Meddelandeärenden:

1. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §26 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin.

2. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre.

3. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §29 Svar på motion om att utreda förbedömningsmottagning till akutmottagningarna.

4. Protokollsutdrag beredning specialistvård 2021-10-21, §30 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

5. Protokoll beredning specialistvård 2021-10-21.

6. Protokollsutdrag beredning psykiatri, habilitering, hjälpmedel 2021-10-14, §29 Besvarande av motion om att införa en psykiatriambulans inom Region Örebro län.

7. Protokoll beredning psykiatri, habilitering, hjälpmedel 2021-10-14.

8. Protokollsutdrag regionstyrelsen 2021-10-27, §248 Inrättande av ny funktion som äldrevårdsöverläkare

9. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §29 27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre.

10. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §30 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin.

Tjänsteställe, handläggare
Nämndadministration, Maria Boström

Sammanträdesdatum
2021-12-01

FöredragningsPM
Dnr: 20RS12059

11. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §32 Svar på medborgarförslag om att köpa in bröstpump till Karlskoga lasarett.
12. Protokollsutdrag beredning för närsjukvård 2021-10-20, §33 Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter ska vara anställda inom landstinget.
13. Protokollsutdrag beredning närsjukvård 2021-10-20, §34 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.
14. Protokoll beredning närsjukvård 2021-10-20.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM hälso- och sjukvårdsnämnd 2021-12-01, Anmälnings- och meddelandeärenden

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

(Ange vem/vilka beslutet ska skickas till)

Upphandlande organisationRegion Örebro Län
Henrik Evertsson**Upphandling**Upphandling av hyrläkare till Region Örebro
län 2021
21RS8861**TILLDELNINGSBESLUT**

Region Örebro län beslutar

med ändring av tidigare meddelat tilldelningsbeslut att inom **anbudsområde B** antaga:

- Agila Doctor AB som leverantör av Anbudsområde B
- Agito Sverige AB som leverantör av Anbudsområde B
- Bonliva AB som leverantör av Anbudsområde B
- Colligo Vårdkompetens AB som leverantör av Anbudsområde B
- Curaliv AB som leverantör av Anbudsområde B
- Dedicare AB som leverantör av Anbudsområde B
- Flexcare Sweden AB som leverantör av Anbudsområde B
- Hedera Medical AB som leverantör av Anbudsområde B
- HelseBemanning AS som leverantör av Anbudsområde B
- iDoc AB som leverantör av Anbudsområde B
- Klara D AB som leverantör av Anbudsområde B
- Kletor AB som leverantör av Anbudsområde B
- KONDUKO AB som leverantör av Anbudsområde B
- Läkarjouren i Norrland Aktiebolag som leverantör av Anbudsområde B
- LäkarLeasing Sverige AB som leverantör av Anbudsområde B
- Läkarresurs FA Rekryt AB som leverantör av Anbudsområde A
- Medlink Nordic AB som leverantör av Anbudsområde B
- Nurse Partner Scandinavia AB som leverantör av Anbudsområde B
- Randstad AB som leverantör av Anbudsområde B
- Skandinavisk Hälsovård AB som leverantör av Anbudsområde B
- Svensk Vårdsupport AB som leverantör av Anbudsområde B
- Sverek AB som leverantör av Anbudsområde B
- Transmedica som leverantör av Anbudsområde B
- Vårdbemanning Sverige AB som leverantör av Anbudsområde B

Följande nu tilldelade leverantörer har tillkommit från tidigare tilldelningsbeslut:

- Kletor AB
- KONDUKO AB

Detta beslut påverkar inte tidigare meddelat tilldelningsbeslut för **anbudsområde A** och **C**

Skälen till beslutet framgår av bilagda individuella rapport med bilagor.

Tilldelningsbeslutet är inte en accept av anbudet. Bindande avtal kommer till stånd först när kontrakt undertecknats av båda parter. För denna upphandling tillämpas en avtalsspärr på tio dagar där myndigheten inte får teckna avtal. För område B innebär detta att avtalsspärren löper från den dag nytt tilldelningsbeslut meddelas.

För Region Örebro län
Örebro 2021-11-05

Karin Sundin
Ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden

Bilagor:

Individuell rapport med bilagor



Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument.



Serienummer: CKb7HI0RyVJHWbyNGVEusg

Karin Linda Kristina Sundin
Regionråd

2021-11-05 16:54

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering. Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original

Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.

Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida
<https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation>

Visma Addo ID-nummer : ab228f8d-c22d-49a4-b0f2-bf5bd7e451fc



Utöver detta dokument kan ett eller flera dokument och bilagor höra till försändelsen.
Alla dokument i försändelsen är listade nedan. I händelseloggen
står alla åtgärder som relaterar till signeringen av dokumentet.

Dokument i försändelsen

Detta dokument

1.TILLDELNINGSBESLUT justerat anbudsområde 2.pdf

Övriga dokument i försändelsen

INDIVIDUELL RAPPORT justerat anbudsområde B.pdf

Ovanstående dokument och bilagor som lämnats in i signerad form har skickats till alla parter via e-post eller en nedladdningslänk. Undertecknaden är ansvarig för nedladdning och säker lagring av dokument och bilagor.

Ladda ner dokument

Om du som undertecknare har fått en länk där du kan ladda ner dokumenten kommer den att vara giltig i upp till 10 dagar efter mottagande. Därefter kommer dokumenten att raderas från Visma Addo.

Händelselogg för dokument

Händelselogg för dokumentet

2021-11-05 16:46 Underskriftsprocessen har startat
2021-11-05 16:46 En avisering har skickats till Karin Sundin
2021-11-05 16:51 Autentiseringssidan har nåtts av Karin Sundin med metod BankID Sverige från IP-adress: 194.103.x.x
2021-11-05 16:54 Dokumentet öppnades via länken som skickades till Karin Sundin
2021-11-05 16:54 Karin Linda Kristina Sundin har signerat dokumentet 1.TILLDELNINGSBESLUT justerat anbudsområde 2.pdf via BankID Sverige (Unikt ID: CKb7HI0RyVJHWbyNGVEusg)
2021-11-05 16:55 Autentiseringssidan har nåtts av Karin Sundin med metod BankID Sverige från IP-adress: 194.103.x.x
2021-11-05 16:56 Alla dokument har undertecknats av Karin Sundin

Visma Addo ID-nummer : ab228f8d-c22d-49a4-b0f2-bf5bd7e451fc

Visma Addo

Visma Consulting • Gærtorvet 1-5 • 1799 Copenhagen V • Denmark
addo@visma.com • www.visma.dk/addo

314 (424)

Kvalificerad	Leverantör	1.4.3 Ange anbudsområde A primärvård, B Övriga specialister, C Psykiatri	1.4.6 Accept anbudets giltighetsti d	1.4.7 Sekretess begäran	2.1 Ej belastning LOU 13 kap 1§ eller 3§	2.2a Ej belastning LOU 13 kap 2§	2.2b Betalda skatter och övriga avgifter	2.3 Upplysning Creditsafe min. 40
A	ABC Doctor 5569167165	A	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Agila Doctor AB 5567552863	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B	Agito Sverige AB 5567457121	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Bonliva AB 5568572886	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Colligo Vårdkompetens AB 5569845778	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B	Curaliv AB 5569869513	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Dedicare AB 5565161501	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
	Docia AB 5590494653	A						
	Doktorsjouren Nordic AB 5590500061	A, B, C						
A, B	Flexcare Sweden AB 5590554399	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
B	Hedera Medical AB 5566383211	B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B	HelseBemannning AS 996368807	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	iDoc AB 5569456824	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK

	Instacura AB 5590931381	B						
A	Invida Vårdservice AB 5567326185	A	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	OK
A, B	Klara D AB 5565780847	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
	Kletor AB 5569031197	B						
	KONDUKO AB 5569098972	B						
A, B	Läkarjouren i Norrland Aktiebolag 5563446151	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	LäkarLeasing Sverige AB 5566784426	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
	Läkarresurs FA Rekryt AB 5565782819	A	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
	Mediate Nordic 5566443023	A, B						
	Medicotrust Aps 27673147	A, B, C					Ej på svenska eller engelska	
A, B, C	Medlink Nordic AB 5569606188	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK

A, B, C	Nurse Partner Scandinavia AB 5565769345	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A	Pelmatic Sweden AB 5565361101	A	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Randstad AB 5562421718	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A	RentalCare Sverige AB 5590977111	A	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Skandinavisk Hälsovård AB 5565961975	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A	Stafettläkarna i Sverige AB 5568136518	A	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	OK
	Stensjö Vårdresurs AB 5591939839	A						
A, B	Svensk Vårdsupport AB 5568095375	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Sverek AB 5566305461	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Transmedica 17423401	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
	VikTeam A/S 16467596	A, C						
A	Viva Bemanning AB 5591982029	A, B	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK
A, B, C	Vårdbemanning Sverige AB 5569809378	A, B, C	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	OK

2.4.1 Bifogad organisatio nsskiss	2.4.2a Yrkeskvalifi kationer - namn på huvudansva rig	2.4.2b Antal års erfarenhet	2.4.2c Bifogad CV huvudansvari g	2.4.3 Bifogad fil levererade uppdrag	2.4.4 Bifogad fil referensuppdrag	2.5 Tillgång till andra företags kapacitet	2.6 Underlever antör	2.7 Kvalitetledni ngssystem	2.7b Kvalitetsa nsvarig	2.7c Uppfylls krav på kvalitetledning ssystem
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
						Åberopar annat företag för att få ihop levererade timmar				
		Saknas i anbud	Bif CV på annan än angiven person		Saknas 1 ref.uppdrag psykiatri					
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
						Åberopar annat företag för uppfyllnad ekonomisk kapacitet - OK				
OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK

				Åberopar annat företag för att få ihop levererade timmar		Åberopar annat företag för att få ihop levererade timmar					
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	OK	Inlämnat	OK	OK	
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK	
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK	
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK	
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Åberopar annat företag för att uppfylla funktioner kopplade till uppdraget - OK	Nej	Inlämnat	OK	OK	
											Bilaga saknas
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK	

OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
										Bilaga saknas
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	OK	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK
			Ej 24 månader		Endast referens område A					
				Endast område A uppfylls		Åberopar annat företag för att uppfylla kraven ang. timmar område B				
OK	OK	OK	OK		OK			OK	OK	
OK	OK	OK	OK	OK	OK	Nej	Nej	Inlämnat	OK	OK

Anledning till ej kvalificering

Uppfyller ej krav på antal levererade timmar

Antal års erfarenhet saknas i anbud, huvudansvarig person är ej samma som inskickat CV, ref. uppdrag för psykiatri saknas

Uppfyller ej krav på antal levererade timmar

Bilaga kvalitetledningssystem saknas

Uppfyller ej krav på styrkande av betalda skatter etc då dokument ska vara på svenska eller engelska

Bilaga kvalitetledningssystem saknas
Antal års erfarenhet senaste 3 åren uppfylls ej samt ref.uppdrag område C saknas



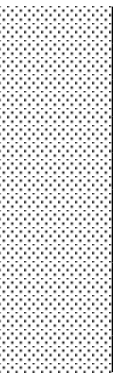
Punkt		3.2.1	3.2.2	3.2.3a	3.2.4	3.2.5	3.2.6	3.2.7	3.2.8
Krav	Anbudsområde	Regelverk - krav uppfylls	Systematiskt kvalitetsarbete	Redogörelse för rekryterings- och uppföljningsprocess	Åtagande och bemanning - krav uppfylls	Personal - krav uppfylls	Språk - krav uppfylls	Försäkringar - krav uppfylls	Återkommande kontroller Socialstyrelsen och IVO - krav uppfylls
ABC Doctor 5569167165	A	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Agila Doctor AB 5567552863	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Agito Sverige AB 5567457121	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Bonliva AB 5568572886	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Colligo Vårdkompetens AB 5569845778	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Curaliv AB 5569869513	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dedicare AB 5565161501	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Docia AB 5590494653	A								
Doktorsjouren Nordic AB 5590500061	A, B, C								
Flexcare Sweden AB 5590554399	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hedera Medical AB 5566383211	B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
HelseBemanning AS 996368807	A,B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
iDoc AB 5569456824	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Instacura AB 5590931381	B								
Invida Vårdservice AB 5567326185	A	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Klara D AB 5565780847	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kletor AB 5569031197	B								
KONDUKO AB 5569098972	B								
Läkarjouren i Norrland Aktiebolag 5563446	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
LäkarLeasing Sverige AB 5566784426	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Läkarresurs FA Rekryt AB 5565782819	A	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mediate Nordic 5566443023	A, B								
Medicotruster Aps 27673147	A, B, C								
Medlink Nordic AB 5569606188	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nurse Partner Scandinavia AB 556576934	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pelmatic Sweden AB 5565361101	A	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Randstad AB 5562421718	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

RentalCare Sverige AB 5590977111	A	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skandinavisk Hälsovård AB 5565961975	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stafettläkarna i Sverige AB 5568136518	A	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stensjö Vårdresurs AB 5591939839	A								
Svensk Vårdsupport AB 5568095375	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sverek AB 5566305461	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Transmedica 17423401	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
VikTeam A/S 16467596	A, C								
Viva Bemanning AB 5591982029	A, B	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Vårdbemanning Sverige AB 5569809378	A, B, C	Ja	Ja	OK	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

3.2.9	3.2.10	3.2.11	3.2.12	3.2.13	3.2.14.1	3.2.14.2	3.3.2.1.		4.1.1.2	4.1.2.2	4.1.2.3
Förmedling resp. rekrytering - krav uppfylls	Avvikelse rutin - krav uppfylls	Tidrapport - krav uppfylls	Ej anställd vid Region Örebro län - krav uppfylls	Arbetstidsm ått - krav uppfylls	Annan verksamhet - krav uppfylls	Information enligt Kommunallagen - krav uppfylls	Omfattas av DL?	Område A	Krav område A uppfylls/accepteras?	Patientens ställning - krav uppfylls?	Uppdrag/utförande - krav uppfylls?
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej				
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja

Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

4.1.2.4	4.1.2.5	4.1.2.6	4.1.2.7		5.1.1.1	5.1.2.1	5.1.3.1	5.1.3.3	5.1.3.4	5.1.3.5	5.1.3.6	5.1.3.7
Hyrläkarens kompetens uppfylls?	Hyrläkarens kunskaper lagstiftning uppfylls?	Hälsokrav uppfylls?	Krav om tidigare anställning uppfylls?	Område B	Krav område A uppfylls/accepteras?	Krav avvikelser accepteras?	Patientens ställning - krav uppfylls?	Uppdrag/utförande - krav uppfylls?	Hyrläkarens kompetens uppfylls?	Hyrläkarens kunskaper lagstiftning uppfylls?	Hälsokrav uppfylls?	Krav om tidigare anställning uppfylls?
Ja	Ja	Ja	Ja									
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
					Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja									
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja									
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Ja	Ja	Ja	Ja									
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Ja	Ja	Ja	Ja									
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	

	6.1.1.2	6.2.1	6.2.2	6.2.3	6.2.4	6.2.5	6.2.6	6.2.7		7.12
Område C	Krav område C uppfylls/accepteras?	Patientens ställning - krav uppfylls?	Kompetensnivåer - krav uppfylls?	Uppdrag/utförande - krav uppfylls?	Kompetens - krav uppfylls?	Hyrläkarens kunskaper lagstiftning uppfylls?	Hälsokrav uppfylls?	Krav om tidigare anställning uppfylls?		Godkännande av mall för kontrakt
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
										Ja
										Ja
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
										Ja
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
										Ja
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
										Ja
	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja

								Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
								Ja
								Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
								Ja
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja



Ordförandebeslut

Region Örebro län har meddelat nytt tilldelningsbeslut i upphandling av hyrläkare till Region Örebro län 2021.

Härmed beslutas på delegation från hälso- och sjukvårdsnämnden att meddela nytt tilldelningsbeslut avseende anbudsområde B i ovan nämnda upphandling

För Region Örebro län
Örebro 2021-11-05

.....
Karin Sundin
Ordförande i Hälso- och sjukvårdsnämnden

Upphandlande organisation

Region Örebro Län
Henrik Evertsson

Upphandling

Upphandling av hyrläkare till Region Örebro
län 2021
21RS8861

Upphandlingsförfarande

Förenklat förfarande enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU).

Annonsering

Annonsering i Visma Opic:s elektroniska databas för offentliga upphandlingar har skett 2021-09-17

Sista anbudsdag

Sista anbudsdag för upphandlingen var 2021-10-17 23:59

Anbudsöppning

Inkomna anbud öppnades 2021-10-20 i Upphandlingens lokaler på Fabriksgatan 22, Örebro.

Inkomna anbud

Vid anbudstidens utgång hade 37 anbud inkommit i rätt tid från följande anbudsgivare:

5569167165, ABC Doctor AB
5567552863, Agila Doctor AB
5567457121, Agito Sverige AB
5568572886, Bonliva AB
5569845778, Colligo Vårdkompetens AB
5569869513, Curaliv AB
5565161501, Dedicare AB (publ)
5590494653, Docia AB
5590500061, Doktorsjouren Nordic AB
5590554399, Flexcare Sweden AB
5566383211, Hedera Medical AB
996368807, HelseBemanning AS
5569456824, iDoc AB
5590931381, Instacura AB
5567326185, Invida Vårdservice AB
5565780847, Klara D AB
5569031197, Kletor AB
5569098972, KONDUKO AB
5563446151, Läkarjouren i Norrland Aktiebolag
5566784426, LäkarLeasing Sverige AB
5565782819, Läkarresurs FA Rekryt AB
5566443023, Mediate Nordic
27673147, Medicotrust Aps
5569606188, Medlink Nordic AB
5565769345, Nurse Partner Scandinavia AB
5565361101, Pelmatic Sweden AB
5562421718, Randstad AB
5590977111, RentalCare Sverige AB

5565961975, Skandinavisk Hälsovård AB
5568136518, Stafettläkarna i Sverige AB
5591939839, Stensjö Vårdresurs AB
5568095375, Svensk Vårdsupport AB
5566305461, Sverek AB
17423401, Transmedica
16467596, VikTeam A/S
5591982029, Viva Bemanning AB
5569809378, Vårdbemanning Sverige AB

Anbuds giltighetstid

Anbudens giltighetstid är t o m 2022-05-17

Omfattning

Denna upphandling avser bemanningstjänster av läkare inom primärvård, övrig specialistvård och psykiatri till Region Örebro län.

Region Örebro läns mål med upphandlingen är att täcka Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tillfälliga behov av hyrläkare.

Upphandlingsvärde

Upphandlingsvärdet uppgår till 624 000 000 SEK inklusive förlängningar optioner.

Kontraktstid

Avtalsperiod 2021-12-01 - 2022-11-30 med möjlighet till förlängning med sammanlagt 36 månader, dock med maximalt 12 månader i taget.

Upphandlingsdokument

Samtliga krav som ställts på uppdragets utförande samt kommersiella villkor har redovisats i de skriftliga upphandlingsdokumenten, inklusive bilagor, som utgjort underlag för anbudslämnande.

