

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2018-06-05, kl 13:00

Plats: Sal A, Regionens hus

Ärenden

- 1 Val av protokollsjusterare
- 2 Fastställande av dagordning
- 3 Anmälan av informationshandlingar - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2018 2018/38
- 4 Anmälan av delegationsbeslut - Nämnden för folkhälsa och sjukvård 2018 2018/33
- 5 Inkomna promemorior, remisser och motioner

Informationsärenden och aktuellt

- 6 Information om Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Föredragande Micael Edblom, sjukvårdsdirektör
- 7 Information om personalfrågor
Föredragande Joakim Silva, HR-direktör
- 8 Information om mätetal inom tandvården
Föredragande Jonatan Vincent, controller
- 9 Besök av regionrevisionen, Östen Johnsson, Magnus Hellström, Maria Lundblom Bäckström och Nenus Jidah, revisionschef samt Mia Suntila, adm samordnare, kl 15:00-15:30
- 10 Information om Dataskyddsförordningen - GDPR
Föredragande Alexandra W Kelemen, projektledare GDPR och Johan Cederlund, regionjurist
- 11 Aktuell information
- 12 Presidiets protokoll
- 13 RJL2018/223 Budget och verksamhetsplan 2019 med flerårsplan 2020-2021 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2018-06-05, kl 13:00

- 14 Rapport från konferenser – Helena Stålhammar, Barnrättsdagarna 2018, 24-25 april i Örebro, Britt Johansson och Sibylla Jämting, Elmia Äldre 25 april i Jönköping, Erik Lagärde, Funktionshinderkonferens 24-25 maj i Båstad, Maria Frisk, Rachel De Basso, Elisabeth Töre och Helena Stålhammar, Utvecklingskraft 30-31 maj i Jönköping
- 15 Frågor
- 16 Information om Tertialrapport 1 2018 inkl verksamhetsområden samt månadsrapport

Beslutsärenden för nämnden

- | | | |
|----|---|-----------|
| 17 | Utredning - Ambulanssjukvården 2018 | 2018/1334 |
| 18 | Remiss- Ds Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården | 2018/698 |
| 19 | Tertialrapport 1 2018 | 2018/231 |

Övrigt

- 20 Övriga frågor

Kallade**Ordinarie ledamöter:**

Frisk Maria, (KD), ordf
Stålhammar Helena, (C), 1:e v ordf
Eskdahl Marcus, (S), 2:e v ordf
Bäuml Thomas, (M)
Forsberg Mona, (S)
Melin Lis, (M)
Tobias Gyllensten, (S)
Nilsson Bertil, (M)
Törnqvist Desiré, (S)
Andersson Marianne, (KD)
Eliasson Eva, (S)
Ekström Jimmy, (L)
Jämting Sibylla, (MP)
Töre Elisabeth, (V)
Karlsson Anne, (SD)

För kännedom**Ersättare:**

Lagärde Erik, (KD)
Walfridsson Emilie, (C)
Ardita Berisha, (S)
Johansson Britt, (M)
Olausson Lars-Uno, (S)
Andersson Birgit, (M)
De Basso Rachel, (S)
Wengholm Malin, (M)
Tottas Evaggelos, (S)
Emme Nils-Erik, (KD)
Wågman Erik, (S)
Svensson Bernt, (L)
Carlsson Kajsa, (MP)
Eriksson Bengt-Ove, (V)
Winberg Anita, (SD)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2018-06-05, kl 13:00

Tjänstemän

Jansmyr Agneta, regiondirektör
Bojestig Mats, hälso- och
sjukvårdsdirektör
Bertov Kristina, chefscontroller
Lindgren Lena, nämndsekreterare

Fackliga företrädare

Svensson Birgitta, Kommunal

Gruppledare

Wengholm Malin, (M)
Frisk Maria (KD)
Backlund Rune, (C)
Ekström Jimmy, (L)
Ödebrink Carina, (S)
Jämting Sibylla (MP)
Ekvall Mikael, (V)
Godrén Samuel, (SD)

Fackliga företrädare

Sjögren Carina, Kommunal

Sammanställning av anmälda informationshandlingar till Nämnd för FS – 2018-06-05

Ärendetyp	Ärenderubrik
Protokoll delegationer	
Motioner	
Remisser (inkomna för beredning)	
Inkomna handlingar	
Utgående skrivelser	RJL2018/1112Yttrande över remiss – ändring i föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel samt föreskrifter om ambulanssjukvård Dnr 4.1-10732/2018
Övrigt	RJL2018/1189 Justering av delegationsordning i samband med Dataskyddsförordningens införande RJL2018/121 Protokollsutdrag RS 2018-05-08 § 99, Ombyggnad för 3-tela på Länssjukhuset Ryhov Åtgärder för måluppfyllelse, Verksamhetsområde Medicinsk vård, Verksamhetsområde Kirurgisk vård, Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik och Tillgängligheten i Folktandvården Protokollsutdrag fs-pres 20180523 och sammanställning över stipendieutdelning till omvårdnadselever, vt 2018 Svar på skrivelse från patientnämnden RJL2018/797 Svåra besked i hälso- och sjukvården samt protokollsutdrag fs-pres 20180523 Protokollsutdrag fs-pres 20180523 Struktur och bättre information angående PSA-prov
Regeringsbeslut	
Beslut från Inspektionen för vård och omsorg, IVO	RJL2017/3348 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende vård och behandling RJL2017/3183 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende felaktig vård och behandling RJL2017/1955 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder med anledning av vad som framkommit i tillsynen RJL2017/2193 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende vård och behandling RJL2017/234 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende brister i vård och behandling samt bristande bemötande RJL2017/3605 Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avseende bristande vård och

	behandling RJL2018/197 IVO avslutar ärendet med följande ställningstagande: IVO bedömer att de åtgärder som vårdgivaren Region Jönköpings län har redovisat är genomförda. I några ärenden var de redovisade åtgärderna delvis genomförda men IVO bedömer att i dessa ärenden pågår fortlöpande arbete. IVO avslutar därför ärendet. RJL2017/1008 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet. IVO planerar att följa upp tillsynen under hösten 2018. Nyinkomna IVO-ärenden 2018-04-01--2018-04-30. Patientärenden: RJL2018/1002, RJL2018/1003, RJL2018/1103, RJL2018/1106 och RJL2018/1121
Beslut m.m. från Socialstyrelsen	
Cirkulär från SKL	
Beslut från SKL	
Arbetsmiljöverket	
Sveriges Europakontor Småland-Blekinge	
Patientföreningar, Läns pensionärsrådet (LPR), Länsrådet för funktionsnedsättningar (LFF), m.m.	Förslag budget 2019, LFF Protokoll LFFF 2018-05-03
Övrigt	Länk för nedladdning: Svenska Intensivvårdsregistrets årsrapport för 2017

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Anmälan av delegationsbeslut

Delegationsbeslut som är fattade på vidaredelegation under 2018-04-17—05-29 anmäls här, enligt bilaga till nämnd för folkhälsa och sjukvård.

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr

Sammanställning av anmälda vidaredelegationsbeslut till nämnden för Folkhälsa och sjukvård

(för tiden 2018-04-17 – 2018-05-29)

Ärendetyp	Ärenderubrik	Diarienummer	Beslutsdatum	Beslutsdelegat
FS 4.6.1	Beslut att inte lämna ut allmän handling för RJL 2018/1133	RJL 2018/702	2018-04-20	Charlotta Larsdotter

Dokument

Utskriftsdatum: 2018-04-27

Utskriven av: Lisa Melander

Diarieenhet: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Promemoria April

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	Dokumenttyp
92793	K	Yttrande över promemorian En ny inriktning för beskattning av tung lastbilstrafik	Åslög Kantelius
2018-04-06		Finansdepartementet	Regionens åtagande
RJL 2018/770		En ny inriktning för beskattning av tung lastbilstrafik	TJÄNSTESKRIVELSE
93532	K	Promemoria En ny inriktning för beskattning av tung lastbilstrafik	Åslög Kantelius
2018-04-18		Nämnd för trafik, infrastruktur och miljö	Regionens åtagande
RJL 2018/770		En ny inriktning för beskattning av tung lastbilstrafik	MISSIV
93687	K	Regionstyrelsens arbetsutskott § 83 - Promemoria - En treårig utbildning för tandhygienistexamen	Lena Strand
2018-04-20		Regionstyrelsen	Regionens åtagande
RJL 2018/502		Remiss - Förslag till treårig utbildning för tandhygienistexamen	BESLUT

Dokument

Utskriftsdatum: 2018-04-27

Utskriven av: Lisa Melander

Diarieenhet: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Remiss April 2018

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	Dokumenttyp
92895	K	Konsekvensutredning cykeltävling Nässjö Grand Prix 2018	Karin Henriksson
2018-04-09		Länsstyrelsen i Jönköpings län	Länstrafiken
RJL 2018/582		Ansökan om tillstånd till cykeltävling på väg, Nässjö Grand Prix 2018	REMISS
2018.3579	I	Handlingsplan - Gång och cykelplan för Eksjö kommun	Elisabet Eriksson
2018-04-03		Eksjö kommun	Regionens åtagande
RJL 2018/969		Remiss - Gång och cykelplan för Eksjö kommun	REMISS
2018.3688	I	Detaljplan Kortebo 4.9, Strandängen, Jönköping	Karin Henriksson
2018-04-05		Jönköpings kommun	Länstrafiken
RJL 2018/990		Detaljplan Kortebo 4.9, Strandängen, Jönköping	REMISS
2018.3862	I	Remiss - Konsekvensutredning - Förslag till föreskrifter om ett kombinerat urvalsförfarande för tillstånd att använda radiosändare i 700 MHz-bandet	Linda Byman
2018-04-09		Post- och telestyrelsen	Regionens åtagande
RJL 2018/1017		Remiss - Förslag till föreskrifter om ett kombinerat urvalsförfarande för tillstånd att använda radiosändare i 700 MHz-bandet	REMISS
2018.3916	I	Remiss - Slopning av del av spår 25, Värnamo	Linda Byman
2018-04-10		Trafikverket	Regionens åtagande
RJL 2018/1039		Remiss - Samråd för slopning av del av spår 25 i Värnamo	REMISS
2018.3991	I	Ironman 2018	Karin Henriksson
2018-04-12		Länsstyrelsen i Jönköpings län	Länstrafiken
RJL 2018/1062		Ironman 2018	REMISS
2018.3992	I	Remiss - Terminologiremiss inom särskild sjukvårdsledning	Evelina Örn
2018-04-12		Socialstyrelsen	Regionens åtagande
RJL 2018/1061		Terminologiremiss inom särskild sjukvårdsledning	REMISS
2018.4227	I	Granskning, detaljplan Gisle mfl Gislaveds kommun	Karin Henriksson
2018-04-18		Gislaveds kommun	Länstrafiken
RJL 2017/2815		Detaljplan för Gisle mm Gislaveds kommun	REMISS
2018.4237	I	Remiss - Ändring i föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel samt föreskrifter om	Evelina Örn

2018-04-18		ambulanssjukvård	
RJL 2018/1112		Socialstyrelsen, Rättsavdelningen	Regionens åtagande
		Remiss - Ändring i föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel samt föreskrifter om ambulanssjukvård	REMISS
2018.4323	I	Remiss - Neonatal screening för SCID - svår kombinerad immunbrist	Lena Strand
2018-04-20		Socialstyrelsen	Regionens åtagande
RJL 2018/1138		Neonatal screening för SCID - svår kombinerad immunbrist	REMISS
2018.4363	I	Detaljplan för del av Kärnekulla 1:4 mfl Habo	Karin Henriksson
2018-04-23		Habo kommun	Länstrafiken
RJL 2015/846		Planprogram för del av Kärnekulla 1.4 Habo kommun	REMISS

Sammanträde 180506 mellan Regionrevisionen och Nämnden för folkhälsa och sjukvård.
Representanter från Regionrevisionen: Maria Lundblom Bäckström, Östen Johnsson, Magnus Hellström, Nenus Jihad och Mia Suntila

1. Intern kontroll

Diskussion om nämndens arbete med intern kontroll.

2. Rätt använd kompetens.

Granskning har genomförts 2017, diskussion om rapport och åtgärder från nämnden.

3. Mål för framtidens sjukvård.

Hur sker förberedelser för Regionens mål för framtidens sjukvård avseende överföring till primärvård.

4. Regionens kostnad för hyrbemanning.

Hur går arbete att minska Regionens beroende av hyrpersonal? Har åtgärder i enlighet med åtgärdsplanen genomförts och har de gett effekt?

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 74-86

Tid: 2018-05-23, kl 08:00-09:45

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 86 Inför regionrevisionens besök i nämnden den 5 juni

Information i ärendet

Regionrevisionen framför i mail 2018-04-05 önskemål om att få träffa nämnden i samband med nämndens sammanträde den 5 juni. Vid presidiet sammanträde 2018-04-11 beslutades att nämnden ska träffa regionrevisionen den 5 juni kl 15:00-15:30. Diskussionsfrågor skickas till ledamöterna inför sammanträdet.

Beslutsunderlag

- Frågor från regionrevisionen
- Protokollsutdrag presidiet 2018-04-11

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 74-86

Tid: 2018-05-23, kl 08:00-09:45

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 78 **Utökad budget ambulanssjukvården**

Diarienummer: RJL2018/1334

Beslut

Nämnden föreslår att

- Föreslå Regionstyrelsen att inför 2019 utöka budget för ambulanssjukvård med 34,1 miljoner kronor.

Sammanfattning

En översyn har gjorts av ambulanssjukvården i länet med anledning av tidigare underskott, nytt arbetstidavtal och behov av förändrad schemaläggning. Översynen har även utgått ifrån belägningsgrad och insatstider.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2018-05-15
- Rapport om ambulanssjukvård

Beslut skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Utökad budget ambulanssjukvården

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Föreslår regionstyrelsen att inför 2019 utöka budget för ambulanssjukvård med 34,1 miljoner kronor.

Sammanfattning

En översyn har gjorts av ambulanssjukvården i länet med anledning av tidigare underskott, nytt arbetstidavtal och behov av förändrad schemaläggning.

Översynen har även utgått ifrån beläggningsgrad och insatstider.

Information i ärendet

Bakgrund

Den 1 maj 2014 blev ambulanssjukvården en länsklínik. Den kostnadsnivå som fanns då ambulanssjukvården blev länsklínik, kompenserades inte fullt ut i budgeten. Man erhö11 17 miljoner kronor utöver tidigare budget, men då budgetunderskottet var 22 miljoner kronor blev utgångsläget minus 5 miljoner kronor. I bokslutet för 2015 överskred ambulanssjukvården sin budget med 8,4 miljoner kronor och 2016 överskreds budgeten med 9,9 miljoner kronor. Bokslutet för 2017 visar ett underskott på 15,4 miljoner kronor.

Översyn

En översyn har gjorts med målsättningen att belysa möjliga förändringar som kan förbättra ambulanssjukvården och säkra en jämlik vård i hela länet, dels se konsekvenser av införandet av schemamodell med delade dygn som är infört i Jönköpingsområdet i hela länet och att dels hitta förändringar för att anpassa kostnaderna till budgetramen. Under 2018 kom även ett nytt avtal med Vårdförbundet, som avser verksamheter med krav på en arbetstidsförläggning där arbetstagare roterar mellan dag- och nattjänstgöring.

Hälso- och sjukvårdsdirektör, Mats Bojestig och sjukvårdsdirektör för medicinsk vård, Agneta Ståhl har därför gett ambulanssjukvårdens ledningsgrupp i uppdrag att återigen se över ambulansorganisationen i Region Jönköpings län, med uppdrag att ge förslag på förändringar enligt grundprinciperna nedan:

- Schemaläggning för ambulanssjukvårdens personal som medför att man inte arbetar hela dygn.
- Schemaläggningen ska vara anpassad utifrån den bemanningsstat som finns idag. Om det, för att uppnå detta, krävs en förändring av ambulansers placering och/eller tjänstgöring under dygnet, ska tänkbara konsekvenser kring detta beskrivas.
- Jour ska förekomma på ambulanser med låg belastning.
- Ge förslag på om man kan optimera styrningen av ambulanserna genom att anpassa ambulanser som är aktiva, som kör i första hand, samt ambulanser i jour som endast tar uppdrag då annan ambulans inte finns tillgänglig inom rimligt avstånd.
- Målsättningen ska vara god tillgänglighet till ambulans i hela länet.
- Ambulanssjukvårdare ska ha sin givna plats inom länets ambulanssjukvård.
- Antalet medarbetare per områdeschef ska ses över och förslag lämnas på en jämnare fördelning.

Resultat med förslag

I rapporten presenteras data i form av beläggningsgrad, tillgänglighet, produktionsdata som volymer och insatstider samt ekonomiskt underskott. Därefter presenteras förslag till förändringar samt riskbedömningar. Tre förslag, ett grundförslag och två alternativ presenteras.

Grundförslaget innebär att ambulansverksamheten behöver tillföras medel för befintligt underskott, (15,4 miljoner kronor), förändring i avtal med SOS-Alarm (3 miljoner kronor) och ökade kostnader för avskrivning (2,6 miljoner kronor). I detta förslag flyttas resurser från natt till dag och det finns ett behov av ytterligare två ambulansfordon (varav ett finns i budget 2018). Kostnad för ytterligare en bil är 0,9 miljoner kronor per år. Grundförslaget innebär behov av utökning av budget med 21,9 miljoner kronor per år.

Alternativ 1 innebär nyanställning av cirka 8 medarbetare. Med denna utökning kan nuvarande ambulansresurser behållas. Schemaförslag läggs på delad dygnstjänstgöring (eventuellt dygn under helger). Jour läggs på ambulanser med lägre beläggning. Fler ambulanser får aktiv nattarbetstid. All personal i länet får en gemensam arbetstidsmodell. Veckoarbetstiden kommer variera mellan 34.2 - 38.15 timmar plus jour, beroende på andelen nattarbetstid. Ambulansresursen ut mot invånarna blir oförändrat jämfört med idag. Detta förslag påverkar verksamheten minst och är kostnadseffektivt. De 8 nya medarbetarna innebär en kostnad på 6,15 miljoner kronor. Alternativ 1 innebär behov av utökning av budget med 27,2 miljoner kronor per år.

Alternativ 1 kan kompletteras med två dagambulanser. Två bemannade dagambulanser kostar 7,8 miljoner kronor (9 medarbetare). En bemannad dygnsamambulans kostar 7,7 miljoner kronor. Två ytterligare dagambulanser

förväntas ge mer effekt på insatstiderna än en dygnsambulans. För invånarna skulle minskade insatstider vara positivt och kostnaden är i stort sett densamma. Alternativ 1 med ytterligare 17 medarbetare och två bemannade dagambulanser innebär behov av utökning av budget med 34,1 miljoner kronor per år.