Anbudsprövning

Allmänt

Efter anbudsöppning sker granskning och prövning av de anbud som kommit in i rätt tid. Anbudsprövning sker därefter i tre steg enligt följande:

1. Kvalificering av Leverantör
2. Prövning av obligatoriska krav
3. Utvärdering av anbud

Kvalificering av leverantör

Nedanstående anbudsgivare uppfyller de obligatoriska kraven avseende krav på anbudsgivare:

- ABC Doctor
- Agila Doctor AB
- Agito Sverige AB
- Bonliva AB
- Colligo Vårdkompetens AB
- Curaliv AB
- Dedicare AB
- Flexcare Sweden AB

- Hedera Medical AB
- HelseBemanning AS
- iDoc AB
- Invida Vårdservice AB
- Klara D AB
- Kletor AB
- KONDUKO AB
- Läkarjouren i Norrland Aktiebolag
- LäkarLeasing Sverige AB
- Läkarresurs FA Rekryt AB
- Medlink Nordic AB
- Nurse Partner Scandinavia AB
- Pelmatic Sweden AB
- Randstad AB
- RentalCare Sverige AB
- Skandinavisk Hälsovård AB
- Stafettläkarna i Sverige AB
- Svensk Vårdsupport AB
- Sverek AB
- Transmedica
- Viva Bemanning AB (Anbudsområde A)
- Vårdbemanning Sverige AB

Nedanstående anbudsgivare uppfyller inte nedanstående obligatoriska krav avseende krav på anbudsgivare och går därmed inte vidare till utvärdering:

- Docia AB, uppfyller ej krav på antal levererade timmar
- Doktorsjouren Nordic AB, antal års erfarenhet saknas i anbud, huvudansvarig person är ej samma som inskickat CV, referensuppdrag för psykiatri saknas
- Instacura AB, uppfyller ej krav på antal levererade timmar
- Mediate Nordic, bilaga kvalitetsledningssystem saknas
- Medicotrust Aps, uppfyller ej krav på styrkande av betalda skatter etc då dokument ska vara på svenska eller engelska
- Stensjö Vårdresurs AB, bilaga kvalitetsledningssystem saknas
- VikTeam A/S, antal års erfarenhet senaste 3 åren uppfylls ej samt referensuppdrag område C saknas
- Viva Bemanning AB (Anbudsområde B), uppfyller ej krav på antal levererade timmar inom Anbudsområde B

För mer information se bilaga Resultatrapport.

Prövning av obligatoriska krav

Anbudsgivarna uppfyller de obligatoriska kraven avseende krav på anbudet.

Anbudsutvärdering

Region Örebro län har i den här upphandlingen tillämpat fast pris. Vilket innebär att under förutsättning att inkomna anbud uppfyller kraven som ställs i upphandlingsdokumentet med bilagor kommer samtliga anbud att antas.

Referensgrupp/projektgrupp

Referensgrupp/sakkunnigrupp har varit representanter från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Gruppen har deltagit i hela upphandlingsprocessen från och med framtagande av upphandlingsdokument till och med den slutliga anbudsprövningen gällande val av Leverantör.

Förslag till beslut

Med hänvisning till och med stöd av ovan angivna föreslås

a t t

- ABC Doctor (Anbudsområde A)
- Agila Doctor AB (Anbudsområde A, B, C)
- Agito Sverige AB (Anbudsområde A, B)
- Bonliva AB (Anbudsområde A, B, C)
- Colligo Vårdkompetens AB (Anbudsområde A, B, C)
- Curaliv AB (Anbudsområde A, B)
- Dedicare AB (Anbudsområde A, B, C)
- Flexcare Sweden AB (Anbudsområde A, B)
- Hedera Medical AB (Anbudsområde B)
- HelseBemanning AS (Anbudsområde A, B)
- iDoc AB (Anbudsområde A, B, C)
- Invida Vårdservice AB (Anbudsområde A)
- Klara D AB (Anbudsområde A, B)
- Kletor AB (Anbudsområde B)
- KONDUKO AB (Anbudsområde B)
- Läkariouren i Norrland Aktiebolag (Anbudsområde A, B)
- LäkariLeasing Sverige AB (Anbudsområde A, B, C)
- Läkarresurs FA Rekryt AB (Anbudsområde A)
- Medlink Nordic AB (Anbudsområde A, B, C)
- Nurse Partner Scandinavia AB (Anbudsområde A, B, C)
- Pelmatic Sweden AB (Anbudsområde A)
- Randstad AB (Anbudsområde A, B, C)
- RentalCare Sverige AB (Anbudsområde A)
- Skandinavisk Hälsovård AB (Anbudsområde A, B, C)
- Stafettläkarna i Sverige AB (Anbudsområde A)
- Svensk Vårdsupport AB (Anbudsområde A, B)
- Sverek AB (Anbudsområde A, B, C)
- Transmedica (Anbudsområde A, B, C)
- Viva Bemanning AB (Anbudsområde A)
- Vårdbemanning Sverige AB (Anbudsområde A, B, C)

väljs som leverantörer av bemanningstjänster av läkare inom ovan angivna Anbudsområden (A: primärvård, B: övrig specialistvård och C: psykiatri) till Region Örebro län.

Referensgruppen bifaller förslag till beslut.

Örebro 2021-11-05

Love Ivraeus
Upphandlingsjurist

Bilagor

Bilaga Resultatrapport uppdaterad 2021-11-05



Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument.



Serienummer: DlcwS5WqIW4vPryObc7ipw

LOVE IVRAEUS

2021-11-05 14:26

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original

Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.

Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida
<https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation>

Visma Addo ID-nummer : ff0ae3ba-f481-4a30-9d80-1521d416f30a



Utöver detta dokument kan ett eller flera dokument och bilagor höra till försändelsen.
Alla dokument i försändelsen är listade nedan. I händelselogggen
står alla åtgärder som relaterar till signeringen av dokumentet.

Dokument i försändelsen

Detta dokument

INDIVIDUELL RAPPORT justerat anbudsområde B.pdf

Ovanstående dokument och bilagor som lämnats in i signerad form har skickats till alla parter via e-post eller en nedladdningslänk. Undertecknaden är ansvarig för nedladdning och säker lagring av dokument och bilagor.

Ladda ner dokument

Om du som undertecknare har fått en länk där du kan ladda ner dokumenten kommer den att vara giltig i upp till 10 dagar efter mottagande. Därefter kommer dokumenten att raderas från Visma Addo.

Händelselogg för dokument

Händelselogg för dokumentet

2021-11-05 14:25	Underskriftsprocessen har startat
2021-11-05 14:25	En avisering har skickats till Love Ivraeus
2021-11-05 14:26	Dokumentet öppnades via länken som skickades till Love Ivraeus
2021-11-05 14:26	LOVE IVRAEUS har signerat dokumentet INDIVIDUELL RAPPORT justerat anbudsområde B.pdf via BankID Sverige (Unikt ID: D1cwS5WqIW4vPryObc7ipw)
2021-11-05 14:26	Alla dokument har undertecknats av Love Ivraeus

Visma Addo ID-nummer : ff0ae3ba-f481-4a30-9d80-1521d416f30a

Visma Addo

Visma Consulting • Gærtorvet 1-5 • 1799 Copenhagen V • Denmark
addo@visma.com • www.visma.dk/addo

344 (424)



§ 26 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin

Diarienummer: 20RS8413

Sammanfattning

I en motion föreslår Jihad Menhem (V) att Region Örebro län inför avgiftsfritt TBE-vaccin för barn och unga upp till 19 år.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att avgiften för TBE-vaccin till barn är subventionerad i Region Örebro län och bland de lägsta i landet. I förslaget framgår också att det kan finnas skäl att öka subventionen för att kunna sänka patientavgiften om sjukdomen blir vanligare i Örebro län än den är idag. Innan en förändring görs behöver dock en analys göras kring vilken åldersgrupp som det finns störst behov av att ändra avgiften för, enligt förslaget till svar.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



§ 27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre

Diarienummer: 20RS12471

Sammanfattning

I en motion föreslår Mats Gunnarsson, Monika Aune och Fredrik Persson (samtliga MP) att Region Örebro län erbjuder personer över 60 år gratis vaccin mot bältros, samt att hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att undersöka om det finns andra riskgrupper i yngre åldrar som också skulle ha stor nytta av en dylik vaccination kostnadsfritt.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att det på nationell nivå pågår en utvärdering av det nya vaccin som under förra året introducerades. Därför görs bedömningen att ingen ändring för närvarande ska göras och att motionen ska anses vara besvarad.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



§ 29 Svar på motion om att utreda förbedömningsmottagning till akutmottagningarna

Diarienummer: 21RS889

Sammanfattning

Elin Jensen (SD), Patrik Nyström (SD), Bo Ammer (SD) och Oscar Lundqvist (SD) har lämnat in en motion om att regionen ska utreda möjligheterna att införa förbedömning/triagering i anslutning till akutmottagningarna. Vid samtliga ingångar till akutmottagningarna sker en förbedömning av olika instanser. Region Örebro län är även på gång med att införa ett digitalt stöd för symptombedömning och hänvisning, vilket kommer att kunna hjälpa patienter till rätt vårdnivå direkt och effektivisera användningen av vårdens resurser.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Eva Åkesson Enelo beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



§ 30 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19

Diarienummer: 21RS418

Sammanfattning

Det har inkommit ett medborgarförslag som föreslår att Region Örebro län startar ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

Region Örebro län har sedan våren 2021 arbetat för att skapa en struktur för hur vården ska följa upp och erbjuda rehabilitering till patienter med postcovid. Arbetet har resulterat i att det nu finns arbetssätt för ett likvärdigt omhändertagande inom primärvården och planering för en ny mottagning inom specialistsjukvården.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Eva Åkesson Enelo beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att godkänna förslag till svar på medborgarförslaget.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.
Organ	Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård
Tid	2021-10-21, kl. 09:00-13:00
Plats	Konferensrum Eken, Eklundavägen 1
Utses att justera	Ingvar Ernstson
Justeringens tid	2021-10-26
Datum för anslags uppsättande	2021-10-27
Datum för anslags nedtagande	2021-11-18
Underskrift Maria Boström
Förvaringsplats	Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro
Protokollet omfattar	§§24-35

Underskrifter

Sekreterare

.....
Maria Boström

Ordförande

.....
Ewa Sundkvist

Justerande

.....
Ingvar Ernstson



**Beredning för somatisk
specialistvård och högspecialiserad
vård**

Sammanträdesdatum
2021-10-21

Tjänstgörande ledamöter

Ewa Sundkvist (KD) (ordförande)

Azra Prepic (S) (vice ordförande) §§ 24-33, del av §34

Patrik Renberg (S)

Ingvar Ernstson (C)

Linda Brunzell (M)

Birgitta Malmberg (L)

Gunilla Fredrikson (SD)

Dan Dahlén (S) ersätter Ulla Kalander-Karlsson (S)

Erica Gidlöf (KD) ersätter Azra Prepic (S) del av §34, §35

Monika Klockars (M) ersätter Sebastian Cehlin (M)

Närvarande ersättare

Erica Gidlöf (KD) §§24-33

Övriga närvarande

Gabriel Stenström, utredare §§26-28

Eva Åkesson Enelo, utredare §§29-30

Johan Ahlgren, verksamhetschef Regionalt cancercentrum Mellansverige §31

Michaela Larsson, utredare

Gustav Ekbäck, planeringschef §§-28-35

Maria Boström, nämndsekreterare



Innehållsförteckning

- §24 Protokollsjustering
- §25 Anmälan av frågor
- §26 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- §27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- §28 Information
- §29 Svar på motion om att utreda förbedömningsmottagning till akutmottagningarna
- §30 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19
- §31 Information
- §32 Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vårds sammanträdesdatum 2022
- §33 Beredningsärende: Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021, beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård
- §34 Information
- §35 Besvarande av anmälda frågor



§ 24 Protokollsjustering

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård samt högspecialiserad vård beslutar

att jämte ordföranden justera dagens protokoll utse Ingvar Ernstson (C) med Dan Dahlén (S) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 4 november 2021.



§ 25 Anmälan av frågor

Fråga kvar att besvara från 2021-09-16:

1. Azra Prepic (S) frågar om det går att underlätta hanteringen av läkemedel för kroniskt sjuka patienter. Det finns de som använder mediciner livet ut och hanteringen är tidskrävande för patienter och läkare, samt innebär också en kostnad för patienten.

2021-10-21:

2. Ingvar Ernstson (C) frågar om avdelning Q på Karlskoga lasarett är i drift hela veckan.

Erica Gidlöf ställer följande frågor:

3. Hur ser arbetet ut med en tredje spruta, vilka åldrar är på gång att vaccineras? Nu är det 80 plus, är det aktuellt med fler åldrar? En tredje spruta för vårdpersonal? Stämmer det att covidvaccinet mister sin effekt mer och mer ett halvår efter att man tagit vaccin och att antikropparna mot covidviruset minskar efterhand. Kommer alla så småningom att behöva en tredje spruta?

4. Hur går vaccineringen mot covid-19 för barn och ungdomar 12-15 år, är det på gång i skolornas elevhälsovård? Kan det bli så att man kan vaccinera från 10-årsåldern så småningom?

5. Hur ser Region Örebro län på detta med vaccinering av vårdpersonal, att all vårdpersonal som arbetar patientnära är vaccinerade? Har regionen ett ansvar att omfördela arbetsuppgifter om så att sjukvårdspersonal inte arbetar patientnära? Region Dalarna håller väl på att utreda detta, vad som gäller rent juridiskt?

6. Barnakuten och barnsjukvården är under hårt tryck, då många barn är sjuka i RS-virus och andra sjukdomar. Räcker resurserna i form av personal, lokaler? Behöver barnsjukvården extra resurser under en begränsad tid för att klara av det ökande söktrycket?



§ 26 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin

Diarienummer: 20RS8413

Sammanfattning

I en motion föreslår Jihad Menhem (V) att Region Örebro län inför avgiftsfritt TBE-vaccin för barn och unga upp till 19 år.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att avgiften för TBE-vaccin till barn är subventionerad i Region Örebro län och bland de lägsta i landet. I förslaget framgår också att det kan finnas skäl att öka subventionen för att kunna sänka patientavgiften om sjukdomen blir vanligare i Örebro län än den är idag. Innan en förändring görs behöver dock en analys göras kring vilken åldersgrupp som det finns störst behov av att ändra avgiften för, enligt förslaget till svar.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 27 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre

Diarienummer: 20RS12471

Sammanfattning

I en motion föreslår Mats Gunnarsson (MP), Monika Aune (MP) och Fredrik Persson (MP) att Region Örebro län erbjuder personer över 60 år gratis vaccin mot bältros, samt att hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att undersöka om det finns andra riskgrupper i yngre åldrar som också skulle ha stor nytta av en dylik vaccination kostnadsfritt.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att det på nationell nivå pågår en utvärdering av det nya vaccin som under förra året introducerades. Därför görs bedömningen att ingen ändring för närvarande ska göras och att motionen ska anses vara besvarad.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 28 Information

Avgifter i hälso- och sjukvården 2022

Gabriel Stenström informerar om förslag till avgifter för patienter inom hälso- och sjukvården år 2022. Beslut fattas av regionfullmäktige den 7 december.



§ 29 Svar på motion om att utreda förbedömningsmottagning till akutmottagningarna

Diarienummer: 21RS889

Sammanfattning

Elin Jensen (SD), Patrik Nyström (SD), Bo Ammer (SD) och Oscar Lundqvist (SD) har lämnat in en motion om att Region Örebro län ska utreda möjligheterna att införa förbedömning/triagering i anslutning till akutmottagningarna. Vid samtliga ingångar till akutmottagningarna sker en förbedömning av olika instanser. Region Örebro län är även på gång med att införa ett digitalt stöd för symptombedömning och hänvisning, vilket kommer att kunna hjälpa patienter till rätt vårdnivå direkt och effektivisera användningen av vårdens resurser.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Eva Åkesson Enele beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 30 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19

Diarienummer: 21RS418

Sammanfattning

Det har inkommit ett medborgarförslag som föreslår att Region Örebro län startar ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

Region Örebro län har sedan våren 2021 arbetat för att skapa en struktur för hur vården ska följa upp och erbjuda rehabilitering till patienter med postcovid. Arbetet har resulterat i att det nu finns arbetssätt för ett likvärdigt omhändertagande inom primärvården och planering för en ny mottagning inom specialistsjukvården.

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Eva Åkesson Enebo beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att godkänna förslag till svar på medborgarförslaget.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 31 Information

Vårdprogram

Johan Ahlgren från Regionalt cancercentrum Sjukvårdsregion Mellansverige informerar om processen att ta fram nationella vårdprogram inom cancervården. Vårdprogrammen ska bidra till en jämlik och god vård till alla patienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status. De nationella vårdprogrammen bygger på bästa medicinska kunskap och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter. Information ges även om de standardiserade vårdförloppen som nu finns för 31 cancerdiagnoser.



§ 32 Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vårds sammanträdesdatum 2022

Diarienummer: 21RS8763

Sammanfattning

Det finns nu ett förslag till sammanträdesdatum för beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård 2022.

Beslut

Beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård beslutar

att beredningens ordinarie sammanträden ska äga rum

tisdagen den 1 februari,
torsdagen den 10 mars,
tisdagen den 24 maj,
tisdagen den 13 september,
tisdagen den 18 oktober, samt
torsdagen den 24 november.

Skickas till

Beredningens ledamöter och ersättare
Ansvarig tjänsteperson



§ 33 Beredningsärende: Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021, beredning för somatisk specialistvård och högspecialiserad vård
Diarienummer: 21RS8693

Sammanfattning

Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021 beslutas vid sammanträdet den 25 november.

Anteckning

Utredare Michaela Larsson och planeringschef Gustav Ekbäck presenterar ett utkast till återrapportering.



§ 34 Information

Aktuellt nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt

Michaela Larsson informerar om:

Nationellt

Pågående remisser och utlysningar för nationell högspecialiserad vård presenteras.

Sjukvårdsregionalt

Samverkansnämnden godkände vid sammanträdet den 1 oktober cancerplan för 2022-2024.

Lokalt

Region Örebro län kommer att vara värd för nästa habiliteringskonferens som genomförs 2024.

Nytt avtal med Capio Läkargruppen AB

Gustav Ekbäck informerar om Region Örebro läns nya avtal för specialiserad öppenvård som tecknats med Capio Läkargruppen AB. Avtalet gäller från den 31 mars 2022 till den 30 mars 2026 med möjlighet till förlängning 2 + 2 år.

Målbild 2030

Gustav Ekbäck ger en lägesrapport över arbetet med målbild 2030.

Aktuellt från verksamheten

Gustav Ekbäck informerar om aktuellt covid-läge. Smittspridningen ligger på en låg nivå. Testningen ligger på en stabil nivå och andel positiva fall är låg. Region Örebro län har just nu inga covid-patienter vårdade på sjukhus. Vaccinationstäckningen i länet är hög, cirka 82 procent över 16 år har nu fått två doser vaccin.

Behovs- och kapacitetsplanering

John Domenstam informerar om sin roll som chef över den nystartade enheten för produktionsstyrning inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Enheten ska samla processer kring ledning, styrning och uppföljning så att dessa sker på ett liknande sätt inom hälso- och sjukvården. Genom faktabaserad styrning ska det skapas förutsättningar för cheferna att kunna styra sina verksamheter på ett bra sätt.

Förberedelse inför medborgardialog

Michaela Larsson och Gustav Ekbäck informerar om att den 9 och den 11 november är bokade som första medborgardialogmöten med psoriasisförbundet och reumatikerförbundet. Det planeras cirka 10 träffar, datum för resterande träffar presenteras. Dialogerna kommer att vara cirka en timme långa och bemannas av en tjänsteperson och två politiker. Presidiet ansvarar för att bemanna respektive



**Beredning för somatisk
specialistvård och högspecialiserad
vård**

Sammanträdesdatum
2021-10-21

möte med två politiker. Beredningen uppmanas anmäla intresse till ordföranden för vilka datum de kan medverka.



§ 35 Besvarande av anmälda frågor

1. Gustav Ekbäck besvarar Azra Prepics (S) fråga om hantering av läkemedel för kroniskt sjuka patienter.

Det är viktigt att se över patientens samtliga läkemedel regelbundet. Nya tillstånd kan tillstöta som gör att läkaren behöver se över hela sjukdomsbilden och eventuellt justera dosen. Det är också viktigt med regelbunden uppföljning för att upptäcka eventuella biverkningar.

2. Gustav Ekbäck besvarar Ingvar Ernstsons (C) fråga om avdelning Q. Avdelningen är inte öppen på helger och för närvarande inte på nätter.

3, 4, 5. Gustav Ekbäck besvarar Erica Gidlöfs (KD) frågor om covid-vaccination. Arbetet flyter på inom kommunerna som vaccinerar personer på särskilda boenden samt de som har hemsjukvård. Folkhälsomyndigheten utreder nu vilken nästa åldersgrupp blir som ska få en tredje dos. En tredje dos för vårdpersonal är inte aktuell för tillfället. Skyddet mot svår sjukdom är fortfarande högt efter sex månader i den äldre befolkningen. En tredje dos för samtliga åldersgrupper är inte något som diskuteras i nuläget. Elevhälsan blir inte involverad vid vaccinering i åldersgruppen 12-15 år. Ännu finns inget vaccin godkänt för barn under 12 år. Region Örebro län följer Folkhälsomyndighetens direktiv och rekommendationer.