Alternativ 2 innebär nyanställning av cirka 32 medarbetare. Med denna utökning kan nuvarande ambulansresurser behållas. All personal i länet får en gemensam arbetstidsmodell. Schemaförslag läggs på delad dygnstjänstgöring även på helger. Ingen jourtjänstgöring, vilket innebär att samtliga ambulanser har aktiv arbetstid dygnet runt. Veckoarbetstiden blir 34,2 timmar för sjuksköterskor, och 37,0 timmar för ambulanssjukvårdare. Förslaget ger en möjlighet till utökning av ambulansresurs dagtid måndag-fredag (uppskattningsvis två dagbilar) eftersom det blir en övertalighet av personal under veckorna, då helgtjänstgöring två av fem helger för alla medarbetare kräver mer personal totalt. Fordonsresurs för detta finns inte idag utan måste då införskaffas. Kostnad för 32 nya medarbetare är 24,6 miljoner kronor. Total kostnad är 45,6 miljoner kronor. Med denna schemaläggning blir det ett överskott av personal under veckorna som kan bemanna ytterliga två dagbilar (varav ett fordon finns i budget 2018) till en kostnad av ytterligare 0,9 miljoner kronor (46,5 miljoner kronor). Alternativ 2 innebär behov av utökning av budget med 46,5 miljoner kronor per år.

Enligt budgetskrivning 2018 ska en ny fullvärdig ambulans tillföras verksamheten. I beräkningarna ovan har tillförda medel för fordonet räknats med i samtliga alternativ.

Ambulanssjukvårdens ledningsgrupp anser att ambulanssjukvården i ett längre perspektiv bör gå mot att helt avskaffa dygnstjänstgöring, vilket är möjligt med utökad personalstat enligt alternativt förslag 2.

Förslag

Det alternativ som efter genomgång tillsammans med sjukvårdsdirektör och ekonomidirektör förordas utifrån översynen är alternativ 1, kompletterat med två bemannade dagambulanser.

Med utökningen av antalet medarbetare kan ambulansflottan bibehållas som idag och resurser behöver inte flyttas från natten till dagen. De två dagambulanserna kommer att placeras så att de tillsammans med befintliga ambulanser ger bästa möjliga tillgänglighet i hela länet, vilket innebär att insatstider kan minskas.

Alternativ två skulle innebära väsentligt högre kostnader samt risk för ökad brist på sjuksköterskor i Region Jönköpings läns verksamhet.

Alternativ 1 med två bemannade dagambulanser innebär behov av utökning av budget med 34,1 miljoner kronor per år.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2018-05-15
- Rapport om ambulanssjukvård

Beslut skickas till

Regionstyrelsen

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Uppdrag Ambulanssjukvården

Författare: Ambulanssjukvårdens ledningsgrupp

Verksamhetsområde: Medicinsk vård

Arbetsplats/enhet: Ambulanssjukvården

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
1. Förord	1
2. Bakgrund och uppdrag.....	1
2.1 Bakgrund	1
2.2 Uppdraget	2
3. Samverkan.....	3
4. Metod.....	3
5. Resultat.....	3
5.1 Sammanfattande produktionsstatistik	3
5.1.1 Beläggningsgrad.....	3
5.1.2 Tillgänglighet	13
5.1.3 Produktionsdata	19
5.2 Ekonomi	22
5.3 Förslag till förändring av tjänstgöringstider per ambulans	22
5.3.1 Förändring utifrån nuvarande tjänstgöring per ambulans	22
5.3.2 Schemaläggning utifrån ovanstående förslag.....	24
5.3.3 Sidoeffekter	24
Positiva, och troligen nödvändiga, sidoeffekter	24
Negativa sidoeffekter	24
5.4 Ledningsgruppens konsekvensanalys – verksamhetsförändring ambulans enligt ovan ..	24
5.4.1 Jönköping-Habo-Mullsjö	24
Förslag för planerad förändring.....	24
Beskrivning av förändring.....	25
Berörd personal	25
Riskbedömning.....	25
5.4.2 Tranås- Aneby	27
Förslag för planerad förändring.....	27
Beskrivning av förändring.....	27
Berörd personal	27
Riskbedömning.....	27
5.4.3 Vaggeryd- Gislaved-Värnamo	28
Förslag för planerad förändring.....	28
Beskrivning av förändring.....	28
Berörd personal	28
Riskbedömning.....	28
5.4.4 Eksjö-Nässjö-Sävsjö-Vetlanda.....	29
Förslag för planerad förändring.....	29
Beskrivning av förändring.....	29
Berörd personal	29
Riskbedömning.....	29
5.4.5 SOS-alarms konsekvensanalys utifrån ovanstående förslag	30
5.4.6 Antal medarbetare per chef	30

5.4.7	Ambulanssjukvårdare.....	31
6.	Diskussion	31
6.1	Alternativt förslag 1	32
6.2	Alternativt förslag 2	32
6.3	Summering av alternativa förslag:	32
6.4	Kostnader.....	32

1. Förord

Ambulansens ledningsgrupp har erhållit detta uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören och sjukvårdsdirektören för verksamhetsområde Medicinsk vård. Ambulansens ledningsgrupp består av:

- Thomas Johansson
- Rickard Joneman
- Wilhelm Alstermark
- Mats Kraft
- Helena Östblom
- Fredrik Hegg
- Marcus Grahnat

2. Bakgrund och uppdrag

2.1 Bakgrund

1996 genomfördes en utredning avseende ambulanssjukvårdens framtida utformning i Jönköpings län. Utredningen antogs av dåvarande Landstingsfullmäktige och beslut togs om att återta verksamheten i egen regi då verksamheten tidigare har drivits av länets kommuner på entreprenad. Under 2013 genomfördes ytterligare en utredning avseende ambulanssjukvården. Den 1 maj 2014 blev ambulanssjukvården en länsklirik. Den kostnadsnivå som fanns, då ambulanssjukvården blev länsklirik, kompenserades inte fullt ut i budgeten. Man erhö11 17 miljoner kronor utöver tidigare budget, men då budgetunderskottet var 22 miljoner kronor blev utgångsläget minus 5 miljoner kronor. I bokslutet för 2015 överskred ambulanssjukvården sin budget med 8,4 miljoner kronor och 2016 överskreds budgeten med 9,9 miljoner kronor. Bokslutet för 2017 visar ett underskott på 15,4 miljoner kronor.

Under 2015/2016 infördes en ny schemamodell för medarbetarna inom ambulansområde Jönköping där schemalagd arbetstid ersatte jourtjänstgöring. Den arbetstidsmodell som infördes i ambulansområde Jönköping innebar att jourtid i schemat togs bort, vilket ger en minskad tid på arbetsplatsen från ca 44 timmar/vecka till 38,25 timmar/vecka för sjuksköterskor och till 37 timmar/vecka för ambulanssjukvårdare. I ambulansområde Jönköping tillämpas delat dygn men med dygnstjänstgöring på helger och på Habostationen. Denna schemamodell ger mindre helgtjänstgöring med två av fem helger istället för varannan helg. timmar/vecka

Under 2016 gavs ett uppdrag till dåvarande verksamhetschef för ambulanssjukvården, Daniel Lilja och verksamhetsstrateg Wilhelm Alstermark, att återigen se över ambulansorganisationen i Region Jönköpings län. Målsättningen med uppdraget var att belysa möjliga förändringar som kan förbättra ambulanssjukvården och säkra en jämlik vård i hela länet, dels se konsekvenser av införandet av schemamodell med delade dygn som är infört i Jönköpingsområdet i hela länet och att dels hitta förändringar som gör att vi kan anpassa kostnaderna till de budgetramar vi har att förhålla oss till. Uppdraget rapporterades under 2017 och gav rekommendationen att medel bör tillföras ambulanssjukvården motsvarande 10 miljoner för att täcka verksamhetskostnader, samt tre miljoner kronor för en ny schemamodell i ambulansområde Värnamo. Således totalt 13 miljoner kronor för 2017. Detta

under förutsättning att Höglandet behåller nuvarande schemaläggning med dygnstjänstgöring och jour. Ingen hänsyn är tagen till det nya avtalet med Vårdförbundet.

Inom ambulanssjukvården idag är resurstillgång och resursåtgång icke överensstämmande. Bokslutet för 2017 visar ett underskott på 15,4 miljoner kronor där personal står för cirka 5,6 miljoner kronor motsvarande cirka 7 årsarbetare.

Önskemål finns från Vårdförbundet och flertalet medarbetare i övriga ambulansområden att införa samma schemamodell som finns i Jönköping.

I ambulansområde Värnamo arbetar personalen dygn med jour upp till 47 timmar/vecka. En stor förväntan finns bland personalen och fackliga representanter i ambulansområde Värnamo, att få samma arbetstidsmodell som finns i Jönköping. Personalansvaret för områdeschefen Värnamo ambulansområde är cirka 54 medarbetare.

I ambulansområde Höglandet arbetar personalen dygn med jourtjänstgöring upp till 47 timmar/vecka. Även här finns en förväntan hos en del av medarbetarna att få samma arbetstidsmodell som finns i Jönköping. Personalansvaret för områdeschefen Höglandets ambulansområde är cirka 82 medarbetare.

Nytt avtal Vårdförbundet 2018

Källa: Huvudöverenskommelse om lön och allmänna anställningsvillkor samt rekommendation om lokalt kollektivavtal m.m. – HÖK 16

Bestämmelsen avser verksamheter med krav på en arbetstidsförläggning där arbetstagare roterar mellan dag- och nattjänstgöring. För heltidsanställd i sådan verksamhet med ordinarie arbetstid förlagd till vardag såväl som sön- och helgdag eller till vardag och helgdag, som har arbetstid förlagd till såväl dag som natt, så kallad rotationstjänstgöring, gäller följande under aktuell beräkningsperiod:

- När nattpassen utgör minst 20 procent av den totala arbetstiden för heltidsanställd arbetstagare ska den genomsnittliga veckoarbetstiden inom beräkningsperioden utgöra 36 timmar och 20 minuter.
- När nattpassen utgör minst 30 procent av den totala arbetstiden för heltidsanställd arbetstagare ska den genomsnittliga veckoarbetstiden inom beräkningsperioden utgöra 34 timmar och 20 minuter.

Om den schemamodell som idag finns i Jönköpings ambulansområde införs i hela länet med samtidig hänsyn till det nya avtalet med Vårdförbundet, som träder i kraft 1 april 2018 gällande nattarbete och veckoarbetstid, så krävs det ett resurstillskott på cirka 32 nya medarbetare.

2.2 Uppdraget

Med ovanstående som bakgrund ger hälso- och sjukvårdsdirektören och sjukvårdsdirektören för verksamhetsområde Medicinsk vård ett uppdrag till ledningsgruppen för ambulanssjukvården under ledning av Thomas Johansson, tillträdande verksamhetschef ambulanssjukvården från och med 1 februari 2018, att återigen se över ambulansorganisationen i Region Jönköpings län, med uppdrag att ge förslag på förändringar enligt grundprinciperna nedan:

- Schemaläggning för ambulanssjukvårdens personal som medför att man inte arbetar hela dygn.

- Schemaläggningen ska vara anpassad utifrån den bemanningsstat som finns idag. Om det, för att uppnå detta, krävs en förändring av ambulansers placering och/eller tjänstgöring under dygnet, ska tänkbara konsekvenser kring detta beskrivas.
- Jour ska förekomma på ambulanser med låg belastning.
- Ge förslag på om man kan optimera styrningen av ambulanserna genom att anpassa ambulanser som är aktiva, som kör i första hand, samt ambulanser i jour som endast tar uppdrag då annan ambulans inte finns tillgänglig inom rimligt avstånd.
- Målsättningen ska vara god tillgänglighet till ambulans i hela länet.
- Ambulanssjukvårdare ska ha sin givna plats inom länets ambulanssjukvård.
- Antalet medarbetare per områdeschef ska ses över och förslag lämnas på en jämnare fördelning.

Rapportering ska ske fortlöpande till hälso- och sjukvårdsdirektören och sjukvårdsdirektören, vilka i sin tur rapporterar till regiondirektören, ekonomidirektören och HR-direktören.

Uppdragsgivare är Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör och Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör.

Färdig rapport ska vara hälso- och sjukvårdsdirektören samt sjukvårdsdirektören tillhanda senast 2018-03-30.

3. Samverkan

Samverkan ska ske med berörda fackliga organisationer.

4. Metod

Uppdraget har kommunicerats med Vårdförbundet och Kommunal i ordinarie samverkansmöten samt ett extra tillsatt arbetsmöte för att i dialog diskutera uppdraget med de fackliga representanterna. Uppdraget har vidare kommunicerats på arbetsplatsträffar i respektive område.

Analys av produktionsdata, ekonomi och schemalösningar har gjorts i samarbete med klinikens ekonomer och HR-konsult.

Erfarenheter har även inhämtats från andra Regioner och Landsting.

Vi har haft återkommande möten med styrgruppen kring uppdraget och presenterat det material som successivt har kommit fram.

5. Resultat

5.1 Sammanfattande produktionsstatistik

5.1.1 Beläggningsgrad

Nedanstående bilder visar beläggningsgraden på respektive ambulans i Region Jönköpings län. Den första bilden visar den totala beläggningen för alla dygnsambulanser. Stationer med fler än en ambulans redovisas samt beläggningen totalt per station och per ambulans. Gula linjen visar antalet uppdrag fördelat på dygnets timmar. Den blå grafen visar beläggning, d.v.s. när ambulansen är upptagen på ett uppdrag.

Viktigt att påpeka är att ambulanssjukvården även har uppdraget att finnas i beredskap dygnet alla timmar.

Beläggning samtliga dygnsambulanser

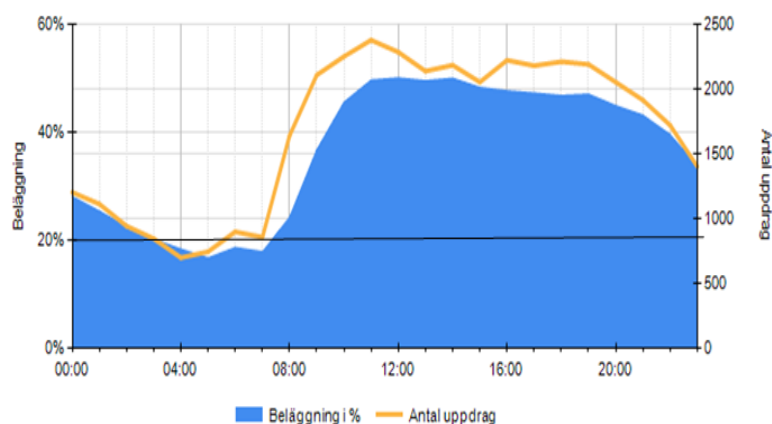
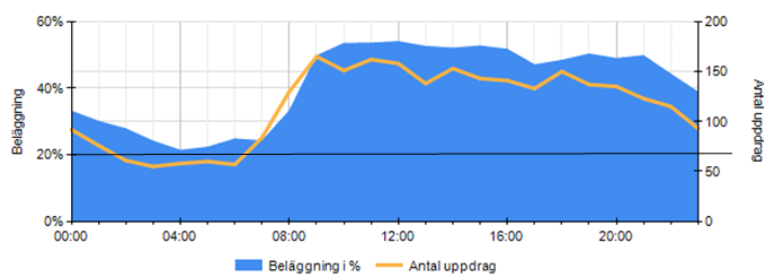


Bild 1

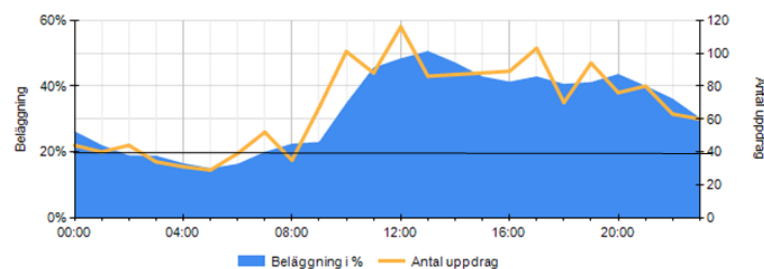
Beläggning Eksjö



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Eksjö Dygn 1	2 770	8 760	3 604,57	0,0%	41,1%
Summa	2 770	8 760	3 604,57	0,0%	41,1%

Bild 2

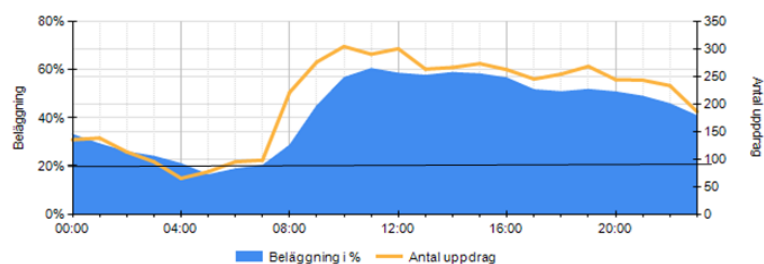
Beläggning Sävsjö



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Sävsjö Dygn	1 616	8 760	2 853,01	0,0%	32,6%
Summa	1 616	8 760	2 853,01	0,0%	32,6%

Bild 3

Beläggning Nässjö



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Nässjö Dygn 1	2 449	8 760	3 657,14	0,0%	41,7%
Nässjö Dygn 2	2 495	8 760	3 702,42	0,0%	42,3%
Summa	4 944	17 520	7 359,55	0,0%	42,0%