6. Gustav Ekbäck besvarar Erica Gidlöfs (KD) fråga om trycket på barnakuten på grund av RS-virus. Resurserna räcker just nu för att hantera det ökade trycket. Verksamheten har fått omfördela personal.



§ 29 Besvarande av motion om att införa en psykiatriambulans inom Region Örebro län

Diarienummer: 21RS2183

Sammanfattning

En motion har inkommit från Willhelm Sundman (L) till Region Örebro län om behovet av att inrätta en verksamhet i form av en psykiatriambulans.

I förslag till svar återges den satsning som Region Örebro län har valt att göra på ett team, en mobil resurs för suicidprevention, som arbetar på flera olika sätt. Med förebyggande insatser, med patienter, kartläggning av behovet av en akutresurs samt det pågående arbetet med att ta fram en struktur för ett anhörigstöd. Genom en bred samverkan med de verksamheter som arbetar med akuta insatser, som polis-, ambulans- och brandkårspersonal, säkras bemötandet gentemot de personer som lider av akut psykisk ohälsa.

Inom Region Örebro län skulle en psykiatriambulans inte ha tillräcklig beläggning för att vara kostnadseffektiv.

Förslag till beslut är att motionen anses besvarad.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering 2021-10-14, svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län
- Svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län
- Motion från Willhelm Sundman (L) om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson beslutsunderlaget.

Yrkanden

Tom Persson (SD) yrkar bifall till motionen.

Kristian Berglund (M) och Lennart Carlsson (M) yrkar bifall till motionen och lämnar ett särskilt yttrande: Motionens förslag behöver fördjupas/förankras mot gällande lagstiftning och riktlinjer, samt tillämpas adekvat med organisationens gränssnitt.

Uppllysning

Pia Frohman (MP) deltar inte i beslutet.



**Beredning för psykiatri, hjälpmedel
och habilitering**

Sammanträdesdatum
2021-10-14

Propositionsordning

Ordföranden ställer de båda förslagen mot varandra och finner att beredningen beslutar enligt förvaltningens förslag.

Votering

Votering begärs och verkställs på följande sätt. Ordföranden meddelar att den som vill bifalla förvaltningens förslag röstar ja och den som vill bifalla motionen röstar nej.

Omröstningsresultat

Omröstningen genomförs med handuppräckning med resultatet att förvaltningens förslag får 4 röster och motionen får 3 röster.

Reservationer

Kristian Berglund (M), Lennart Carlsson (M) och Tom Persson (SD) reserverar sig mot beredningens beslut till förmån för motionen.

Beslut

Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen anses besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



ANSLAG/BEVIS Protokoll är justerat.
Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering

Tid 2021-10-14, kl. 09:00-16:00

Plats Konferensrum Eken, Eklundavägen 1

Utses att justera Tom Persson

Justeringens tid

Datum för anslags uppsättande

Datum för anslags nedtagande

Underskrift

Kristina Berglund

Förvaringsplats Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro

Protokollet omfattar §§25-31

Underskrifter

Sekreterare

Kristina Berglund

Ordförande

Carina Dahl

Justerande

Tom Persson



Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering

Tjänstgörande ledamöter

Carina Dahl (S) (ordförande)

Emilia Molin (C) (vice ordförande)

Kristian Berglund (M) (2:e vice ordförande)

Linda Torége (S)

Malin Silén (KD) §§ 25-del av §27, §§ 28-31

Lennart Carlsson (M)

Pia Frohman (MP) del av §27, §§ 28-31

Tom Persson (SD)

Mats Einestam (L) §§25- del av §27

Kent Hiding (KD) ers Malin Silén (KD) del av § 27

Närvarande ersättare

Kent Hiding (KD) §§ 28-31

Inger Högström-Westerling (M) del av §27, §§28-31

Mats Einestam (L) del av §27, §§28-31

Övriga närvarande

Mats Eriksson, Områdeschef Habilitering och hjälpmedel Gabriel Stenström, utredare

Kristina Berglund, sekreterare

Anna Bürger Sjödin, verksamhetsutvecklare del av §27

Anna Karlsson, ekonom del av §27

Peter Hansson, ekonomichef del av §27

Mathias Edquist, verksamhetschef del av §27

Cathrine Andersson, enhetschef del av §27

Rose-Marie Wilnerzon Thörn (KD), ordförande etikrådet del av §27

Mia Svantesson Sandberg, sjuksköterska del av §27

Gustav Ekbäck, planeringschef del av §27

Michaela Larsson, utredare §29



Innehållsförteckning

§25	Protokollsjusterare
§26	Anmälan om frågor
§27	Information
§28	Åtterrapporering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021
§29	Besvarande av motion om att införa en psykiatriambulans inom Region Örebro län
§30	Sammanträdesdatum 2022
§31	Svar på anmälda frågor



§ 25 Protokollsjusterare

Beslut

Beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel beslutar

att ordförande och Tom Persson (SD) med Kristian Berglund (M) som ersättare justerar protokollet.

Protokollet ska vara justerat senast den 28 oktober 2021.



§ 26 Anmälan om frågor

Kristian Berglund (M) ställer en fråga om beredningen kan få löpande information om ekonomi och prognoser över beredningens fokusområden.

Lennart Carlsson (M) ställer en fråga om Region Örebro läns personalökning finns inom psykiatri och habilitering. En lägesbild kommer att ges vid nästa sammanträde.

Mats Einestam (L) ställer en fråga om hur samverkan sker mellan Habilitering och Psykiatri.



§ 27 Information

Aktuellt från verksamheten, tillgänglighet psykiatri

Verksamhetsutvecklare Anna Bürger Sjödin och ekonom Anna Karlsson informerar om tillgängligheten och produktionsplaneringen inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Aktuellt från verksamheten, habilitering och hjälpmedel

Områdeschef Habilitering och hjälpmedel Mats Eriksson informerar om tillgängligheten inom habilitering och hjälpmedel, nyckeltal för Centrum för hjälpmedel och Vuxenhabilitering. Vidare ges information om resultatet per 30 september som ligger på 7,2 miljoner kronor, prognosen för helår 2021 är en ekonomi i balans.

Hälso- och sjukvårdens omorganisation pågår, det finns en del verksamheter inom området som ska utredas vidare, bland annat Syncentralen och Audiologiska kliniken.

Sjukvårdsregionen Mellansverige arbetar bland annat med upprättande av gemensamma aktivitetsplaner för respektive verksamheter och gemensamma upphandlingar.

Övergripande bild av Region Örebro läns budget och ekonomi

Ekonomichef Peter Hansson informerar om Region Örebro läns budget och ekonomi inklusive hälso- och sjukvårdens ekonomi och produktion. Informeras ges även om arbetet med handlingsplan för ekonomi i balans.

Uppföljning om LARO-mottagningen

Verksamhetschef Mathias Edquist och enhetschef Cathrine Andersson svarar på de frågor som uppkom vid beredningens sammanträde den 2 september 2021.

Etikrådet

Ordförande Rose-Marie Wilnerzon Thörn (KD) informerar om etikrådets uppdrag och sammansättning. Etikrådet önskar att få höra och föra en dialog kring vilka etiska frågor som beredningen har uppmärksammat och/eller är utmanad av. Vidare informerar sjuksköterska Mia Svantesson Sandberg om etiska ronder.

Beroendecentrums utvecklingsarbete

Verksamhetschef Mathias Edquist informerar om verksamhetens utvecklingsarbete samt redovisar målområden och utmaningar.

Uppföljning av medborgardialog

Carina Dahl (S) och Emilia Molin (C) informerar om uppföljningen av medborgardialogen, som genomfördes tillsammans med beredning för närsjukvård, under våren med ungdomar 18-25 år om psykisk ohälsa. Emilia informerar vidare om förslag till vidare hantering av underlaget. Bland annat framkom att många synpunkter handlade om skolan. Rapporten har skickats till Specifika



**Beredning för psykiatri, hjälpmedel
och habilitering**

Sammanträdesdatum
2021-10-14

samverkansrådet för Social välfärd och vård för vidare hantering. Den del som rör Region Örebro län kommer att följas av beredningen.

Avgifter för patienter inom hälso- och sjukvården 2022

Utredare Gabriel Stenström informerar om förslag till avgifter för patienter inom hälso- och sjukvården år 2022. Beslut fattas av regionfullmäktige den 7 december.

Nationellt, sjukvårdsregionalt, lokalt

Planeringschef Gustav Ekbäck informerar om nya avtalet för specialiserad öppenvård som tecknats med Capio Läkargruppen AB. Vidare ges information om nuvarande avtal samt innehållet i kommande avtal som kommer att gälla från och med 31 mars 2022 – 30 mars 2026 med möjlighet till förlängning 2 + 2 år.



§ 28 Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021

I samband med ärendets beredning föredrar utredare Gabriel Stenström underlaget.

Ledamöterna ges möjlighet att komma med inspel inför beslut vid nästkommande sammanträde.



§ 29 Besvarande av motion om att införa en psykiatriambulans inom Region Örebro län

Diarienummer: 21RS2183

Sammanfattning

En motion har inkommit från Willhelm Sundman (L) till Region Örebro län om behovet av att inrätta en verksamhet i form av en psykiatriambulans.

I förslag till svar återges den satsning som Region Örebro län har valt att göra på ett team, en mobil resurs för suicidprevention, som arbetar på flera olika sätt. Med förebyggande insatser, med patienter, kartläggning av behovet av en akutresurs samt det pågående arbetet med att ta fram en struktur för ett anhörigstöd. Genom en bred samverkan med de verksamheter som arbetar med akuta insatser, som polis-, ambulans- och brandkårspersonal, säkras bemötandet gentemot de personer som lider av akut psykisk ohälsa.

Inom Region Örebro län skulle en psykiatriambulans inte ha tillräcklig beläggning för att vara kostnadseffektiv.