Bild 4

Beläggning Nässjö dygnsbil 1

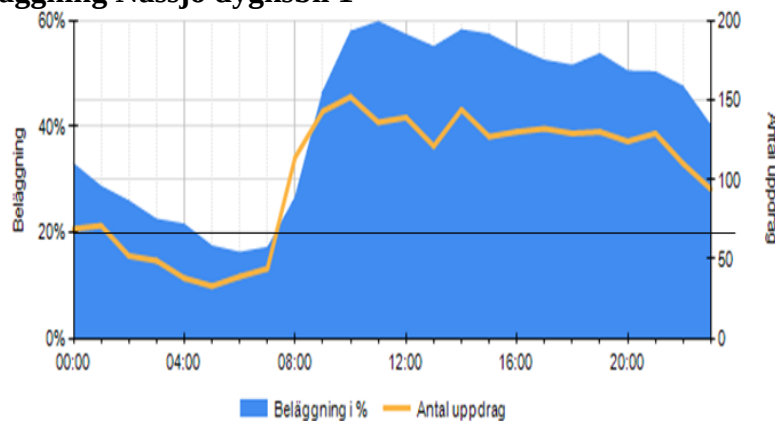


Bild 5

Beläggning Nässjö dygnsbil 2

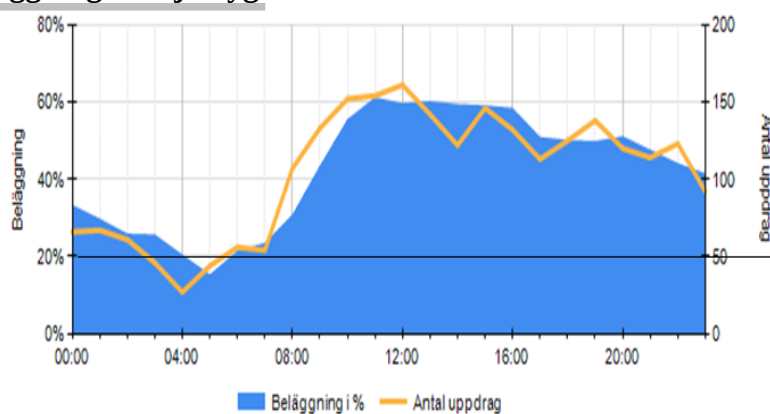
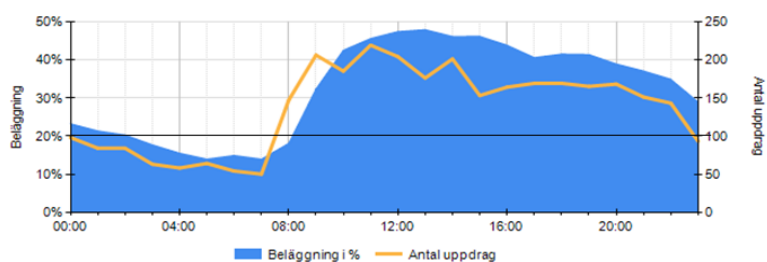


Bild 6

Beläggning Tranås



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Tranås Dygn 1	1 631	8 760	2 856,37	0,0%	32,6%
Tranås Dygn 2	1 637	8 760	2 791,56	0,0%	31,9%
Summa	3 268	17 520	5 647,94	0,0%	32,2%

Bild 7

Beläggning Tranås dygnsbil 1

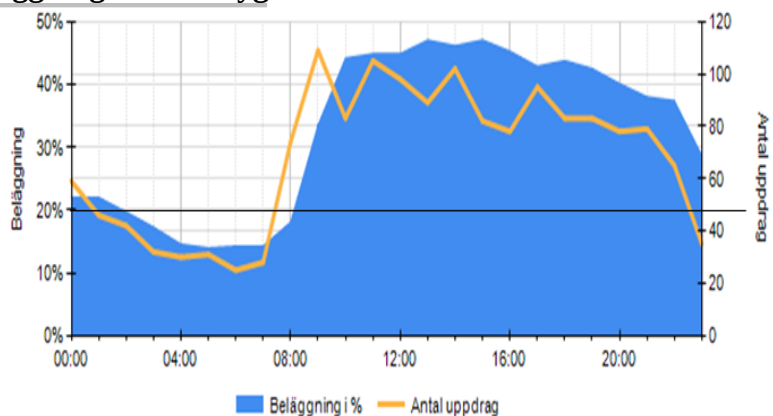


Bild 8

Beläggning Tranås dygnsbil 2

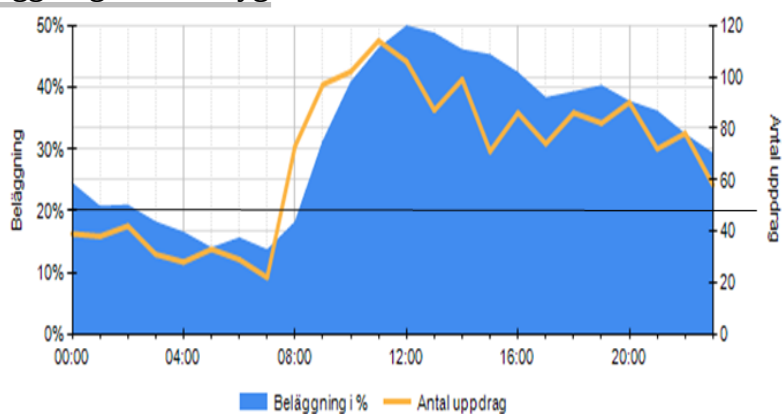
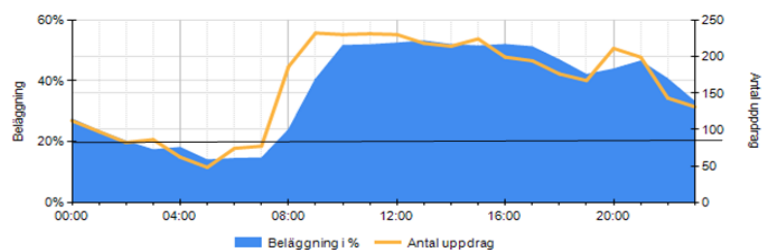


Bild 9

Beläggning Vetlanda



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Vetlanda Dygn 1	1 908	8 760	3 227,93	0,0%	36,8%
Vetlanda Dygn 2	1 915	8 760	3 217,09	0,0%	36,7%
Summa	3 823	17 520	6 445,02	0,0%	36,8%

Bild 10

Beläggning Vetlanda dygnsbil 1

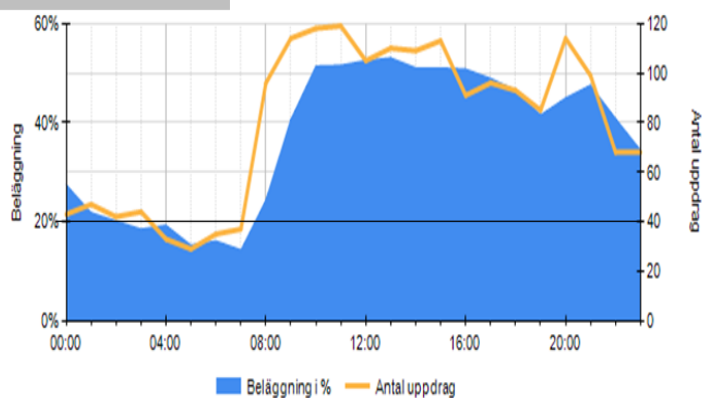


Bild 11

Beläggning Vetlanda dygnsbil 2

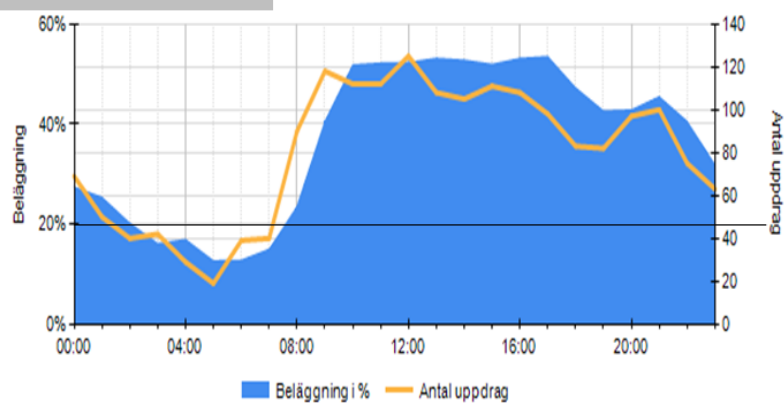
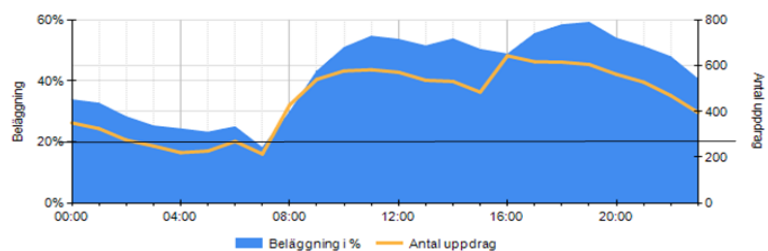


Bild 12

Beläggning Jönköping



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Jönköping Dygn 1	3 877	8 760	4 065,55	0,0%	46,4%
Jönköping Dygn 2	3 759	8 760	3 788,44	0,0%	43,2%
Jönköping Dygn 3	3 176	8 760	3 246,30	0,0%	37,1%
Summa	10 812	26 280	11 100,30	0,0%	42,2%

Bild 13

Beläggning Jönköping dygnsbil 1

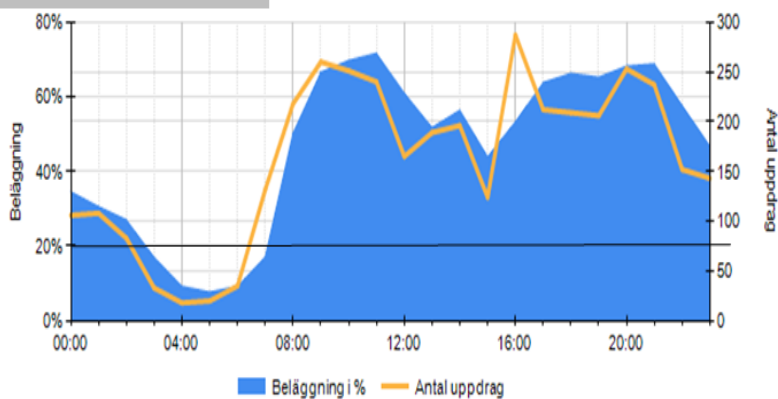


Bild 14

Beläggning Jönköping dygnsbil 2

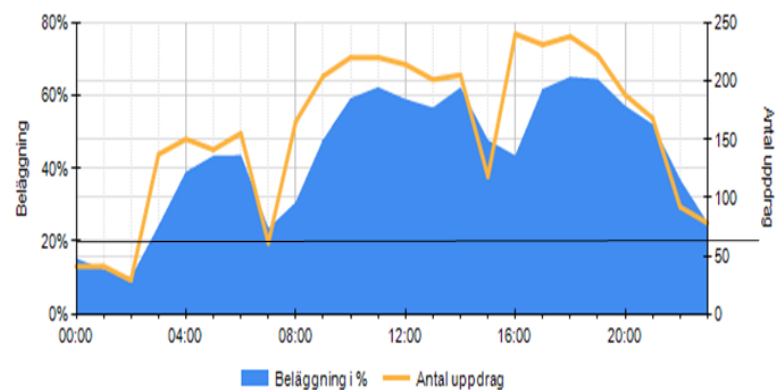


Bild 15

Beläggning Jönköping dygnsbil 3

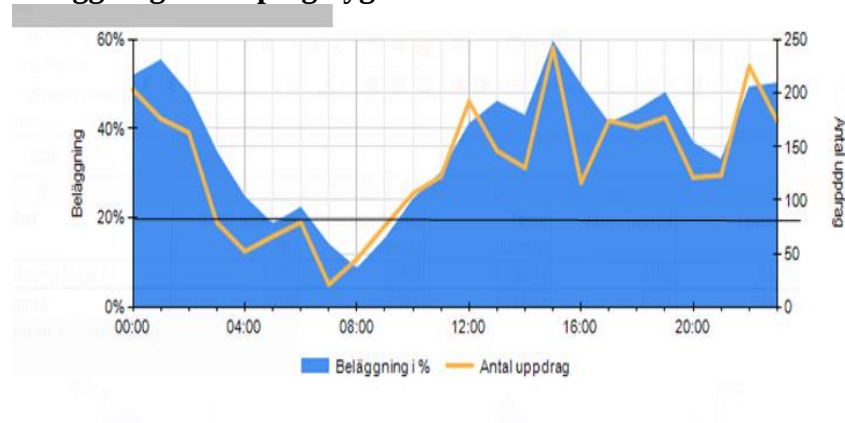
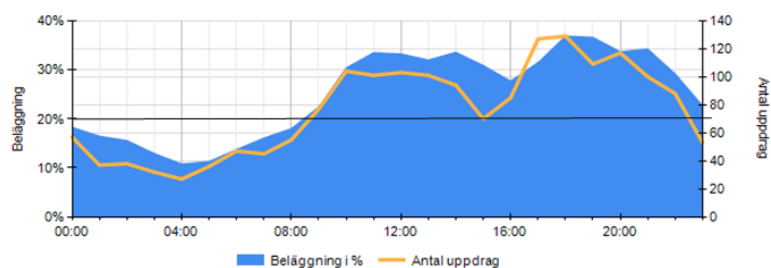


Bild 16

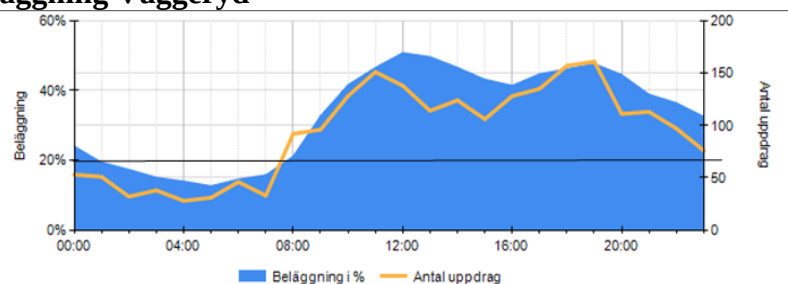
Beläggning Habo



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Habo Dygn	1 832	8 760	2 196,31	0,0%	25,1%
Summa	1 832	8 760	2 196,31	0,0%	25,1%

Bild 17

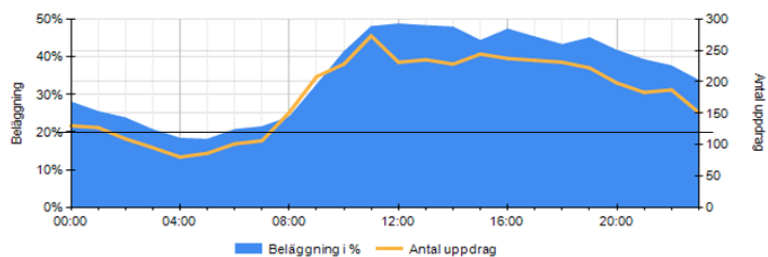
Beläggning Vaggeryd



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Vaggeryd Dygn	2 239	8 760	2 915,39	0,0%	33,3%
Summa	2 239	8 760	2 915,39	0,0%	33,3%

Bild 18

Beläggning Gislaved



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Gislaved Dygn 1	2 136	8 760	3 131,35	0,0%	35,7%
Gislaved Dygn 2	2 139	8 760	3 025,61	0,0%	34,5%
Summa	4 275	17 520	6 156,96	0,0%	35,1%

Bild 19

Beläggning Gislaved dygnsbil 1

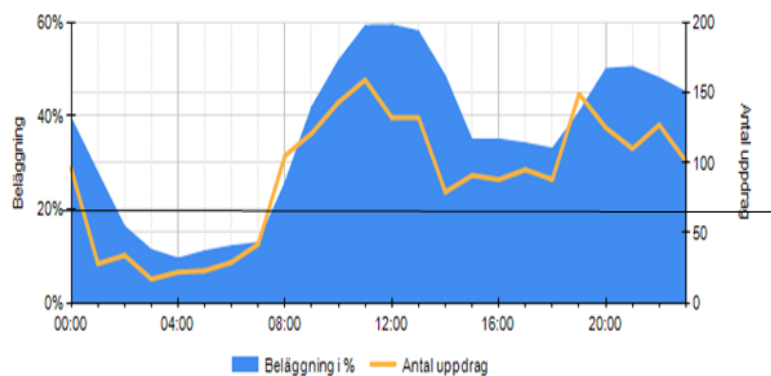


Bild 20

Beläggning Gislaved dygnsbil 2

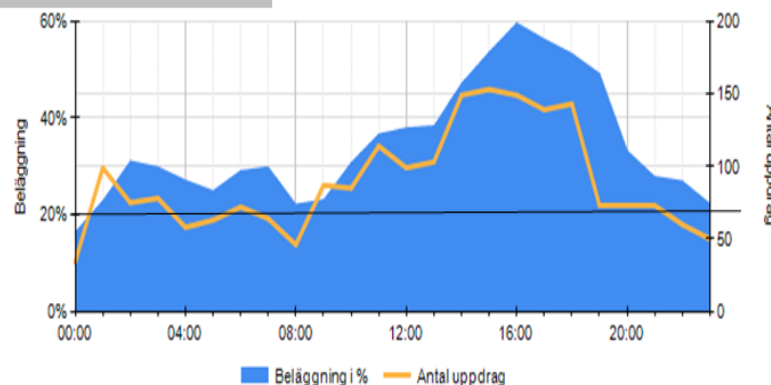
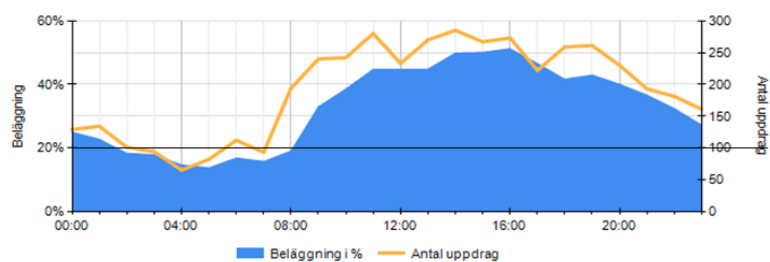


Bild 21

Beläggning Värnamo



Enhet	Antal uppdrag (st)	Tjänstgöringstid (timmar)	Beläggning		
			Totalt (timmar)	Varav övertid	I procent
Värnamo Dygn 1	2 320	8 760	3 028,21	0,0%	34,6%
Värnamo Dygn 2	2 281	8 760	2 724,93	0,0%	31,1%
Summa	4 601	17 520	5 753,14	0,0%	32,8%

Bild 22

Beläggning Värnamo dygnsbil 1

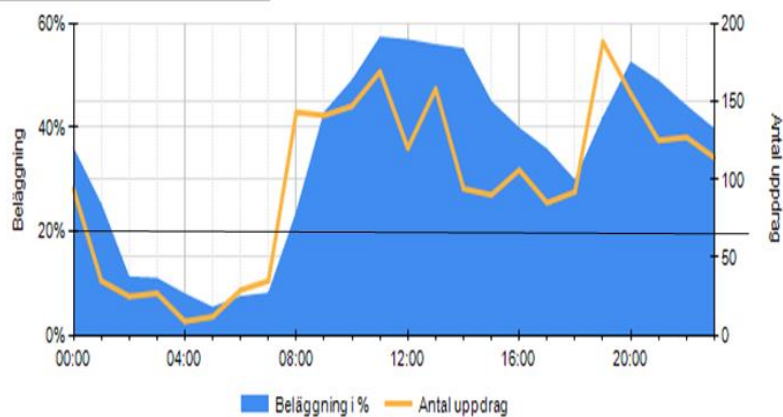


Bild 23

Värnamo dygnsbil 2

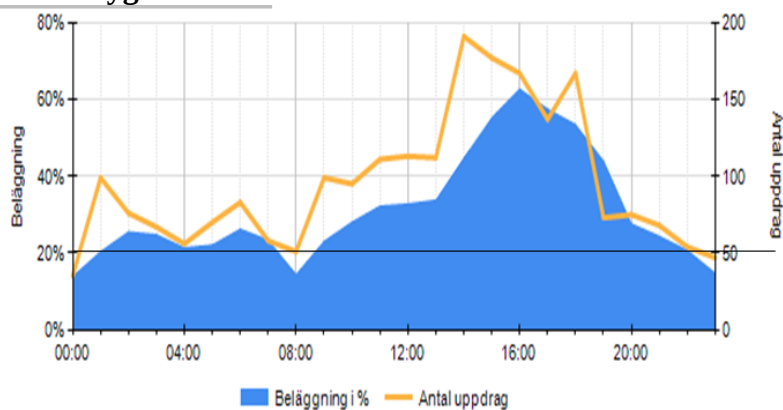


Bild 24

5.1.2 Tillgänglighet

Nedanstående bilder visar statistik över Ambulanssjukvården i Region Jönköpings län.

Antal uppdrag per station 2017 i länet

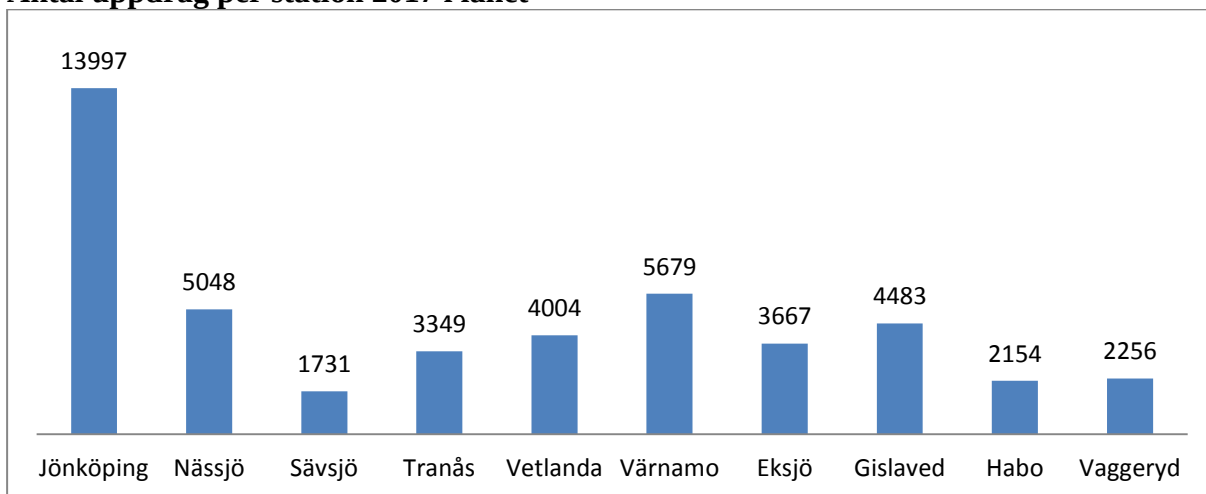


Bild 25

Antal uppdrag per veckodag på årsbasis 2017

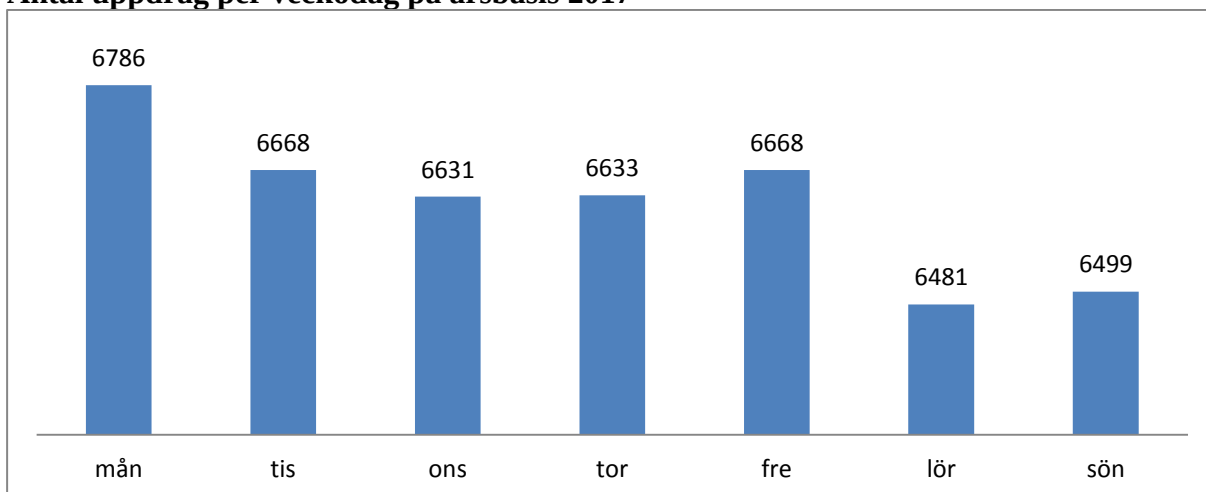


Bild 26

Antal sekundärtransporter i snitt per veckodag på årsbasis 2017

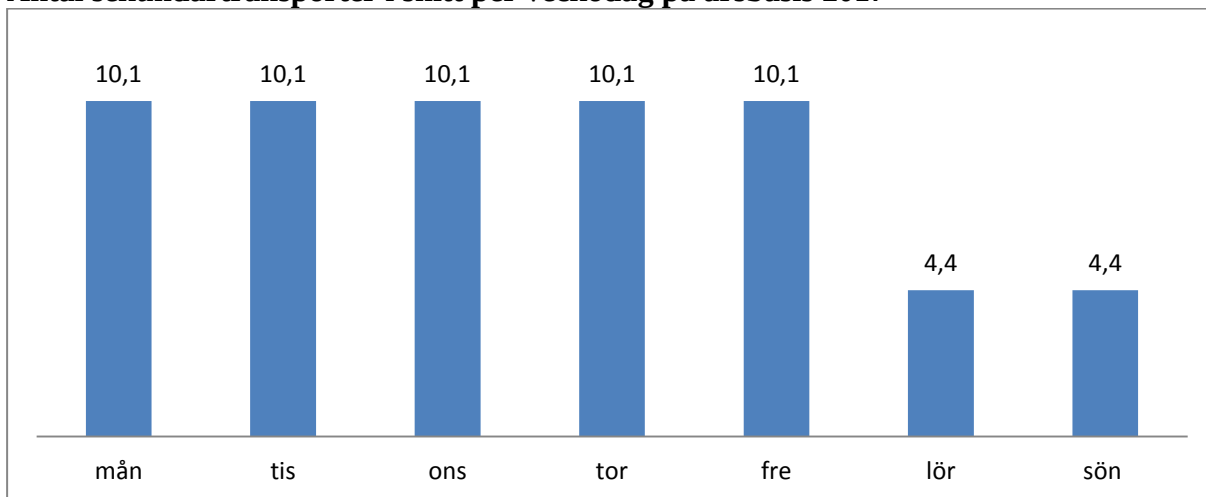


Bild 27

Andel av befolkningen som nås av ambulans i Region Jönköpings län på prio1 inom 20 min 2017

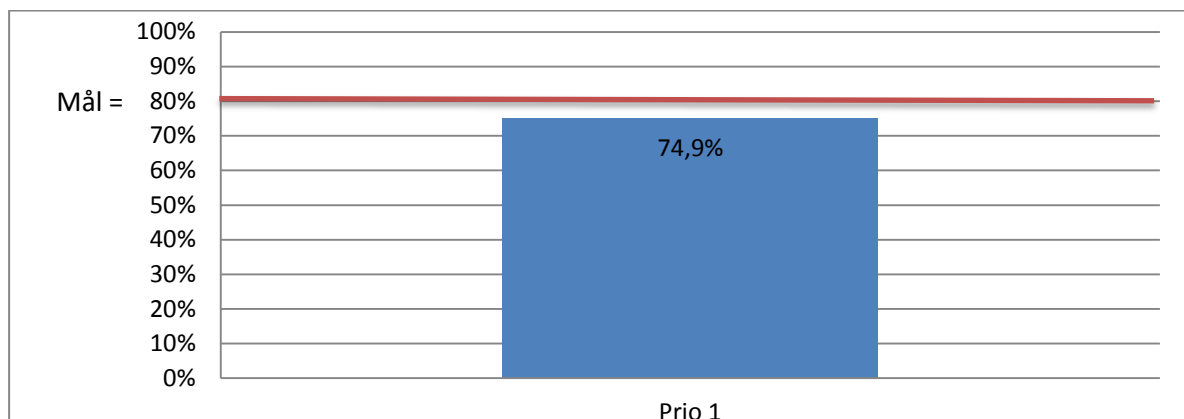


Bild 28

Tillgänglighetsmålet i Region Jönköping läns ambulansverksamhet där 80 % (nationellt mål) av befolkningen ska nås av ambulans inom 20 minuter på prio1 larm nås inte med dagens resurser.

Andel av befolkningen som nås av ambulans i Östergötlands län på prio1 inom 20 min 2017

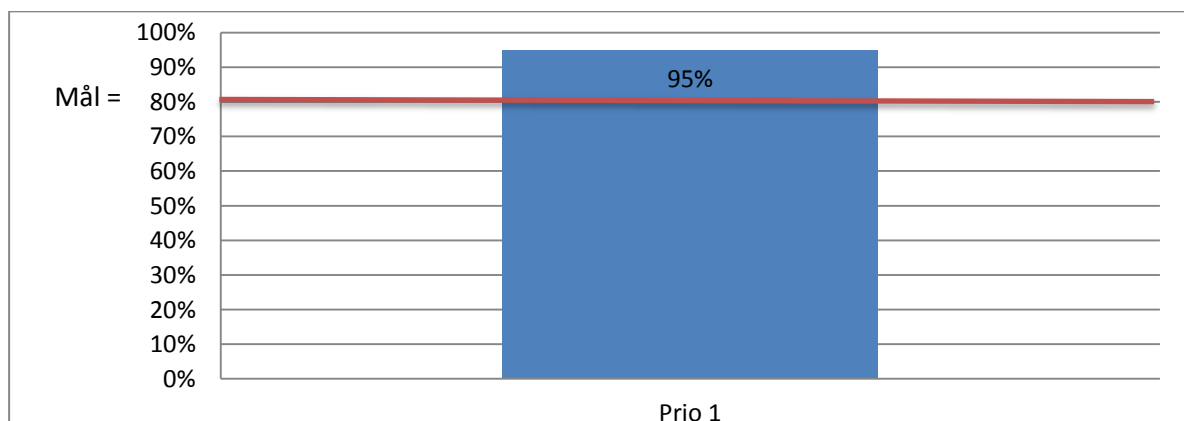


Bild 29

Data för Östergötland är tagen från Nysam 2017.

Andel av befolkningen som nås av ambulans i Hallands län på prio1 inom 20 min 2017

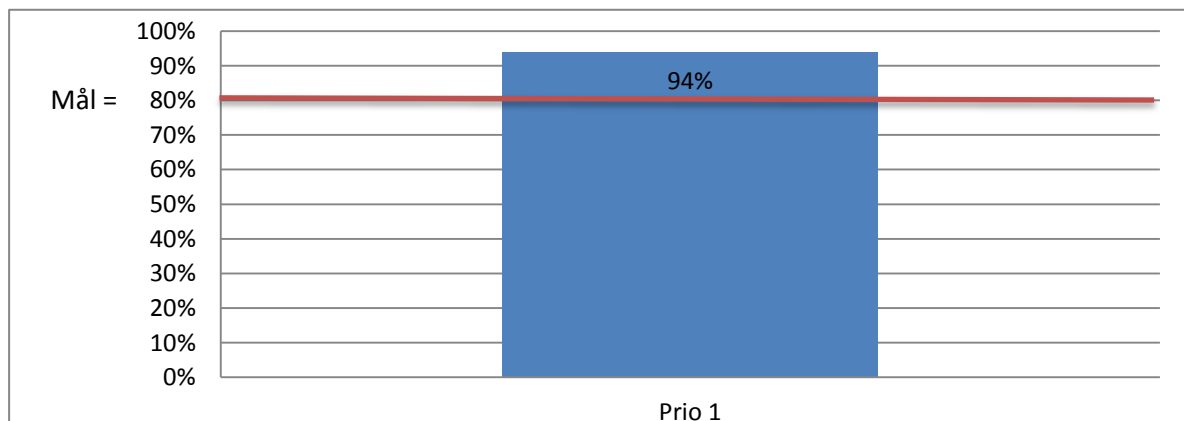


Bild 30

Data för Halland är tagen från Nysam 2017.

Andel av befolkningen som nås av ambulans i Kronobergs län på prio1 inom 20 min 2017

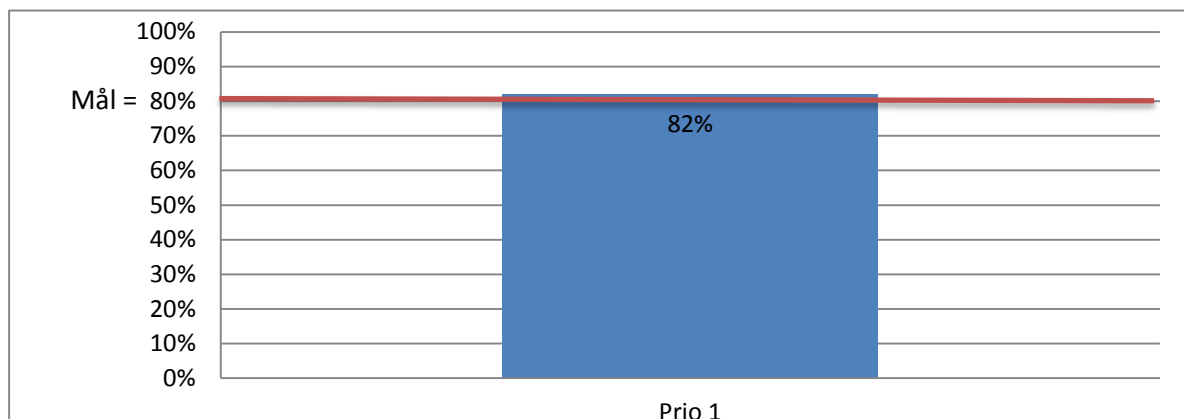


Bild 31

Data för Kronoberg är tagen från Nysam 2017.

Antal uppnådda och totalt antal uppdrag kommunvis på prio1 inom 20 min 2017

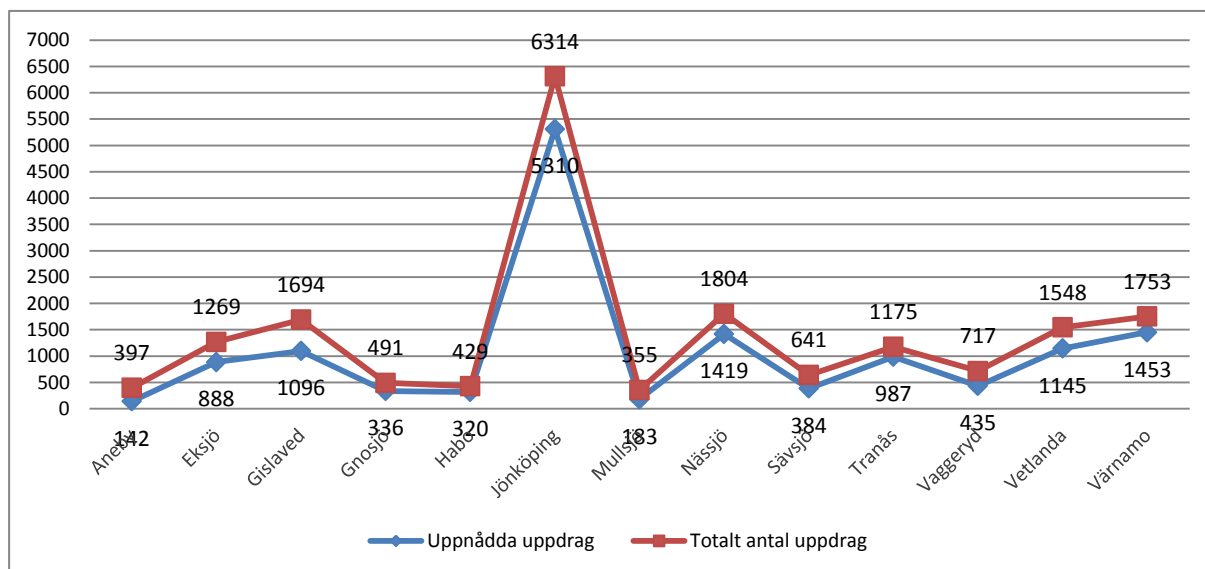


Bild 32

Antal uppdrag som nås inom 20 minuter på prio1 av totalt antal uppdrag prio1 per kommun.

Andel av befolkningen kommunvis som nås av ambulans på prio1 inom 20 min 2017.

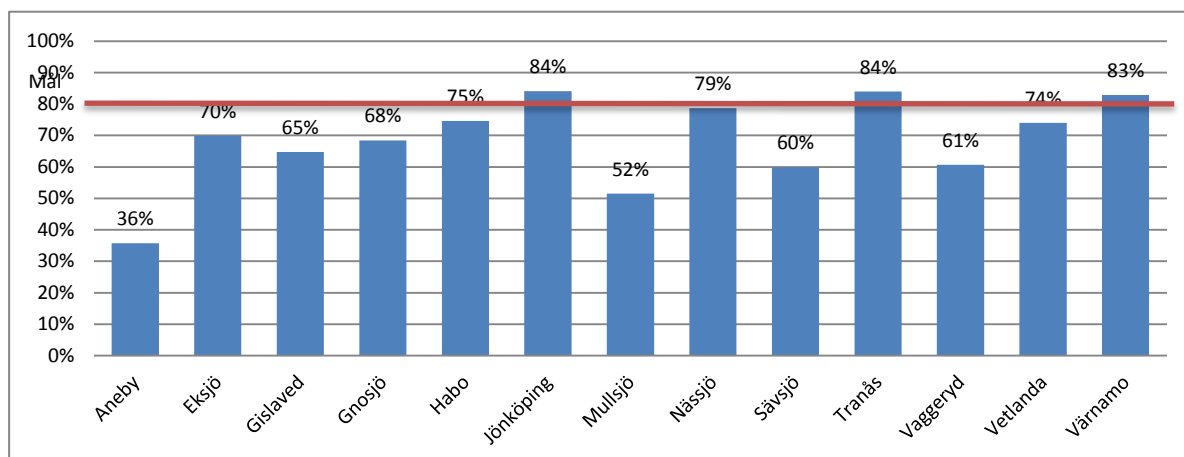


Bild 33

Uppnådd tillgänglighet inom 20 minuter under 2017 på prio1 larm kommunvis.