Förslag till beslut är att motionen anses besvarad.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering 2021-10-14, svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län
- Svar på motion om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län
- Motion från Willhelm Sundman (L) om att införa en psykiatriambulans i Region Örebro län

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson beslutsunderlaget.

Yrkanden

Tom Persson (SD) yrkar bifall till motionen.

Kristian Berglund (M) och Lennart Carlsson (M) yrkar bifall till motionen och lämnar ett särskilt yttrande: Motionens förslag behöver fördjupas/förankras mot gällande lagstiftning och riktlinjer, samt tillämpas adekvat med organisationens gränssnitt.

Uppllysning

Pia Frohman (MP) deltar inte i beslutet.



**Beredning för psykiatri, hjälpmedel
och habilitering**

Sammanträdesdatum
2021-10-14

Propositionsordning

Ordföranden ställer de båda förslagen mot varandra och finner att beredningen beslutar enligt förvaltningens förslag.

Votering

Votering begärs och verkställs på följande sätt. Ordföranden meddelar att den som vill bifalla förvaltningens förslag röstar ja och den som vill bifalla motionen röstar nej.

Omröstningsresultat

Omröstningen genomförs med handuppräckning med resultatet att förvaltningens förslag får 4 röster och motionen får 3 röster.

Reservationer

Kristian Berglund (M), Lennart Carlsson (M) och Tom Persson (SD) reserverar sig mot beredningens beslut till förmån för motionen.

Beslut

Beredning för psykiatri, hjälpmedel och habilitering föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen anses besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 30 Sammanträdesdatum 2022

Diarienummer: 21RS8761

Sammanfattning

Det finns nu ett förslag till sammanträdesdatum för beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för psykiatri, habilitering och hjälpmedel 2021-10-14, sammanträdesdatum år 2022

Beslut

Beredning för Psykiatri, habilitering och hjälpmedel beslutar

att beredningens ordinarie sammanträden ska äga rum

torsdagen den 27 januari

måndagen den 14 mars

torsdagen den 5 maj

måndagen den 12 september

torsdagen den 20 oktober

torsdagen den 1 december

Skickas till

Beredningens ledamöter och ersättare

Ansvariga tjänstepersoner



§ 31 Svar på anmälda frågor

Carina Dahl (S) besvarar frågan från Kristian Berglund (M) om beredningens uppföljning av ekonomi. Detta kommer att tas med i planeringen inför nästkommande sammanträden.

Mats Eriksson besvarar Mats Einestams (L) fråga om samarbete mellan Habilitering och Psykiatri. Det finns samarbete mellan verksamheterna.



§ 248 Inrättande av ny funktion som äldrevårdsöverläkare

Diarienummer: 21RS8010

Sammanfattning

Att inrätta en ny funktion som äldrevårdsöverläkare på Hälsoval är en naturlig följd av utvecklingen mot en nära vård inom primärvården. Äldrevårdsöverläkaren ska ha i uppdrag att stärka kompetensen och skapa en struktur för uppföljning, systematiskt kvalitetsarbete och utveckling inom äldreområdet i primärvården. Utöver detta ska funktionen bidra till att öka och säkerställa kompetensen inom äldreområdet hos läkare med uppdrag i den kommunala hälso- och sjukvården samt att möjliggöra att individens vårdkedja hålls samman.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM regionstyrelsen 2021-10-27, inrättande av ny funktion som äldrevårdsöverläkare
- Protokollsutdrag HSN 2021-01-14 §2 Yttrande över IVOs beslut utifrån tillsyn av medicinsk vård och behandling för äldre på särskilda boenden
- Region Örebro läns svar på Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn av regionens ansvar avseende medicinsk vård och behandling av äldre personer boende på särskilt boende (SÄBO)

Uppllysning

Willhelm Sundman (L) meddelar att han inte deltar i beslutet.

Yrkanden

Jihad Menhem (V) och Torbjörn Ahlin (C) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Beslut

Regionstyrelsen beslutar

att en ny funktion som äldrevårdsöverläkare inrättas på Hälsoval, samt

att tillföra Hälsoval 760 000 kronor per helår för att fullfölja uppdraget (medel för utökning av specialistläkartjänst motsvarande 50 procent av en heltidstjänst). Finansieras genom en omfördelning av regionstyrelsens budget.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Regionkansliet – Ekonomistaben
Regional utveckling – Valfärd och Folkhälsa

Paragrafen är justerad



Region Örebro län

Regionstyrelsen

Protokoll

Sammanträdesdatum
2021-10-27



§ 29 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre

Diarienummer: 20RS12471

Sammanfattning

I en motion föreslår Mats Gunnarsson (MP), Monika Aune (MP) och Fredrik Persson (MP) att Region Örebro län erbjuder personer över 60 år gratis vaccin mot bältros, samt att hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att undersöka om det finns andra riskgrupper i yngre åldrar som också skulle ha stor nytta av en dylik vaccination kostnadsfritt.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att det på nationell nivå pågår en utvärdering av det nya vaccin som under förra året introducerades. Därför görs bedömningen att ingen ändring för närvarande ska göras och att motionen ska anses vara besvarad.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- Motion från Mats Gunnarsson (MP), Monika Aune (MP), Fredrik Persson (MP) om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Yrkanden

Agneta Nilsson (MP) yrkar bifall till motionen.

Propositionsordning

Ordföranden ställer de båda förslagen mot varandra och finner att beredningen beslutar enligt förvaltningens förslag.

Reservationer

Agneta Nilsson (MP) reserverar sig mot beredningens beslut till förmån för motionen.



Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



§ 30 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
Diarienummer: 20RS8413

Sammanfattning

I en motion föreslår Jihad Menhem (V) att Region Örebro län inför avgiftsfritt TBE-vaccin för barn och unga upp till 19 år.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att avgiften för TBE-vaccin till barn är subventionerad i Region Örebro län och bland de lägsta i landet. I förslaget framgår också att det kan finnas skäl att öka subventionen för att kunna sänka patientavgiften om sjukdomen blir vanligare i Örebro län än den är idag. Innan en förändring görs behöver dock en analys göras kring vilken åldersgrupp som det finns störst behov av att ändra avgiften för, enligt förslaget till svar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- Motion från Jihad Menhem (V) om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



§ 32 Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett

Diarienummer: 21RS4982

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att ammande kvinnor ska ha tillgång till en bröstpump på akutmottagningen på Karlskoga lasarett.

Akutmottagningen på Karlskoga lasarett har köpt in en manuell bröstpump och det finns att tillgå en bröstpump vid behov på samtliga akutmottagningar inom Region Örebro län.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård, 2021-10-20, svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Medborgarförslag om bröstpump på akuten i Karlskoga

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att anse medborgarförslaget besvarat i och med att en bröstpump har köpts in.

Skickas till

Förslagsställaren
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Paragrafen är justerad



Region Örebro län

Beredning för närsjukvård

Protokoll

Sammanträdesdatum
2021-10-20



§ 33 Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget

Diarienummer: 21RS3080

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att kommunernas läkare, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter ska bli anställda av landstinget. Detta med anledning av att det är för mycket vård inom kommunen.

Region Örebro län och länets kommuner har ett delat ansvar, enligt lag, att svara för hälso- och sjukvård till länets invånare. Då hälso- och sjukvårdsansvaret är delat krävs det en bred samverkan parterna emellan för att länets invånare ska kunna erbjudas en god och nära vård. Sedan lång tid tillbaka finns det en uppbyggd struktur för samverkan såväl länsövergripande som på länsdelsnivå.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Medborgarförslag, socialförvaltning och landsting

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att anse medborgarförslaget besvarat.

Skickas till

Förslagsställaren
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Paragrafen är justerad



Region Örebro län

Beredning för närsjukvård

Protokoll

Sammanträdesdatum
2021-10-20



§ 34 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19

Diarienummer: 21RS418

Sammanfattning

Det har inkommit ett medborgarförslag som föreslår att Region Örebro län startar ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

Region Örebro län har sedan våren 2021 arbetat för att skapa en struktur för hur vården ska följa upp och erbjuda rehabilitering till patienter med postcovid. Arbetet har resulterat i att det nu finns arbetssätt för ett likvärdigt omhändertagande inom primärvården och planering för en ny mottagning inom specialistsjukvården.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM Beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredarna Michaela Larsson och Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att medborgarförslaget ska anses besvarat.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Paragrafen är justerad



ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.
Organ	Beredning för närsjukvård
Tid	2021-10-20, kl. 09:00-15:45
Plats	Konferensrum Eken, Eklundavägen 1
Utses att justera	Cecilia Albertsson
Justeringens tid	2021-11-09
Datum för anslags uppsättande	2021-11-11
Datum för anslags nedtagande	2021-12-04
Underskrift Marita Jansson
Förvaringsplats	Regionkansliet, Eklundavägen 2, Örebro
Protokollet omfattar	§§26-36

Underskrifter

Sekreterare
Marita Jansson

Ordförande
Charlotte Edberger

Justerande
Cecilia Albertsson



Tjänstgörande ledamöter

Charlotte Edberger (C) (ordförande)

Gunnel Kask (S) (vice ordförande)

Anna Ågerfalk (L) (2:e vice ordförande) §§26-35

Johanna Svärd (S)

Fredrika Jakobsen (S)

Markus Lundin (KD)

Rose-Marie Wilnerzon-Thörn (KD) ersätter Fredrik Dahlberg (SD)

Cecilia Albertsson (M) ersätter Maria Lönnberg (M)

Agneta Nilsson (MP) ersätter Ebba von Scheele (M)

Närvarande ersättare

Zaki Habib (S)

Ingvar Ernstson (C)

Övriga närvarande

Lena Adolfsson, områdeschef Område nära vård

Katrin Eriksson, bitr områdeschef Område nära vård

Michaela Larsson, utredare

Marita Jansson, nämndsekreterare

Gabriel Stenström, utredare del av §28, §34

Jan Sundelius, samordnare Område nära vård del av §28

Göran Thörn, utredare närsjukvård norr ledningsstöd del av §28

Sara Pätsi, verksamhetsutvecklare del av §28

Agnes Nyborg, områdesekonom del av §28

Peter Hansson, ekonomichef Hälso- och sjukvårdsförvaltningen del av §28

Ingemar Ångman, områdeschef Regional utveckling Välfärd och folkhälsa del av §28

Malin Duckert Ek, Projektledare, Välfärd och folkhälsa del av §28

Ulrica Vidfelt, verksamhetschef närsjukvård norr del av §28



Innehållsförteckning

- §26 Protokollsjusterare
- §27 Anmälan om frågor
- §28 Information
- §29 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- §30 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- §31 Beredningsärende: Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021
- §32 Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- §33 Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- §34 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19
- §35 Beredning för närsjukvårds sammanträdesdatum 2022
- §36 Svar på anmälda frågor



§ 26 Protokollsjusterare

Beslut

Beredning för närsjukvård beslutar

att ordföranden och Cecilia Albertsson (M) justerar dagens protokoll med Anna Ågerfalk (L) som ersättare.