**Andel av befolkningen kommunvis som nås av ambulans på prio1 inom 20 min 2017
nattetid (00:00-06:00)**

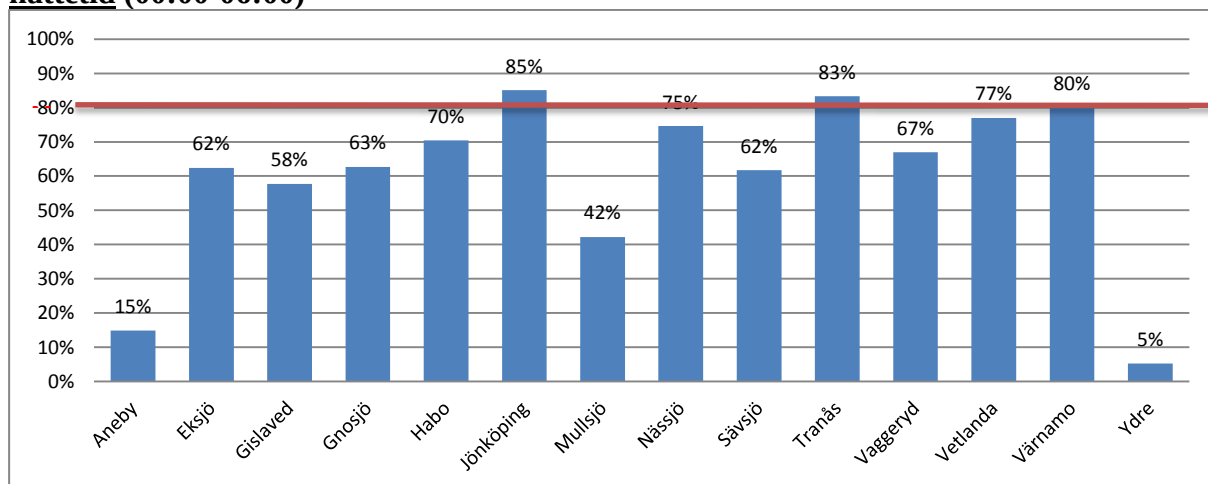


Bild 34

Uppnådd tillgänglighet inom 20 minuter under 2017 på prio1 larm kommunvis nattetid (00:00-06:00).

Antal uppnådda och totalt antal uppdrag som nås av räddningstjänst på prio1 inom 20 min 2017. Gäller IVPA/sjukvårdslarm

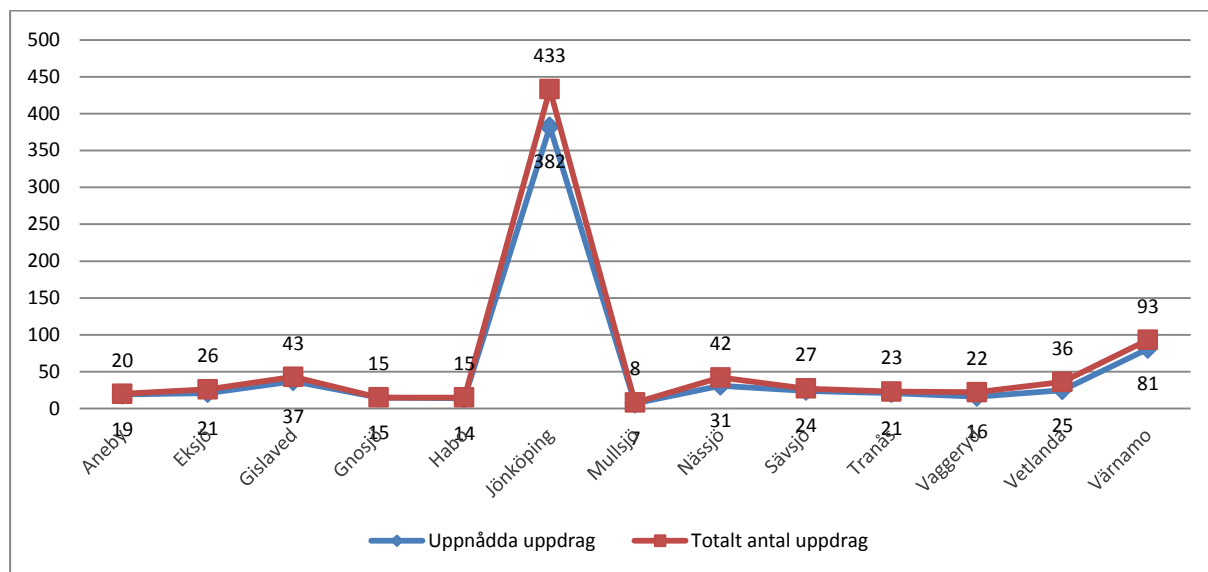


Bild 35

Antal uppdrag som nås inom 20 minuter på IVPA/sjukvårdslarm av totalt antal uppdrag per kommun.

Andel av befolkningen kommunvis som nås av räddningstjänst på prio1 inom 20 min 2017. Gäller IVPA/sjukvårdslarm

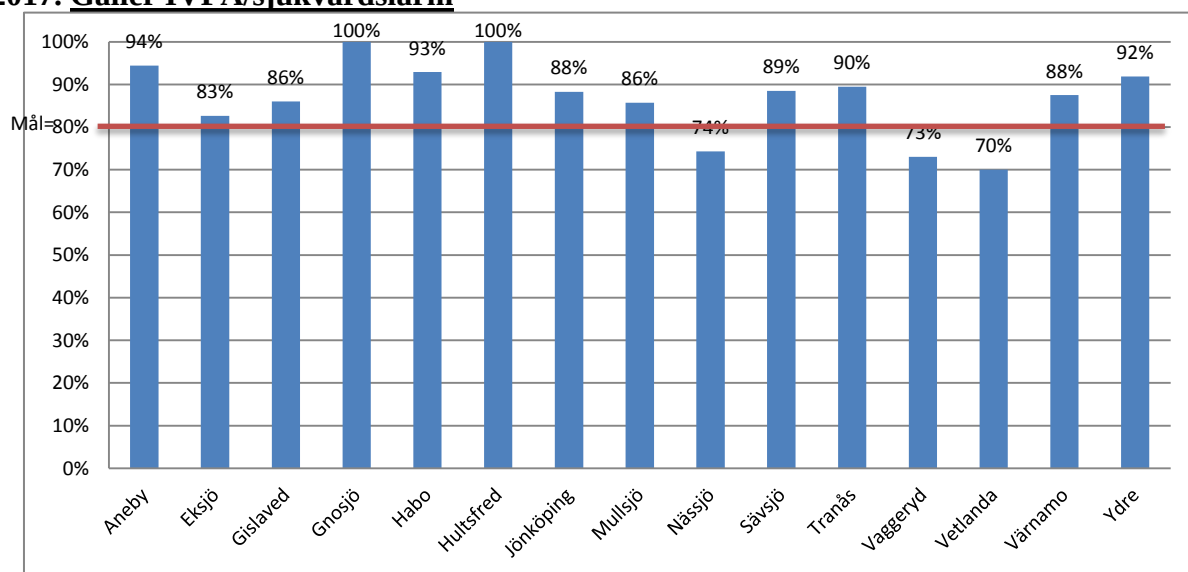


Bild 36

Andel IVPA/sjukvårdslarm som nås av räddningstjänst inom 20 minuter 2017 kommunvis.

IVPA (i väntan på ambulans) utförs i länets alla kommuner av räddningstjänsten och gäller endast hjärtstoppslarm eller misstänkt hjärtstopp. IVPA åker inte på övriga prio1 larm och ersätter således inte en ambulans. Sjukvårdslarm utförs på fyra brandstationer i länet, Visingsö, Gränna, Ryd/Bottnaryd och Rydaholm. De utlarmas på alla prio1 och är första hjälpen utbildade med syrgasdelegering.

Andel av befolkningen som nås av IVPA i Aneby på prio1 inom 20 min 2017

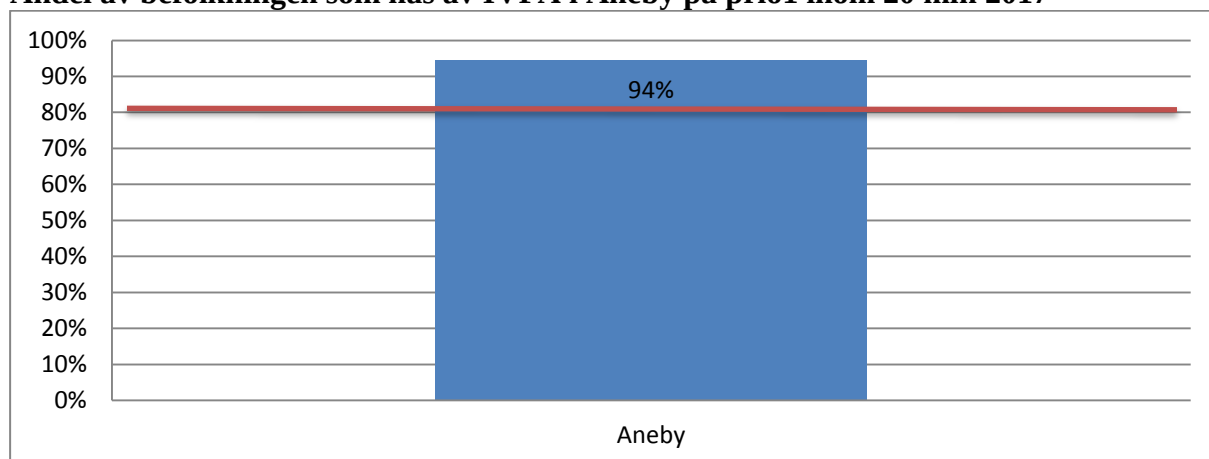


Bild 37

Insatstid för IVPA utförda av räddningstjänst för 2017 i Aneby kommun. Av antal prio1 larm nåddes 19 av totalt 20 patienter inom 20 minuter.

Andel av befolkningen i Mullsjö som nås av ambulans på prio1-2 inom 20 min 2017

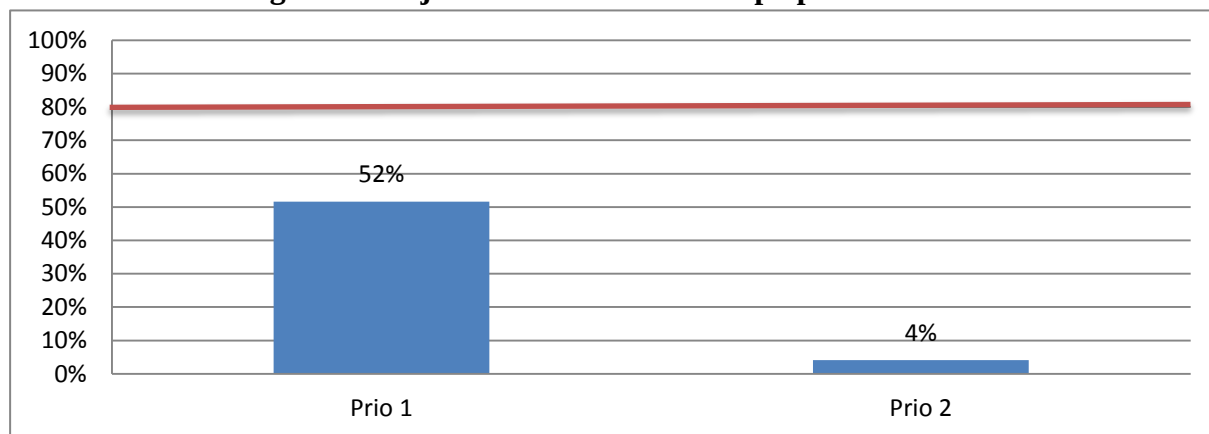


Bild 38

Uppnådd tillgänglighet inom 20 minuter under 2017 på prio1-2 för Mullsjö kommun. Av antal prio1 larm nåddes 183 av totalt 355 patienter inom 20 minuter.

Andel av befolkningen i Mullsjö som nås av räddningstjänst på prio1 inom 20 min 2017

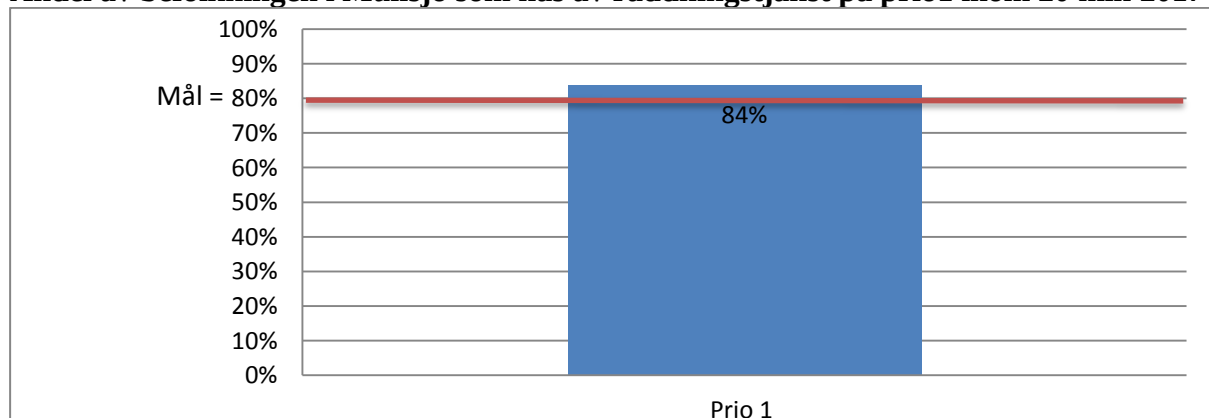


Bild 39

Insatstid för IVPA/sjukvårdslarm utförda av räddningstjänst för 2017 i Mullsjö kommun. Av antal prio1 larm nåddes 7 av totalt 8 patienter inom 20 minuter.

5.1.3 Produktionsdata

Vid en genomgång av produktionsdata konstateras att den sedan många år ständigt ökande volymen av uppdrag fortsätter att öka (bild 37). Genom förändrade arbetssätt ser vi dock att antalet patienter som körs till akutmottagningen inte ökar innevarande år. Antalet samtal till SOS Alarm som bedömer, prioriterar och dirigerar alla ambulansuppdrag, fortsätter att öka. Bedömningsnivån på SOS Alarm torde inte ha förändrats nämnvärt då andelen av patienterna som bedöms av ambulanspersonalen som prio1 under transport in till sjukhus, i stort är linjär mot ökningen på SOS Alarm och antalet uppdrag totalt i ambulanssjukvården, de senaste sex åren.

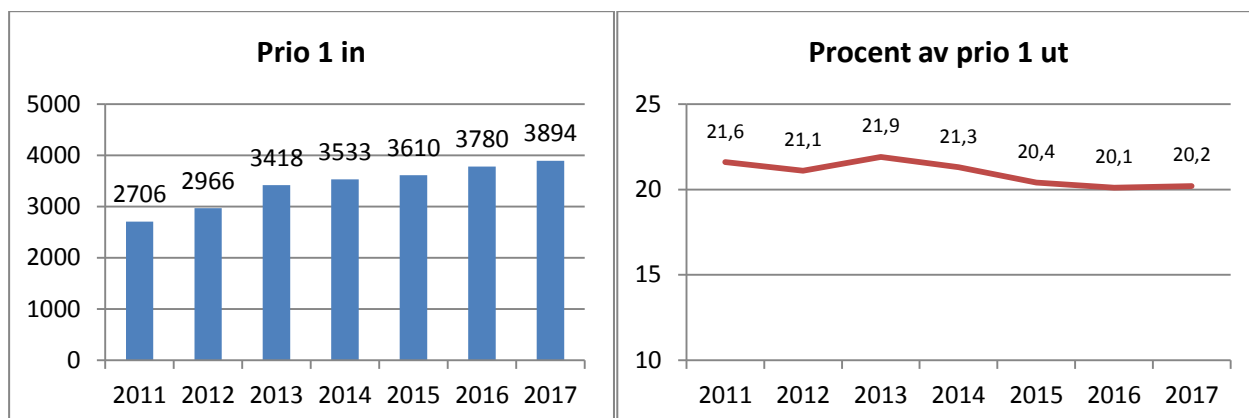


Bild 40

Bild 41

Bild 40 visar att antalet patienter som ambulanssjukvården bedömer som prio1 på väg in till sjukhus fortsätter att öka. Detta kan tolkas som om det föreligger en reell ökning med relevanta patienter som transporteras till akutmottagningen och att ökningen av antalet uppdrag inte bara beror på okynnesringningar och fel vårdnivå.

Bild 41 visar andelen av prio1 ut. Detta indikerar att den procentuella andelen av prio1 ut jämfört med prio1 in till sjukhus är relativt konstant.

Antal uppdrag per prioritet och år

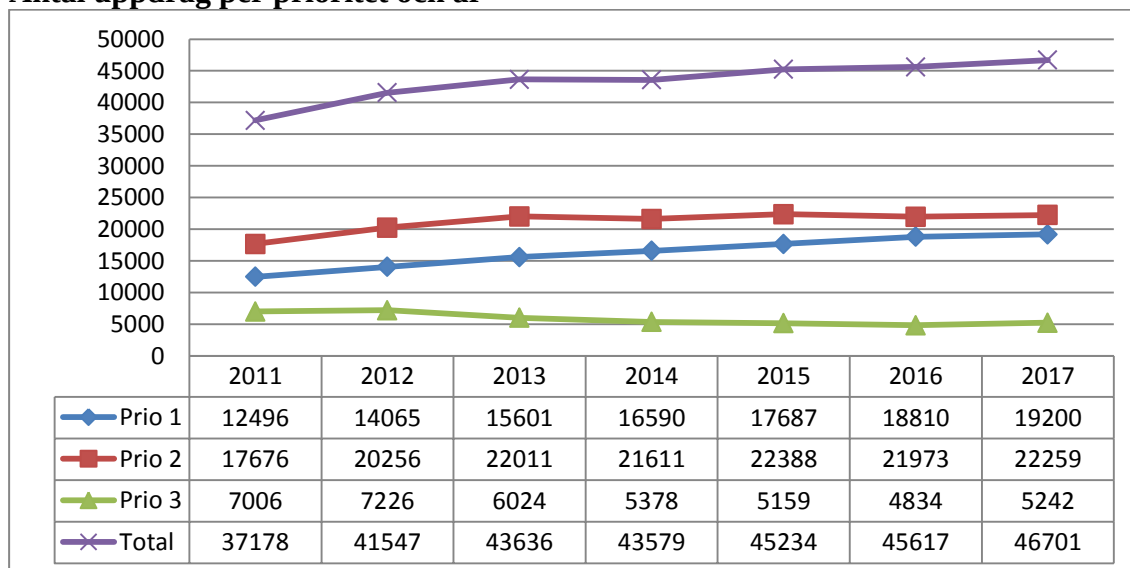


Bild 42

Insatstider

I bild 43, 44 och 45 nedan kan vi konstatera att de två kommuner med de längsta insatstiderna på prio1 är Aneby och Mullsjö. Noterbart är att tiderna för Aneby har försämrats, medan Mullsjö uppvisar en svag förbättring. För övrigt ses generellt försämrade insatstider.

I bilden återfinns även Ydre kommun i Östergötland. Ambulanssjukvården i Region Jönköpings län har sedan många år svarat för ambulanssjukvården i Ydre kommun. Ersättning sker enligt riksavtalet för utomlänsvård och regionprislistan vilket ger kostnadstäckning för uppdraget.

2017 insatstider i medianvärde för ambulans prio1

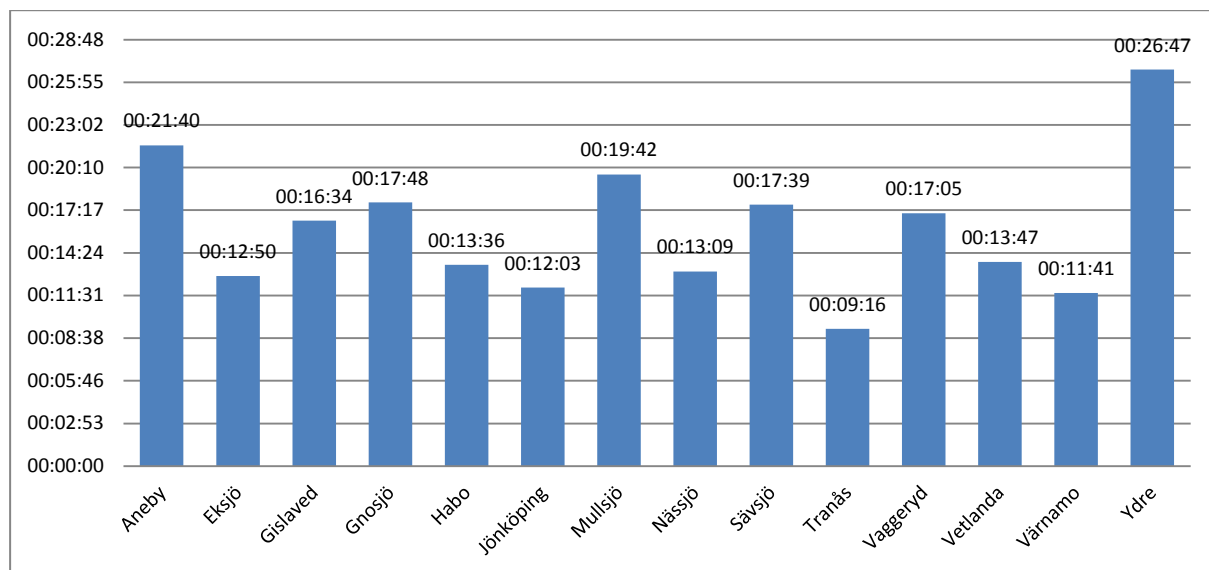


Bild 43

2016 insatstider i medianvärde för ambulans prio1

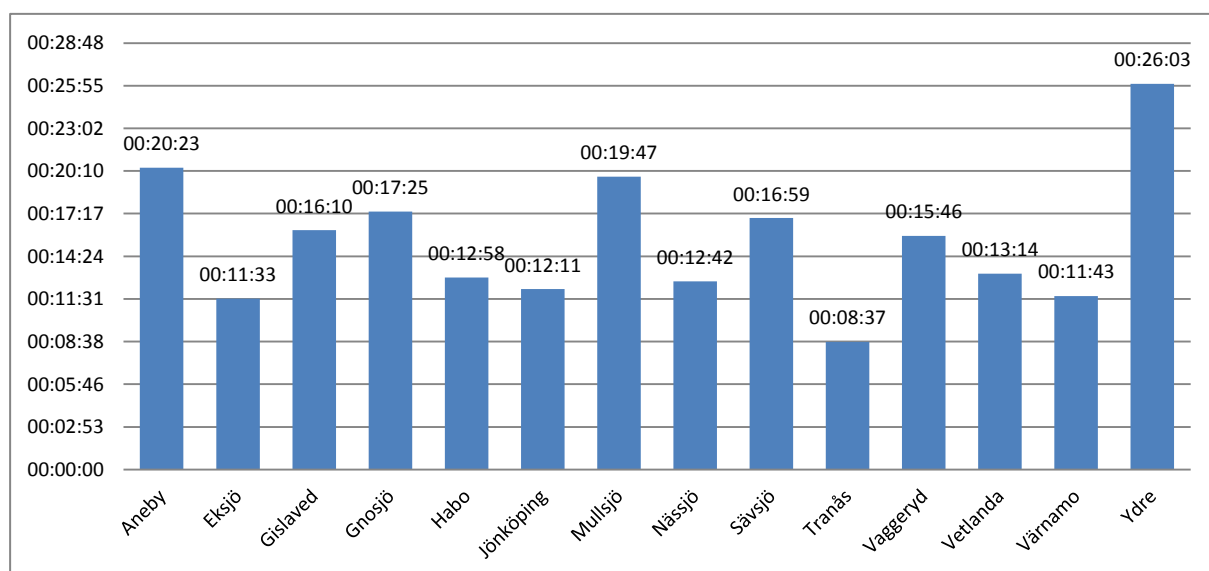


Bild 44

2015 insatstider i medianvärde för ambulans prio1

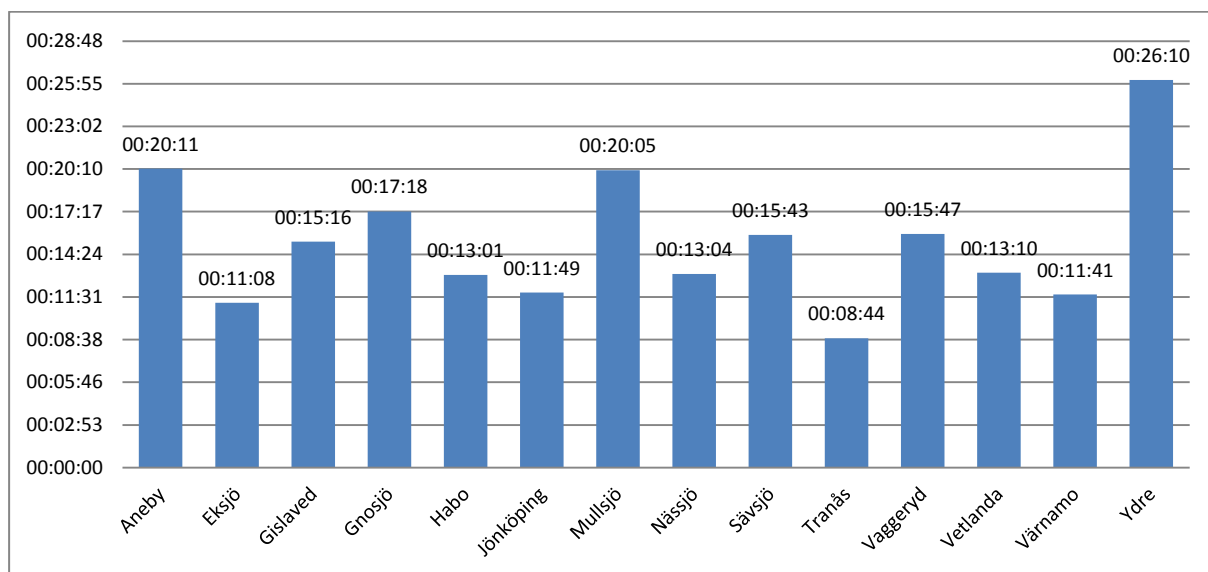


Bild 45

5.2 Ekonomi

Budget 2017 uppgår till 161 miljoner kronor.

Månadsuppföljning ambulanssjukvården t.o.m. december 2017

	201712	Budget	Diff
Summa Nettokostnad	-176 072	-160 656	-15 417
Intäkter	15 550	14 515	1 035
Lönekostnader inkl hyrpersonal	-129 802	-124 505	-5 297
Driftkostnader	-61 821	-50 666	-11 155
Urval kostader			
Hyrläkare/ssk	0	0	0
Lab			0
Klinfys			0
Röntgen			0
Läkemedel rekvisition	-601	-510	-90
Läkemedel recept			0
Hyra & el fastighetsunderhåll	-7 015	-5 992	-1 023
Medicinskt matr	-530	-426	-105
Städ & vaktmästeri	-697	-874	176
Tvätt	-529	-522	-8
Förråd	-1 574	-1 502	-72
Livsmedel	-89	-73	-16
Med service, IVA			0
Med service, ane/op			0
Med service, akutmottagn/AVA			0
Övriga interna/landstingsinterna kostnader	-9 120	-9 498	378
Övriga externa kostnader	-40 751	-30 719	-10 032

Bild 46

I bokslut 2014 var obalansen 22 miljoner kronor. 2015 infördes en länsgemensam organisation och budgeten förstärktes med 17 miljoner kronor där avsikten var att resterande del av obalansen (5 miljoner kronor) skulle hanteras genom samordningsvinster med mera i den nya länsorganisationen. Så blev det inte, i bokslut 2015 hade obalansen istället ökat till 7,5 miljoner kronor. I bokslut 2016 hade den ökat till 11,4 miljoner kronor och 2017 var den 15,4 miljoner kronor.

5.3 Förslag till förändring av tjänstgöringstider per ambulans

Med ovanstående bakgrund samt analys av redovisad data har ledningsgruppen kommit fram till att om det skall var möjligt att förhålla sig till uppdraget med befintlig personal, måste en reducering och omfördelning av ambulansresurser kvälls- och nattetid genomföras. Viss del av tjänstgöringstiden har flyttats från natt till dag och placerats där behovet uppfattats som störst.

Ledningsgruppen har analyserat beläggningen på respektive ambulans, vilka ambulanser det finns möjlighet att förlägga jour på, samt tagit hänsyn till befolkningsunderlag, geografi och vägnät.

Det finns, som vi ser det, en möjlighet att förflytta ambulansresurser från natt till dagtid på vissa ambulanser.

Nedan redovisas förslag till en sådan förändring.

Observera att analyserna endast bygger på chefernas erfarenhet av hur ambulanssjukvård ska bedrivas, schemaläggning samt deras erfarenheter om regionens geografi och vägnät. Det finns tyvärr inga simuleringssystem som är aktuella att använda sig av.

5.3.1 Förändring utifrån nuvarande tjänstgöring per ambulans

”Observera att omfördelning och reducering av ambulansernas tjänstgöringstider i nedanstående förslag bygger på, som beskrivet ovan, av ambulansverksamhetens ledningsgrupps analys av en möjlig förändring enligt uppdrag. Vid ett eventuellt beslut från uppdragsgivarna kommer en djupare analys, tillsammans med den kompetens som finns i vår

ambulansverksamhet, att göras i samband med den risk och konsekvensanalys som varje organisatorisk förändring föranleds av. Det innebär att det kan bli andra ambulanser som berörs än de som nämns i förslaget. I storleksordning är det dock en förändring som denna, i ambulansernas tjänstgöringsgrad i regionen, som måste göras för att klara av en förändring enligt detta uppdrag.”

- Nattbil Jönköping söndag-torsdag. Tiden från nattbil i Jönköping läggs dagtid 12:00-22:00. Detta innebär reducering av en ambulansresurs vardagsnätter 17:00-08:00.
- Nattbil Vaggeryd hela veckan + lördag och söndag dygn. Detta innebär en reducering av en ambulansresurs vardagsnätter 19:00-07:00 samt lördag och söndag dygn.
- Nattbil Tranås söndag-torsdag. Tiden från nattbil i Tranås läggs i Aneby dagtid 07:00-17:00. Detta innebär att ambulansresurser reduceras och omfördelas vardagsnätter 19:00-07:00 i både Vetlanda och Tranås.

Nedanstående bild visar länets totala ambulansresurser och tjänstgöringstid.

Gulmarkerade ambulanser indikerar en förändring i tjänstgöringstid utifrån ovanstående förslag.

Habo: Bemannas med Jönköping	9810	07:00-07:00	delat dygn med jour
Jönköping	7110	08:00-16:30	måndag-fredag, inte röda dagar
	9120	07:00-17:00	året runt
	9130	08:00-17:00	måndag-fredag, inte röda dagar
	9140	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9150	07:30-07:30	delat dygn, aktiv tid
	9160	08:00-20:00 08:00-08:00	söndag-torsdag fredag-lördag, delat dygn med jour
Vaggeryd: Bemannas idag med Värnamo och Gislaved	9850	07:00-19:00	måndag-fredag
Gislaved	9710	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9720	07:00-07:00	delat dygn med jour
Värnamo	9510	07:00-07:00	delat dygn med jour
	9520	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9530	07:00-17:00	måndag-fredag, inte röda dagar
Aneby	xxxx	07:00-17:00	måndag-fredag
Eksjö	9610	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9630	07:00-19:00	året runt måndag-fredag, även röda dagar
Nässjö	9210	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9220	07:00-07:00	delat dygn med jour
Sävsjö	9250	07:00-07:00	delat dygn med jour
Vetlanda	9410	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9420	07:00-19:00 07:00-07:00	söndag-torsdag fredag-lördag, delat dygn med jour
Tranås	9310	07:00-07:00	delat dygn, aktiv tid
	9320	07:00-19:00 07:00-07:00	söndag-torsdag fredag-lördag, delat dygn med jour

5.3.2 Schemaläggning utifrån ovanstående förslag

Schematekniskt är det genomförbart att förhålla sig till det nya arbetstidsmåttet enligt HÖK 16 med befintlig personal med de föreslagna förändringarna utifrån ambulansernas tjänstgöringstid under dygnet. För att klara detta har vi reducerat ambulansresurser kvälls- och nattetid. Viss del av tjänstgöringstiden har flyttats från natt till dag och placerats där behovet uppfattats som störst.

- Förändringen innebär dock att de små marginaler man tidigare haft med poolpersonal för att täcka vakanser, ledigheter, utbildning etc. helt försvinner och således måste ersättas.
- Veckoarbetstiden kommer att variera utifrån schemaläggning och det nya nattavtalet mellan 34,2 timmar per vecka - 38,15 timmar per vecka.
- Jouruttaget kommer också att variera något utifrån veckoarbetstidsmåttet.
- Den totala veckoarbetstiden inklusive jour kommer troligen att hamna mellan 38-42 timmar per vecka.

5.3.3 Sidoeffekter

Positiva och troligen nödvändiga sidoeffekter

- **Ny ambulans dagtid i Aneby**
 - utreda möjlighet med placering i Aneby.
 - man skulle kunna använda en reservambulans 1-2 år som pilotprojekt för att följa effekterna. Reservambulansen måste då utrustas då ingen utrustning finns i reservambulanserna.
- **Ny ambulans dagtid 12:00-22:00 i Jönköping (nyinköp enligt budget 2018)**

Negativa sidoeffekter

- Tuffare prioritering på uppdrag till jourbilarna.
- Risk för sämre tillgänglighet/beredskap och längre insatstider/väntan kvälls-/nattetid, när det gäller prio1.
- Helgschema med tre nattpass i rad var fjärde helg. Möjlighet finns att istället lägga dygnstjänst på helger eftersom antal uppdrag är lägre på helger.
- Tätare helgtjänstgöring.

5.4 Ledningsgruppens konsekvensanalys – verksamhetsförändring ambulans enligt ovan

”Observera att denna konsekvensanalys som ledningsgruppen här nedan redovisar inte kan ersätta den risk- och konsekvensanalys som alltid ska göras vid organisatoriska förändringar i våra verksamheter.”

5.4.1 Jönköping-Habo-Mullsjö

Förslag för planerad förändring

Ambulansverksamheten lägger förslag på att flytta resurser från natt till dag efter uppdragsdirektiv från hälso- och sjukvårdsdirektören och sjukvårdsdirektören för verksamhetsområde Medicinsk vård, detta i enlighet med HÖK 16.

Uppdragen i kommunerna Jönköping, Habo och Mullsjö har från 2010 till 2017 ökat från 6 760 uppdrag till 16 240 uppdrag 2017, varav antal prio1-uppdrag ökat från 2 913 till 7 098, dvs. 43 % ökning under samma period. Bara i Jönköpings kommun har uppdragen mer än fördubblats från 6 000 till 14 300 uppdrag under samma period.

Beläggningen är som högst dagtid kl. 07:00-23:00, varför ledningsgruppen ser att en extra resurs behövs som överlappar mellan dag och kväll i Jönköpingsområdet. Ledningsgruppen avser också enligt direktiv i uppdraget, att förlägga jour på de ambulanserna med låg beläggning nattetid. Ledningsgruppen lägger också förslag på att införa tvåskift veckans alla dagar. Detta innebär att dygnstjänstgöring tas bort i Habo samt helger i Jönköping. Alternativ finns att lägga dygnstjänst på helger då antalet uppdrag är lägre på helger.

Beskrivning av förändring

Ambulans 9810 Habo beläggs med jour på natten 00:00-08:00.

Ambulans 9140 beläggs med jour fredag och lördagnatt 01:00-07:00.

Ambulans 9160 går dagtid söndag-torsdag 08:00-17:00.

En ny ambulansresurs tillsätts måndag-torsdag 12:00-22:00 samt fredag 07:00-17:00.

Detta innebär att det finns en ambulansresurs mindre söndag till torsdag 22:00-07:00,

samt en ambulansresurs mer måndag-torsdag 12:00-17:00 samt fredag 07:00-17:00.

Habopassen delas i två, 07:00-17:00 eller 17:00-07:00 med jour 01:00-07:00.

9140 går dagtid lördag 07:00-18:00 eller 18:00-07:00, jour 01:00-07:00.

Berörd personal

Personal i blandtjänst som arbetar med arbetstidsmått 34 timmar och 20 minuter.

Personal i dagtjänst med arbetstidsmått 38 timmar och 15 minuter berörs inte.