Protokollet ska vara justerat senast den 3 november 2021.



§ 27 Anmälan om frågor

Frågor som ställts gällande vaccin besvaras av biträdande områdeschef Katrin Eriksson under informationspunkten om vaccinationer.



§ 28 Information

Aktuellt från verksamheten

Lena Adolfsson informerar om nuläge gällande Hälso- och sjukvårdsförvaltningens omorganisation samt om uppdraget gällande förstärkt akut närsjukvård i norra länsdelen.

Jan Sundelius ger en samlad uppföljning om telefontillgängligheten för de region-drivna vårdcentralerna. Vidare informeras om vårdgarantin, där Region Örebro län sammantaget under året följt det nationella riktvärdet. I augusti låg dock Region Örebro län strax under det nationella riktvärdet.

Vaccinationer

Katrin Eriksson informerar om vaccinationer, både när det gäller mot covid-19 och mot den årliga influensan. Genom informationen ges svar på frågor som ledamöterna framfört i förväg. Bland annat redogörs för nuvarande vaccinationsorganisation, vilka vaccin som ges och till vilka, vilka extrainsatser som är planerade och hur det fortsatta samarbetet ser ut i länet. Personer över 80 år är först ut med att få en tredje dos. Barn fyllda 12 år, upp till 15 år, kommer att erbjudas vaccin. Influensavaccinet kommer att börja ges i november och information ges om turordning. Vaccinationen är kostnadsfri för alla medarbetare.

Arbete med digitalisering

Göran Thörn och Sara Pätsi informerar om vad som pågår när det gäller digitalisering inom Område nära vård. Symptombedömning och hänvisning är en del av programmet Första linjens digitala vård och går ut på att det ska vara digitalt när det går och fysiskt när det behövs, ge förbättrad tillgänglighet och arbetsmiljö samt effektivisera användningen av vårdens resurser. Det redogörs för hur ett flöde skulle kunna se ut i första linjens digitala vård, vilken kommer att vara en del av 1177. Enligt tidsplan ska detta kunna komma igång i vår. Vidare informeras om ett pilotprojekt om egenmonitorering vid hjärtsvikt samt om ett projekt om ett digitalt sårcentrum.

Digitala vårdcentralen

Jan Sundelius informerar om vårdcentralernas digitala mottagning, vilken drevs i projektform från början av 2019 fram till våren 2021 och är nu en permanent verksamhet i Område nära vård. Besöken har ökat från föregående år när det gäller läkare, psykolog och kurator, medan besöken minskat när det gäller tobaks-avvänjning. Den dominerande besöksorsaken är hudåkommor, cirka 50 procent. Medelåldern på sökande är 34 år.

Avgifter för patienter inom hälso- och sjukvården

Gabriel Stenström informerar om det översynsarbete som gjorts gällande avgifter inom Region Örebro län inför 2022 och redogör för förslaget samt hur tidsplanen ser ut. Avgifterna börjar gälla från och med den 15 januari 2022.



Ekonomi närsjukvård

Agnes Nyborg redogör för det ekonomiska läget inom Område nära vård. Resultatet per den sista september visar på ett underskott på 102 miljoner kronor. Vidare informeras om statliga bidrag för PCR-provtagningar, patientavgifter, målrelaterade avgifter, ersättningar för telefontillgänglighet, lönekostnadsutveckling samt hyrläkarkostnader.

Övergripande bild av Region Örebro läns budget

Peter Hansson ger en övergripande bild över hälso- och sjukvårdens ekonomi, produktion, tillgänglighet, resultat per den sista augusti samt prognos. Vidare informeras om budget 2022 och läget när det gäller utvecklingsarbeten inom ekonomi- och produktionsstaben. Helårsprognosen visar på ett underskott på cirka 400 miljoner kronor.

Fördjupad information om arbetet med omställningen till nära vård

Jan Sundelius, Ingemar Ångman och Malin Duckert Ek ger en fördjupad information om arbetet med omställningen till nära vård, bland annat när det gäller processen, länsgemensamma aktiviteter, målbildsarbetet och den överenskommelse som ska göras. Vidare informeras om ekonomi, ett nytt digitalt system och arbetet med en gemensam kompetensförsörjningsplan.

Nationellt, sjukvårdsregionalt, lokalt

Michaela Larsson informerar om att slutbetänkandet av utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga nu har lämnats över till regeringen. Utredningens förslag ska bidra till en samlad uppföljning av barns och ungas hälsa. Utredningen visar att kvalitetsregister är nödvändigt för att säkra kvaliteten i de hälsovårdande verksamheterna, vilket Region Örebro län lyfte i sitt yttrande gällande delbetänkandet.

Samverkansnämnden i Sjukvårdsregion Mellansverige har godkänt föreslagen Cancerplan 2022-24, Utvecklingsplan för cancervården inom Sjukvårdsregion Mellansverige, och rekommenderar sjukvårdsregionens regioner att godkänna densamma. Även budgetarna för alla gemensamt finansierade verksamheter är beslutade. Regionala vårdkompetensrådet håller på att ta fram en aktivitetsplan för 2022 i relation till den regeringstillsatta Nationella vårdkompetensrådets aktivitetsplan, där förslag till fokusområden är verksamhetsförlagd utbildning, fortbildning, stimulerande och integrerande av klinisk forskning samt God och nära vård.

Michaela Larsson informerar om Region Örebro läns nya avtal för specialiserad öppenvård som tecknats med Capio Läkargruppen AB. Avtalet gäller från den 1 april 2022 till den 31 mars 2026 med möjlighet till förlängning 2+2 år.

Vidare informeras om att kvalitetskonferensen för svensk habilitering kommer att äga rum i Örebro den 12-13 september 2024.



Närsjukvård norra länsdelen

Ulrica Vidfelt är verksamhetschef för Region Örebro läns sex vårdcentraler i norra länsdelen. Hon informerar om verksamheten, bemanning läkare/hyrläkare, löne-kostnader, tillgänglighet med mera.



§ 29 Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre

Diarienummer: 20RS12471

Sammanfattning

I en motion föreslår Mats Gunnarsson (MP), Monika Aune (MP) och Fredrik Persson (MP) att Region Örebro län erbjuder personer över 60 år gratis vaccin mot bältros, samt att hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att undersöka om det finns andra riskgrupper i yngre åldrar som också skulle ha stor nytta av en dylik vaccination kostnadsfritt.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att det på nationell nivå pågår en utvärdering av det nya vaccin som under förra året introducerades. Därför görs bedömningen att ingen ändring för närvarande ska göras och att motionen ska anses vara besvarad.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- Svar på motion om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre
- Motion från Mats Gunnarsson (MP), Monika Aune (MP), Fredrik Persson (MP) om gratis vaccin för skydd mot bältros för äldre

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Yrkanden

Agneta Nilsson (MP) yrkar bifall till motionen.

Propositionsordning

Ordföranden ställer de båda förslagen mot varandra och finner att beredningen beslutar enligt förvaltningens förslag.

Reservationer

Agneta Nilsson (MP) reserverar sig mot beredningens beslut till förmån för motionen.



Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 30 Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
Diarienummer: 20RS8413

Sammanfattning

I en motion föreslår Jihad Menhem (V) att Region Örebro län inför avgiftsfritt TBE-vaccin för barn och unga upp till 19 år.

I förslaget till svar skriver hälso- och sjukvårdsnämnden att avgiften för TBE-vaccin till barn är subventionerad i Region Örebro län och bland de lägsta i landet. I förslaget framgår också att det kan finnas skäl att öka subventionen för att kunna sänka patientavgiften om sjukdomen blir vanligare i Örebro län än den är idag. Innan en förändring görs behöver dock en analys göras kring vilken åldersgrupp som det finns störst behov av att ändra avgiften för, enligt förslaget till svar.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- Svar på motion om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin
- Motion från Jihad Menhem (V) om att ge alla barn i Örebro län tillgång till avgiftsfritt TBE-vaccin

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden föreslå regionstyrelsen föreslå regionfullmäktige besluta

att motionen ska anses vara besvarad.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 31 Beredningsärende: Återrapportering av uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden 2021

Sammanfattning

Återrapportering till hälso- och sjukvårdsnämnden angående uppdrag för 2021 beslutas vid sammanträdet den 17 november.

Beslutsunderlag

- Återrapportering av uppdrag till hälso och sjukvårdsnämnden 2021

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson underlaget.

Beredningen enades om att ändra texten under punkt 2 i underlaget, gällande uppdraget att följa processerna kring coronapandemin, till att det *inte* bedöms vara helt klart vid årets slut.



§ 32 Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett

Diarienummer: 21RS4982

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att ammande kvinnor ska ha tillgång till en bröstpump på akutmottagningen på Karlskoga lasarett.

Akutmottagningen på Karlskoga lasarett har köpt in en manuell bröstpump och det finns att tillgå en bröstpump vid behov på samtliga akutmottagningar inom Region Örebro län.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård, 2021-10-20, svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Svar på medborgarförslag om att köpa in en bröstpump till akutmottagningen på Karlskoga lasarett
- Medborgarförslag om bröstpump på akuten i Karlskoga

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att anse medborgarförslaget besvarat i och med att en bröstpump har köpts in.

Skickas till

Förslagsställaren
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen



§ 33 **Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget**

Diarienummer: 21RS3080

Sammanfattning

Det har lämnats in ett medborgarförslag till Region Örebro län där förslagsställaren föreslår att kommunernas läkare, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter ska bli anställda av landstinget. Detta med anledning av att det är för mycket vård inom kommunen.