Riskbedömning

- *Helhetsperspektiv*

Ledningsgruppen ser en ökad risk med sämre tillgänglighet genom att reducera en nattresurs i Jönköping. Detta i kombination med att Vaggeryds ambulans inte går vardagskvällar och helger (se nedan) gör att risken för ambulansbrist ökar i hög grad. Beläggningen vardagskvällar i Jönköpingsområdet är generellt högre än dagtid på grund av färre antal ambulansresurser. Jönköpings kommun får ofta hjälp av Vaggeryds och Nässjös ambulanser kvällar och helger vid hög belastning. Det finns därför anledning att tro att risken för ambulansbrist blir hög på vardagskvällar samt fredagnatt till söndagkväll. Här är det viktigt att SOS Alarm är förutseende och tillämpar aktiv dirigerings för att täcka områdena. Ledningsgruppen ser också en risk i att reservkapaciteten nattetid minskar för att kunna hantera större händelser t.ex. trafikolyckor, hjärtstopp och andra typer av tvåbilsalarm, speciellt i en kommun av Jönköpings storlek.

Behovet av extra resurser dag- och kvällstid i Jönköpings kommun är stort. Detta för att minska insatstider till kommunens invånare när beläggningen är som störst. Fler resurser dagtid ger större möjlighet att täcka områden med längre insatstider, såsom Mullsjö och Gränna. Det ökade antalet transporter inom- och utomlän (2015=1 628, 2016=1 726, 2017=2 059 uppdrag) framförallt eftermiddagar ger också ett ökat behov av resurser mellan 12:00-22:00.

Personalen i Jönköping får med förslaget minskad nattarbetstid från dagens 50 % till cirka 30 %. Istället för nattpass 17:00-08:00 blir det ett arbetspass 12:00-22:00. Efter kl. 22:00 finns det 2 ambulanser kvar i Jönköpings kommun, förutom fredagnatt och lördagnatt då nuvarande resurser behålls, dvs. att det då finns tre ambulanser.

- *Fördelar med förslaget*

- Ny ambulans med arbetspass 12:00-22:00 måndag till torsdag samt fredag 07:00-17:00, överlappar dag- till kvällstid och ger större flexibilitet för hämtning av utomlänspatienter, eller akuta transporter till högre vårdnivå. Denna möjlighet ges genom att flytta resurser från natt till dag.

- Möjlighet ges att utlokalisera ambulans dagtid till Bankeryd, Huskvarna eller Gränna.
- Större möjlighet ges till personalens måltidsuppehåll, eftersom ambulansen kan avlasta lunchtid.
- Förbättrad insatstid på prio1-2 dagtid.
- Minskad nattjänstgöring för personal i blandtjänst, från 50 % till 30 %, vilket bör ge positiva hälsoeffekter.
- Minskat personalbehov med 4 medarbetare i schema, som flyttas till Aneby måndag-fredag 07:00-17:00.
- *Risker med förslaget*
 - Minskade ambulansresurser söndag-torsdag 22:00-07:00.
 - Minskad reservkapacitet i kombination med förändring av Vaggeryds ambulans (se nedan) efter 19:00 vardagar.
 - Minskade ambulansresurser helgtid efter förändring av Vaggeryds ambulans (se nedan).
 - Ökad risk för längre insatstider till patienterna under ovanstående tider, vilket kan resultera i högre mortalitet.
 - Ökad risk för att resurs saknas vid större händelser och akuta insatser.
 - Mindre kapacitet för akuta transporter nattetid.
 - Risk för ökade kostnader när ambulanserna får förflytta sig på jourtid då resurs saknas i Jönköpingsområdet. Kostnaden för Habo-ambulansen som ligger i jour nattetid förväntas öka då resurser saknas i Jönköping.
- *Förslag på åtgärder*

Som tidigare diskuterats så finns det en ökad risk för sämre tillgänglighet för ambulansresurserna vardagskvällar efter 19:00 samt helger beroende på minskade resurser i Jönköping och Vaggeryd. Detta kräver en aktivare dirigering av länets resurser från SOS Alarm. Enligt nuvarande arbetssätt så ges uppdrag i huvudsak till Nässjös och Vaggeryds ambulans när det gäller stöttning av Jönköpingsområdet. En aktivare dirigering kräver en kedjereaktion i hela länet för att kunna flytta resurser där de behövs som bäst. Exempel på åtgärd om det saknas resurs i Jönköping:

 - Vetlanda går mot Eksjö, Eksjös ambulans upp till Nässjö, båda Nässjös ambulanser till Jönköping. Detta dirigeringsätt tillämpas inte idag, utan kräver en högre blick och kompetens av SOS-operatören.
 - Jönköpings kommun har länets största befolkning, vilket kräver att ledig resurs alltid måste finnas tillgänglig. Ytterligare förslag på åtgärd är att införa en ambulanschef i beredskap. En ambulanschef i beredskap med kännedom om länets resurser kan stötta SOS-operatören och ge värdefulla råd i dirigering och passningsuppdrag. Ledningsgruppen tror att denna funktion skulle göra mycket nytta för länets invånare samt en skapa trygghet för ambulanspersonal och SOS Alarm.
 - En ytterligare åtgärd kan vara att begränsa antalet samtidiga utomlänstransporter kvällar och helger. Ledningsgruppen ser att ambulansbrist ofta uppträder då flera ambulanser har utomlänsuppdrag. I dagsläget har SOS Alarm dirigeringsansvaret och bedömer om utomlänsuppdragen är möjliga. Då platsbristen har ökat och fortsätter öka kan det förväntas leda till flera sekundärtransporter.
 - Ambulanssjukvården har som utgångspunkt att alltid hämta egna patienter. En åtgärd kunde vara att i högre utsträckning hänvisa till riksavtalet vilket betyder att vårdande region ansvarar för hemtransport. Detta skulle behålla fler ambulanser i Jönköpings län. Dock genererar detta en ökad kostnad för Region Jönköpings län.

- *Summering av åtgärder:*
 - Aktivare dirigering av länets resurser från SOS Alarm.
 - Förslag att införa ambulanschef i beredskap. Kräver resurstillskott.
 - Begränsa antalet simultana sekundärtransporter utom och inom länet.

5.4.2 Tranås- Aneby

Förslag för planerad förändring

Ledningsgruppen lägger förslag på att införa ambulansresurs i Aneby måndag-fredag 07:00-17:00. Samtidigt minskas en ambulansresurs i Tranås söndag-torsdag kl.19:00-07:00. Tranås har Sveriges bästa insatstider, samtidigt som insatstiderna till Aneby faller utanför målet om att nå 80 % av befolkningen på prio1 inom 20 minuter.

Beskrivning av förändring

En ambulans reduceras i Tranås söndag till torsdag kl. 19:00-07:00. Fredag-lördag oförändrat. Jour tas bort på ambulans 9310 veckans alla dagar och det blir aktiv tid. En ambulans stationeras i Aneby och går måndag-fredag mellan kl. 07:00-17:00.

Berörd personal

Personal som i dag bemannar ambulanserna i Tranås bemannar också Aneby dagtid.

Riskbedömning

- *Helhetsperspektiv*
Ledningsgruppen flyttar en resurs nattetid från Tranås till dagtid i Aneby. Reservkapaciteten minskar med detta i Tranås vardagar nattetid, vilket kan medföra längre insatstider och ger en ökad risk för ambulansbrist vid större händelser, hjärtstopp och andra tvåbilsalarm. Eksjös ambulans borde få en ökning under denna tid i passningsuppdrag mot Tranås. Ledningsgruppen ser behovet av en ambulans dagtid i Aneby vardagar. Orten är stor och många pendlar in till orten på dagtid. Aneby har också sämst tillgänglighet i länet på prio1-uppdrag. Ledningsgruppen ser positivt på att länet får ytterligare en ambulans dagtid. Anebys ambulans kan minska insatstiderna i Aneby, men också användas mot Jönköpingsområdet vid behov.
- *Fördelar med förslaget*
 - Ökning med en dagambulans i länet då beläggning är som högst.
 - Kortare insatstider i Aneby dagtid 07:00-17:00 då befolkningsantalet är som störst.
 - Kan vid behov användas mot Jönköpingsområdet vid resursbrist.
 - Minskad nattjänstgöring för medarbetare i Tranås vilket bidrar till bättre arbetsmiljö.
 - En aktiv nattambulans veckans alla dagar vilket minskar jourkostnaden.
- *Risker med förslaget*
 - Minskade resurser i Tranås söndag-torsdag 19:00-07:00 ger ökad risk för ambulansbrist vid större händelser eller två simultana prio1-uppdrag.
 - Ger sannolikt ökad insatstid för Tranåsområdet nattetid vardagar.
 - Medför att Eksjös ambulans i första hand får passa mot Tranås vid fler tillfällen.
 - Minskad reservkapacitet i Tranåsområdet vilket får effekter i hela länet. Tranås skulle kunna gå mot Grännaområdet vid resursbrist i Jönköping, men det är inte möjligt med enbart en resurs kvar nattetid vardagar.

- Förslaget innebär en utökning av schemarader med 4 personer (denna resurs flyttas ifrån område Jönköping).
- *Förslag på åtgärder*
Som tidigare diskuterats så finns det stora vinster med ytterligare en dagambulans i en kommun som idag har längre insatstider än länet som helhet, dock på bekostnad av sämre ambulansstillgänglighet i Tranåsområdet. Minskade resurser vardagsnätter i Tranås ger en minskad reservkapacitet och kräver en aktivare dirigering från SOS Alarm. En åtgärd som också kan göras är att inte ge sekundäruppdrag till stationer med en ambulans, som då Tranås blir efter kl. 19:00 på vardagar.
- *Summering av åtgärder:*
 - Aktivare dirigering av länets resurser från SOS Alarm.
 - Utbildning av operatörer.
 - Sekundäruppdrag ges inte till ambulans 9310 då den är ensam resurs.

5.4.3 Vaggeryd- Gislaved-Värnamo

Förslag för planerad förändring

Ledningsgruppen lägger förslag på att omvandla Vaggeryds ambulans från dygnsbil till dagbil vardagar. Övriga ambulansresurser i Värnamo och Gislaved berörs inte. Värnamo och Gislaveds ambulanser täcker stora områden ner mot Gryteryd, Rydaholm och Smålandsstenar varför ledningsgruppen lämnar dessa resurser oförändrade.

Beskrivning av förändring

Vaggeryds ambulans går idag dygnet runt veckans alla dagar. I förslaget läggs Vaggeryds ambulans måndag till fredag kl. 07:00-19:00.

Berörd personal

Personal som idag arbetar i Värnamo, Gislaved och Vaggeryd.

Riskbedömning

- *Helhetsperspektiv*
Vaggeryds ambulans ligger strategiskt placerad mellan större orter som Jönköping och Värnamo. Ambulansen arbetar över stora områden från Värnamo och upp mot hela Jönköpings kommun. Ambulansen används också i hög grad som passningsbil i dessa områden och ofta upp mot Jönköping där den stationeras i Torsvik vid resursbrist i Jönköping. Under 2017 utförde Vaggeryds och Nässjös ambulanser 1 174 uppdrag i Jönköpings kommun, varav Vaggeryds ambulans stod för hälften. Vardagkvällar och helger är ambulansen ofta på uppdrag i Jönköpings tätort. Ledningsgruppen ser en klart högre risk i resursbrist inom Jönköpingsområdet om ambulansen tas bort dessa tider. Eftersom insatstiden från Jönköping och Värnamo till Vaggeryd är i stort lika och bör klaras inom 20 minuter på prio1, ser ledningsgruppen mindre risk för sämre tillgänglighet i Vaggeryds tätort. Värnamo och Gislaveds tätort med omnejd bör inte påverkas med detta förslag.
- *Fördelar med förslaget*
 - Schemaläggning klaras enligt HÖK 16 utan personalförstärkning i område söder.
 - Mindre helgtjänstgöring för personalen.

- *Risker med förslaget*
 - Hög risk för ambulansbrist framförallt i Jönköpingsområdet vardagkvällar och helger då ambulansen har många uppdrag i Jönköpings tätort.
 - Åtgärden innebär också sämre beredskap mot Gislaved, Gnosjö och Värnamo kommun eftersom Vaggeryds ambulans täcker stora områden.
 - Längre insatstid till invånare i Vaggeryds tätort kvällar och helger.
 - Minskad reservkapacitet vid större händelser och trafikolyckor. Ambulansen täcker en stor del av E4 åt norr och söder.
 - Minskad kapacitet för internt transporter mellan Värnamo och Ryhovs sjukhus.
- *Förslag på åtgärder*
För att klara HÖK 16 med samma personalstat enligt uppdrag krävs en reduktion av ambulansresurser. Ledningsgruppen ser ambulansen Vaggeryd som enda alternativet att reducera i området Värnamo, Gislaved och Vaggeryd, framförallt på grund av placeringen mellan två större orter. Åtgärder för att minska de negativa effekterna kan vara en aktivare dirigering av ambulanserna i Värnamo och Gislaved från SOS Alarm, med en förmodad ökning av passningsuppdrag som resultat. Eftersom Vaggeryds ambulans reduceras kvällar och helger måste SOS Alarm dirigera Nässjös båda ambulanser till Jönköping vid resursbrist, vilket ger en kedjereaktion i länet.
- *Summering av åtgärder*
 - Aktiv dirigering av SOS Alarm. Förflyttning av ambulanser i länet måste ske i större utsträckning än idag för att motverka resursbrist.

5.4.4 Eksjö-Nässjö-Sävsjö-Vetlanda

Förslag för planerad förändring

Ledningsgruppen lägger förslag på att förändra en ambulans i Vetlanda från dygnsbil till dagbil söndag till torsdag. Idag finns två ambulanser dygnet runt veckans alla dagar. Övriga ambulansresurser lämnas oförändrade i Sävsjö, Eksjö och Nässjö.

Beskrivning av förändring

Ambulans 9420 förläggs söndag till torsdag kl. 07:00-19:00, resursen utgår söndag-torsdag kl.19:00-07:00. Lördag och söndag som tidigare 07:00-07:00, delat dygn med jour. Tre ambulanser görs till aktiva bilar utan jour (Nässjö, Eksjö, Vetlanda).

Berörd personal

Personal som idag arbetar i Eksjö, Nässjö, Sävsjö och Vetlanda. Samtlig poolpersonal kommer att gå åt i ny schemalösning.

Riskbedömning

- *Helhetsperspektiv*
Vetlanda är idag en station med två ambulanser dygnet runt. För att klara HÖK 16 ser ledningsgruppen som enda alternativ att reducera resurser i Vetlanda tätort. Vetlandas ambulanser täcker idag områden längst ut i länets östra områden och söderut mot Ramkvilla. Ambulanserna har också mycket uppdrag inåt länet, upp mot Eksjö och Nässjö. Ledningsgruppen ser risker med att reservkapaciteten i de östra länsdelarna minskar vid större händelser och vid två samtidiga prio1-larm, bland annat också eftersom Höglandet är ett geografiskt stort område. Konkret så minskar möjligheten för SOS Alarm att aktivt dirigera ambulanser i länet till områden med resursbrist vardagkvällar. I länsperspektiv då både en ambulans i Tranås och en ambulans i Vetlanda tas bort vardagkvällar, så ser

ledningsgruppen en klart ökad risk i ambulansbrist på Högländet. De minskade ambulansresurserna kommer med stor sannolikhet påverka även Jönköpings tätort, då beredskap måste finnas kvar på Högländet.

- *Fördelar med förslaget*
 - Schemaläggning klaras enligt HÖK 16 utan personalförstärkning i område Högländet, och den totala arbetstiden kan minskas vilket bidrar till bättre arbetsmiljö.
 - Tre aktiva nattambulanser på Högländet vilket kan minska jourkostnaden på övriga resurser.
- *Risker med förslaget*
 - Ökad risk för ambulansbrist på Högländet vardagkvällar i kombination med reducerad resurs i Tranås.
 - Sämre möjlighet för SOS Alarm att dirigera ambulanser till områden med resursbrist då reservkapaciteten reduceras. Detta kommer påverka hela länet.
 - Reducerad reservkapacitet vid större händelser, trafikolyckor och samtidigt prio1-larm exempelvis hjärtstopp vardagkvällar.
 - Reducerad kapacitet för internt transporter mellan Eksjö och Ryhovs sjukhus, samt akuta och planerade utomlänstransporter.
 - Övriga Högländs ambulanser får passa mot Vetlanda och Tranås vid flera tillfällen.
 - Ökade insatstider för Vetlanda och Tranåsområdet nattetid vardagar.
- *Förslag på åtgärder*

För att klara HÖK 16 med samma personalstat enligt uppdrag krävs en reduktion av ambulansresurser. Ledningsgruppen ser Vetlanda som enda alternativet att reducera i området Vetlanda, Sävsjö, Eksjö och Nässjö och som troligen har minst negativ påverkan. Åtgärden anses ändå påverka hela länet i hög grad. Åtgärder för att minska de negativa effekterna kan vara en aktivare dirigering av ambulanserna på Högländet från SOS Alarm, med en förmodad ökning av passningsuppdrag som resultat.
- *Summering av åtgärder:*
 - Aktiv dirigering av SOS Alarm. Förflyttning av ambulanser i länet måste ske i större utsträckning än idag för att motverka resursbrist.
 - En åtgärd som kan göras är att inte ge sekundärtransportuppdrag till stationer med en ambulans, som då Vetlanda blir efter kl.19:00 på vardagar, Eksjö och Sävsjö.
 - Ambulanser med aktiv arbetstid måste utföra uppdrag och internt transporter i högre utsträckning.

5.4.5 SOS Alarms konsekvensanalys utifrån ovanstående förslag

SOS Alarm är av naturliga orsaker en viktig medspelare i ambulanssjukvården i Region Jönköpings län. Därför har vi tillfrågat dem om möjliga konsekvenser utifrån ovanstående förslag.

Tyvärr är denna konsekvensanalys inte klar i skrivandets stund och måste kompletteras till uppdraget då den är klar.

5.4.6 Antal medarbetare per chef

För att uppnå en jämnare fördelning av medarbetare per chef och för att förbättra chefernas arbetsmiljö föreslås en förändring av chefsenheter enligt skiss nedan. Fördelningen idag är ojämn vilket innebär att en chef idag ansvarar för mer än 70 medarbetare. Förändringen kommer innebära att ytterligare en enhetschef kommer att tillsättas inom befintlig ram genom att låta en biträdande chef arbeta som tf. enhetschef under ett år. Detta ska utvärderas och om

det fungerar väl kommer det att permanentas. Fördelningen kommer att bli enligt bild 47 där den norra enheten kommer delas av två chefer. Denna förändring är genomförd och samverkad och kommer att implementeras den 9 april 2018.