Region Örebro län och länets kommuner har ett delat ansvar, enligt lag, att svara för hälso- och sjukvård till länets invånare. Då hälso- och sjukvårdsansvaret är delat krävs det en bred samverkan parterna emellan för att länets invånare ska kunna erbjudas en god och nära vård. Sedan lång tid tillbaka finns det en uppbyggd struktur för samverkan såväl länsövergripande som på länsdelsnivå.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Svar på medborgarförslag om att kommunens läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter alla ska vara anställda inom landstinget
- Medborgarförslag, socialförvaltning och landsting

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredare Michaela Larsson beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att anse medborgarförslaget besvarat.

Skickas till

Förslagsställaren
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen



§ 34 Svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19

Diarienummer: 21RS418

Sammanfattning

Det har inkommit ett medborgarförslag som föreslår att Region Örebro län startar ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19.

Region Örebro län har sedan våren 2021 arbetat för att skapa en struktur för hur vården ska följa upp och erbjuda rehabilitering till patienter med postcovid. Arbetet har resulterat i att det nu finns arbetssätt för ett likvärdigt omhändertagande inom primärvården och planering för en ny mottagning inom specialistsjukvården.

Beslutsunderlag

- FöredragningsPM Beredning för närsjukvård 2021-10-20, svar på medborgarförslag om att starta ett centrum i länet för rehabilitering av långtidssjuka efter covid-19
- Medborgarförslag, rehabcentrum i länet för covid-19 patienter

Anteckning

I samband med ärendets behandling föredrar utredarna Michaela Larsson och Gabriel Stenström beslutsunderlaget.

Beslut

Beredning för närsjukvård föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden besluta

att medborgarförslaget ska anses besvarat.

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsnämnden



§ 35 Beredning för närsjukvårds sammanträdesdatum 2022

Diarienummer: 21RS8762

Sammanfattning

Det finns nu ett förslag till sammanträdesdatum för beredning för närsjukvård.

Beslutsunderlag

- Beredning för närsjukvårds sammanträdesdatum 2022

Beslut

Beredning för närsjukvård beslutar

att beredningens ordinarie sammanträden ska äga rum

onsdagen den 9 februari

onsdagen den 9 mars

onsdagen den 11 maj

onsdagen den 14 september

onsdagen den 19 oktober

onsdagen den 23 november

Skickas till

Beredningens ledamöter och ersättare

Ansvariga tjänstepersoner



§ 36 Svar på anmälda frågor

Sammanfattning

Frågor om vaccin har besvarats under informationspunkten.



15

Information

Sammanfattning medborgardialog våren 2021 om psykisk ohälsa

Ungdomar 18-25 år



Beredningarna för Psykiatri, hjälpmedel och habilitering samt Närsjukvård har under maj och juni 2021 genomfört medborgardialoger med ungdomar i åldern 18-25 år omkring psykisk ohälsa.

Antal

- Sammanlagt har det varit 19 möten med 48 personer, varav 31 flickor och 17 pojkar.
- Deltagare från Örebro, Lindesberg, Hallsberg och Hällefors.

Syfte

- Syftet med medborgardialogerna har varit att **få kunskap** om hur ungdomar i åldern 18-25 år tänker och funderar kring psykisk ohälsa men också **få förslag och underlag för förbättringsåtgärder** inom nära vården och psykiatrin.

Metod

- Samtal har genomförts på olika digitala plattformar.
- Samtalsledare har varit 1-2 politiker från någon av beredningarna samt en tjänsteman som ansvarat för anteckningar.
- Intervjuformen har baserats på en samtalsguide snarare än ett manus/frågeformulär och där följdfrågor har varit en viktig del men också inspirerat till ett öppet samtal där ungdomarnas energi om samtals innehåll har varit det viktigaste – under temat psykisk ohälsa. Alla samtal har garanterats vara avidentifierade och anonyma.

Sammanfattningen av samtalen har delats upp i 6 frågeområden

- Attityder
- Covid-19
- Information och kunskap kring psykisk hälsa och vård vid psykisk hälsa
- Bemötande från vården
- Önskvärt
- Förbättringsområden

Attityder

”Att öppna upp sig om något som är jobbigt är som att kasta sig utför ett stup, för man vet aldrig hur den andra kan reagera”.

- Det framkommer synpunkter om att tjejer tenderar att ha lättare att prata om känslor.
- Det är väldigt individuellt om man vill prata med sina föräldrar, kompisar, lärare, skolkurator etc när man mår psykiskt dåligt.
- Tyngre känslor är svårast att berätta om – man vill inte upplevas som jobbig och vill inte belasta andra med svåra och djupa känslor. Med hjälp av sociala medier är det lite mindre tabu att prata om psykisk ohälsa numera.

- Det finns en önskan att man skulle prata och diskutera mer psykisk ohälsa i skolan och på detta sätt få det mer normaliserat och hur man kan se och stödja personer som mår psykiskt dåligt.
- Ungdomarna tecknar en bild av en otillräcklig elevhälsa – och för fram en önskan att vuxenvärlden i skolan ska bli bättre på att synas och att erbjuda stöd.
- Något som tydligt framgår är att skolan är en betydelsefull arena för ungdomarna – och att det är en plats med potential för att skapa ett klimat för förtroendefulla möten om psykisk hälsa.

Covid 19

"Man är mindre hoppfull. Vet inte vad man ska förvänta sig av framtiden."

- När skolan haft sin verksamhet på distans under pandemin riskerar en del att må sämre, men det finns också de som förmedlar att de mått bättre av att kunna plugga hemma och planera sitt skolarbete på egen hand.
- De flesta har dock framfört att man mått dåligt och uppger att de har blivit deprimerade av att inte få träffas fysiskt.

- Användningen av sociala medier har troligtvis ökat.
- Sociala medier kan bekräfta saker och känslor, men har också en tendens att förstärka negativa situationer och bilder.
- Många har känt sig isolerade och vara själva med sina tankar.
- Hemmet har blivit både en arbetsplats, skola och hem.

Information och kunskap kring psykisk hälsa och vård vid psykisk hälsa

- Flera vet var man kan få information om psykisk hälsa men man har olika bilder om vad man kan få hjälp med.
- Man efterlyser betydligt mer information och marknadsföring.
- Till vårdcentralen söker man endast om man har fysiska sjukdomar. Även för Ungdomsmottagningen fanns bilder av att de endast arbetade med sexuella och fysiska frågor.
- Flera nämner skolkuratoren som en person där man kan få stöd, men flera ungdomar nämner också att man inte haft tillit eller kontakt med skolkuratoren.

”Ungdoms-mottagningen känns som en trygg plats att gå till. Att vända sig till BUP, då känns det som det måste vara en stor grej.”

- Tillgänglighet och korta väntetider är ofta avgörande för att man ska ta och få kontakt.
- Flera har en bild av att ska man söka sig till Barn- och Ungdomspsykiatri samt akutpsyki så måste man vara mycket sjuk vilket bidrar att man inte vill söka sig dit.
- Ungdomarna vill att det ska finnas möjlighet att både träffas fysiskt men också kunna ha tillgång till digitalt stöd om man har psykisk ohälsa.
- Vid djupgående samtal föredras ett fysiskt möte.

Bemötande från vården

*”Om man inte blir bra bemött,
kommer man inte gå tillbaka (...)”*

- Det finns både positiva och negativa erfarenheter av hur man blivit bemött i vården när man haft psykisk ohälsa.
- Det är tydligt att bemötandet spelar roll och att dåliga upplevelser kan sätta spår – en deltagare uttrycker att ett möte förstörde hens syn på skolhälsan. En annan konstaterar att om man inte blir bra bemött, så kommer man inte gå tillbaka.

Önskvärt

*”Man ska inte behöva bli sämre innan
man får hjälp.”*

- Viktigt att det stöd som finns i samhället när man mår psykiskt dåligt är väl känt och att det är enkelt att få kontakt samt korta väntetider.

Det ska vara enkelt och lätt att söka hjälp vid psykisk ohälsa.

En hälso- och sjukvård som är tillgänglig genom flera olika kontaktvägar

- Man måste tas på allvar när man söker stöd/vård och man ska inte behöva frisera sin ohälsa för att komma över någon slags tröskel för ingång i stödet/vården.

- Det skulle vara bra om vårdcentralen hade mer av kurativ och psykologisk kompetens.
- Extra viktigt informera om vilket stöd som finns för åldersgruppen 20-25 år.
- För att få större och bättre förståelse för psykisk ohälsa behöver information spridas i tidig ålder
- Kuratorer i skolan måste bli mer synliga och tillgängliga.

Förbättringsområden

”Det ska vara något smidigt och enkelt att ta kontakt.”

- Viktigt med förebyggande arbete och att såväl skolan, universitetet och hälso- och sjukvården synliggör frågan om psykisk ohälsa.

Avslutande reflektioner

- Fördelar med det digitala formatet.
- Ett ämne som engagerar och väcker känslor.
- Flera deltagare kan på olika sätt relatera till frågan om psykisk ohälsa.
- Tydligt att en av de allra största aktörerna och arenorna för ungdomarna är skolan.
- Krävs ett fungerande samspel mellan regionen och länets kommuner för att nå ut till och kunna stötta ungdomar som har behov av olika insatser.





- Medborgardialogen har omfattat sex samtalsområden:
Attityder, covid-19, information och kunskap kring psykisk hälsa och vård vid psykisk hälsa, bemötande från vården, önskvärt samt förbättringsområden.

Diskussionsfrågor för varje frågeområde:

- **Är de synpunkter som kommer fram de som du hade förväntat dig?**
- **Är det några synpunkter som överraskar dig?**
- **Är det några synpunkter du saknar?**

Avslutande sammanfattande frågor:

- **Vad tänker du är de viktigaste medskicken som Beredningen bör ge till förvaltningen?**
- **Vad tänker du är de viktigaste medskicken som Beredningen bör ge till Hälso- och sjukvårdsnämnden?**
- **Hur kan vi som politiker framåt fånga in hur unga tänker om psykisk ohälsa?**