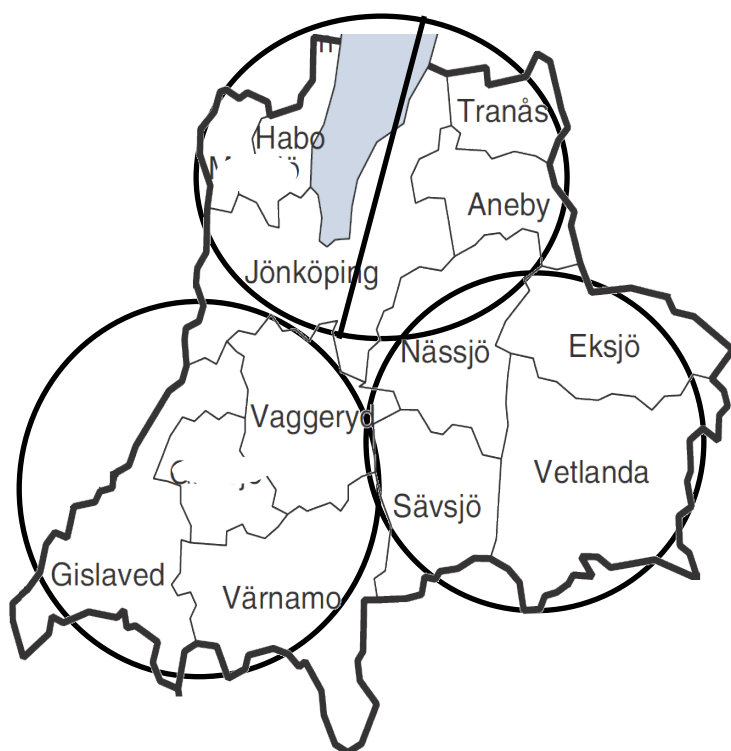


Bild 47

5.4.7 Ambulanssjukvårdare

Enligt beslut i regionfullmäktige inför budget 2018 ska ambulanssjukvårdarna ha sin plats inom ambulanssjukvården. Målsättningen är att vi ska behålla den andel ambulanssjukvårdare vi har idag, men där krav är adekvat kompetens för anställning alternativt utbildning, för att uppnå tillräcklig kompetens.

6. Diskussion

Enligt uppdragsgivarnas förutsättningar, att med befintlig bemanningsstat förhålla ambulansverksamhetens organisation till HÖK 16 och att medarbetarna inte ska arbeta dygn samt att jour ska förläggas på ambulanser med låg beläggning, har ledningsgruppen haft det som främsta fokus i denna rapport. Utifrån resultat och konsekvensanalys kommer även två alternativa förslag kort presenteras.

Ledningsgruppen har kommit fram till att det är genomförbart att förhålla sig till det nya arbetstidsmålet enligt HÖK 16 med befintlig personal med de föreslagna förändringarna utifrån ambulansernas tjänstgöringstid under dygnet. Vi har i förslaget som är beskrivet ovan, främst reducerat resurser under nattetid och flyttat vissa resurser till dagtid. De risker som detta förslag kan medföra finns presenterade i rapporten. Det finns bland annat risk för sämre tillgänglighet/beredskap, längre insatstider/väntan främst nattetid. Vi når idag inte upp till målet att 80 % av Regionens invånare ska nås av ambulans inom 20 minuter vid akuta uppdrag.

6.1 Alternativt förslag 1

Detta förslag innebär att vi behöver nyanställa cirka 8 medarbetare. Med denna utökning kan vi behålla nuvarande ambulansresurser och tjänstgöringstid under dygnet och vi förhåller oss till HÖK 16. Schemaförslag läggs på delad dygnstjänstgöring (ev. dygn helger). Jour läggs på ambulanser med lägre beläggning. Fler ambulanser får aktiv nattarbetstid. All personal i länet får en gemensam arbetstidsmodell. Veckoarbetstiden kommer variera mellan 34.2 -38.15 timmar plus jour, beroende på andelen nattarbetstid. Ambulansresursen ut mot invånarna blir oförändrat jämfört med idag.

6.2 Alternativt förslag 2

Detta förslag innebär att vi behöver nyanställa cirka 32 medarbetare.

Med denna utökning kan vi behålla nuvarande ambulansresurser och tjänstgöringstid under dygnet och vi förhåller oss till HÖK 16. All personal i länet får en gemensam arbetstidsmodell. Schemaförslag läggs på delad dygnstjänstgöring även på helger. Ingen jourtjänstgöring, vilket innebär att samtliga ambulanser har aktiv arbetstid dygnet runt. Veckoarbetstiden blir 34.2 timmar för sjuksköterskor, och 37.0 timmar för ambulanssjukvårdare. Detta alternativa förslag anser Vårdförbundet ska genomföras.

Förslaget ger en möjlighet till utökning av ambulansresurs dagtid måndag-fredag (uppskattningsvis två dagbilar) eftersom det blir en övertalighet av personal under veckorna, då helgtjänstgöring två av fem helger för alla medarbetare kräver mer personal totalt. Fordonsresurs för detta finns inte idag utan måste då införskaffas.

I detta förslag vore en möjlig lösning att i samförstånd med Vårdförbundet och Kommunal, lägga på jour under semestern, vilket skulle minimera behovet av vikarier.

6.3 Summering av alternativa förslag

Ambulanssjukvårdens ledningsgrupp har i denna översyn tagit fram ett förslag enligt givet uppdrag. Därutöver har vi i avslutande diskussion, med bakgrund av lång erfarenhet och samlad kunskap, valt att presentera två alternativa förslag som komplement.

Alternativ 1 enligt ovan är det förslag som påverkar verksamheten minst och är kostnadseffektivt.

Alternativ 2 är den modell som krävs för att genomföra Jönköpings nuvarande schemamodell i hela länet.

Det nationella och internationella säkerhetsläget i kombination med det ökade antal uppdrag gör att all form av reducering av ambulansresurser inte är optimalt.

Ambulanssjukvården är en viktig aktör när det gäller krisberedskap, och samhället förväntar sig att akutsjukvården kan hantera exempelvis en masskadesituation. Därför är det viktigt att ambulanssjukvården har en viss reservkapacitet, vilken reduceras under delar av dygnet med förslaget enligt uppdraget.

Omvärldsanalys visar att vissa regioner och landsting i Sverige har gått över till 34,2 timmars veckoarbetstid enligt HÖK 16, utan jour, och fler följer efter. I takt med att belägningsgraden på ambulanserna ökar försvinner också incitamentet för jourtjänstgöring eftersom kostnaderna då ökar. Fördelen med att ha aktiv arbetstid på ambulanser nattetid är att det ger möjlighet till aktiv dirigerings utan övertidskostnader på jour. Ledningsgruppen kommer att behöva införa helgtjänstgöring varannan helg i hela regionen, om förslaget enligt uppdraget blir verklighet. Få verksamheter har så tät helgtjänstgöring i Region Jönköping

län. Enligt uppdraget ska också dygntjänstgöring utgå. Detta skulle innebära att personalen får arbeta tre nattpass i rad var fjärde helg. Denna schemakonsekvens är inte optimal och kan inte rekommenderas ur arbetsmiljösynpunkt.

Ledningsgruppen föreslår att dygntjänstgöring behålls helger, men tas bort på vardagar. Detta skulle förbättra personalens arbetsmiljö avsevärt i jämförelse med ett schema där man arbetar 3 nätter i rad. Ledningsgruppen anser att detta är fullt möjligt med tanke på att antalet uppdrag är lägre på helger (bild 26), samt att antalet inom- och utomlänstransporter är avsevärt lägre på helgerna (bild 27).

I alternativt förslag 2 kan dygntjänstgöring helt avskaffas.

I ett längre perspektiv anser ledningsgruppen att ambulanssjukvården bör gå mot att helt avskaffa dygntjänstgöring, vilket är möjligt med utökad personalstat enligt alternativt förslag 2. Resultatet blir en förbättrad arbetsmiljö för ambulanspersonalen och en gemensam arbetstidsmodell.

Utifrån ett invånarperspektiv ger förslagen inga fler ambulansresurser, bortsett från alternativt förslag 2, då personal finns övertalig under veckorna och skulle då kunna bemanna två dagambulanser extra måndag till fredag. Det finns dock inte två extra ambulansfordon att tillgå varför dessa måste införskaffas om ambulansresursen ska ökas.

I grundförslaget enligt uppdrag görs reduktion av nattresurs samt förflyttning av resurs från natt till dag vilket gör att man kan bemanna två dagambulanser extra måndag till fredag men även här behöver ambulansfordon införskaffas.

6.4 Kostnader

Underskottet 2017 för ambulansverksamheten är 15,4 miljoner kronor. Ökad kostnad/år för nytt SOS-avtal är 3 miljoner kronor. Ökade kostnader för värdeminskning (ambulanserna skrivs av på fyra år istället för fem år) är 2,6 miljoner kronor. Med hänsyn till underskottet 2017 samt ökade kostnader prognosticeras underskottet för 2018 till 21 miljoner kronor.

Grundförslaget enligt utredningen där personalen schemaläggs del av dygn och har aktiv tid kombinerat med jour samt att det görs en resursreduktion nattetid och resursförflyttning från natt till dag enligt beskrivning 5.3.1 finns det ett behov av ytterligare två ambulansfordon. Kostnad för två dagbilar exkl. personal är 1,8 miljoner kronor per år. Total kostnad för grundförslaget (prognosticerat underskott 2018 samt grundförslag) är 22,8 miljoner kronor per år.

Alternativ förslag 1 där personalen schemaläggs del av dygn och har aktiv tid kombinerat med jour och att nuvarande ambulansresurser är oförändrade krävs 8 nya medarbetare till en kostnad av 6,15 miljoner kronor. Total kostnad för alternativ 1 (prognosticerat underskott 2018 samt alternativ1) är 27,2 miljoner kronor per år.

Alternativ förslag 2 där personalen schemaläggs del av dygn med enbart aktiv tid (ingen jour) samt har en veckoarbetstid på 34,2 timmar (ambulanssjukvårdare 37 timmar per vecka) kräver 32 nya medarbetare till en kostnad av 24,6 miljoner kronor. Total kostnad (prognosticerat underskott 2018 samt alternativ 2) är 45,6 miljoner kronor. Med denna schemaläggning blir det ett överskott av personal under veckorna som kan bemanna ytterligare två dagbilar till en kostnad av 1,8 miljoner kronor. Alternativet till två extra dagbilar är att hitta andra arbetsuppgifter för den övertaliga personalen. Total kostnad för alternativ 2 (prognosticerat underskott 2018 samt alternativ 2) samt två dagbilar är 47,4 miljoner kronor per år.

Enligt budgetskrivning 2018 ska en ny fullvärdig ambulans tillföras verksamheten. En dygnsambulans inkl. personal kostar 7,7 miljoner kronor per år. Ambulansledningen ser hellre att det tillförs två dagambulanser. Två ytterligare dagambulanser förväntas ge mer effekt på insatstiderna än en dygnsambulans. För invånarna skulle minskade insatstider vara positivt och kostnaden är i stort sett densamma (7,8 miljoner kronor per år).

Presidium Nämnd för Folkhälsa och sjukvård §§ 74-86

Tid: 2018-05-23, kl 08:00-09:45

Plats: Maria Frisks tjänsterum, Regionens hus

§ 76 **Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården, S2018/01188/SF**

Diarienummer: RJL2018/698

Beslut

Nämnden föreslås

- Godkänna föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.

Region Jönköpings län ställer sig bakom Sveriges kommuner och landstings yttrande i ärendet men vill lyfta fram några synpunkter.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2018-04-06
- Remiss ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården Ds 2018:5.

Yrkanden/synpunkter vid sammanträdet

Kort information lämnas till nämnden vid sammanträdet.

Beslut skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Vid protokollet

Lena Lindgren

Justeras

Maria Frisk

**Presidium Nämnd för Folkhälsa och
sjukvård §§ 74-86**

Tid: 2018-05-23, kl 08:00-09:45

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Strand

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården, S2018/01188/SF

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.

Region Jönköpings län ställer sig bakom Sveriges kommuner och landstings yttrande i ärendet men vill lyfta fram några synpunkter.

Information i ärendet

Socialdepartementet föreslår att genom lagreglering införa en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd till patienter som har ett särskilt behov av stöd för att kunna återgå i arbetslivet. Koordineringsinsatser ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Insatser ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2018-04-06
- Förslag till yttrande 2018-06-05
- Remiss ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården Ds 2018:5.

Beslut skickas till

Regionledningskontoret, Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Yttrande över remiss Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården, S2018/01188/SF

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade remiss Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

Region Jönköpings län är positiv till förslaget att införa en ny lag om koordineringsinsatser i hälso- och sjukvården. För att detta främjar återgång till arbetslivet genom att erbjuda patienter individuellt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Region Jönköpings län håller även med utredningen i stora delar av förslaget. Region Jönköpings län anser dock att utredningen har gjort en för snäv tolkning av koordineringsuppdraget och vill särskilt poängtera nedanstående punkter.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län ställer sig bakom Sveriges kommuner och landstings yttrande i ärendet och vill lyfta fram nedanstående punkter.

Region Jönköpings län anser att utredningens förslag för finansiering är för lågt räknad. Utredningen har inte tagit med väsentliga områden inom koordineringsinsatser, utvecklingen inom uppdraget samt har minskat beräkningen av tjänsterna med 30 %.

Införandet av rehabiliteringskoordinatorer i hälso- och sjukvården pågår i alla landsting. Antalet koordinatörer är ännu inte tillräckligt, varken inom primärvården eller i den specialiserade vården, och uppdraget är under utveckling. Sveriges kommuner och landsting har gjort en mer realistisk beräkning över kostnaderna.

Det som Region Jönköpings län vill tillägga i beräkningen är processledningens betydelse som stöd och utveckling av koordineringsuppdraget och anser att även antalet processledare är för lågt räknat. Det krävs mycket utbildning, utvecklingsinsatser, handledning och stöd för att koordineringsinsatserna ska utvecklas på ett optimalt sätt inom hälso- och sjukvården.

Om kostnaden för koordineringsinsatser och processledning inte täcks, kommer landstingen inte att kunna arbeta med den externa samverkan och ta kontakt med arbetsgivare i tillräcklig omfattning, som är en förutsättning för att nå goda effekter av koordineringen.

Region Jönköpings län vill betona att det finns fler professioner än läkare som koordinatör bör utveckla samverkan med internt. Framförallt telefonrådgivningen men även hela rehabiliteringsteamet. Rutiner behöver utvecklas internt men också rutiner för att extern samverkan ska fungera och då speciellt med arbetsgivare.

Region Jönköpings län vill poängtera att det för hälso- och sjukvården är en förutsättning i koordineringen att kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, vid behov ge stöd samt motivera patienten att ta kontakt med arbetsgivare och andra aktörer. Dessa uppgifter kan inte enbart vara Försäkringskassans ansvar.

Region Jönköpings län ser positivt på att Försäkringskassan ska ha samordningsansvaret men vill påtala att både hälso- och sjukvården och arbetsgivare de senaste åren vid flertal tillfällen uttryckt att det skett en försämring av samordningen för patienten. Försäkringskassan uppger själva att de inte kan prioritera samordningsuppdraget. Det är av avgörande betydelse att Försäkringskassans samordning av rehabiliteringsinsatser förbättras och att den sker i större omfattning, annars kvarstår den problematik som råder i nuläget.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Maria Frisk
Ordförande i Nämnden för
Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24767-9

ISSN 0284-6012

Förord

Denna promemoria har utarbetats av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet som har haft i uppdrag att utreda formerna för en obligatorisk rehabiliteringskoordinatorfunktion inom hälso- och sjukvården och ta fram förslag till behövliga lag- och förordningsändringar. Promemorian innehåller förslag till en ny lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet.

Under arbetet med promemorian har arbetsgruppen i enlighet med uppdraget samrått och haft dialog med berörda departement och med ett stort antal myndigheter och organisationer. Arbetsgruppen har också besökt ett antal landsting och träffat rehabiliteringskoordinatorer och andra företrädare för landstingen.

Stockholm februari 2018

Therese Karlberg

Innehåll

1	Lagförslag.....	7
1.1	Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet.....	7
1.2	Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355).....	9
2	Bakgrund.....	11
2.1	Åtgärder angående sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	11
2.1.1	Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro	11
2.1.2	Överenskommelsen mellan staten och SKL	12
2.2	Rehabiliteringskoordineringsfunktionen	14
2.2.1	Utvecklingen av koordineringsfunktionen.....	14
2.2.2	Rehabiliteringskoordineringsfunktionen i dag.....	15
2.3	Utvärderingar och erfarenheter	21
2.3.1	Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator, Stockholms läns landsting.....	21
2.3.2	Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting	23
2.3.3	En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting.....	24
2.3.4	Erfarenheter från några landsting.....	25
2.4	Olika aktörers ansvar för rehabilitering av sjukskrivna.....	27

2.4.1	Rehabilitering	27
2.4.2	Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken	27
2.4.3	Försäkringskassans ansvar för rehabilitering	28
2.4.4	Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering	30
2.4.5	Rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen	33
2.4.6	Landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvård och rehabilitering	34
2.4.7	Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering	39
2.4.8	Kommunens ansvar för olika insatser till den som är sjukskriven	40
2.4.9	Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet	43
2.5	Samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården	44
3	Förslag	47
3.1	En permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet	47
3.2	Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet	51
3.2.1	Vad är koordineringsinsatser?	53
3.2.2	Gränsdragning mot Försäkringskassans ansvar och andra åtgärder för stöd till individen	59
3.2.3	Samtycke och delaktighet	60
3.2.4	Försäkringsmedicinsk kunskapsförmedling och utveckling av arbetsrutiner bör inte regleras	61
3.2.5	Kompetens för att utföra koordineringsinsatser	62
3.2.6	En ny lag om koordineringsinsatser	63
3.3	Information till Försäkringskassan	65
3.4	Andra aktörers ansvar för rehabilitering	66
3.5	Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna?	68
3.6	Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet	70
3.7	Journalföring	71

3.8	Personuppgiftshantering och dataskydd inom koordineringsverksamheten	73
3.9	Patientdatalagen ska omfatta även koordinering	79
3.10	Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer.....	81
3.11	Sekretess	83
3.12	Ikraftträdande	86
3.13	Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna.....	87
4	Konsekvenser	89
4.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	89
4.2	Konsekvenser för patienter i hälso- och sjukvården.....	89
4.3	Konsekvenser för landstingen.....	90
4.4	Konsekvenser för arbetsgivare	91
4.5	Konsekvenser för Försäkringskassan	92
4.6	Konsekvenser för Arbetsförmedlingen	92
4.7	Konsekvenser för kommunerna.....	93
4.8	Konsekvenser för företag	93
4.9	Konsekvenser för jämställdhet.....	93
4.10	Konsekvenser för de integrationspolitiska målen.....	95
4.11	Konsekvenser för brottsligheten	95
4.12	Konsekvenser för barn.....	95
4.13	Konsekvenser för miljön	96
4.14	Konsekvenser för sjukfrånvaron och sjukförsäkringen.....	96
4.15	Ekonomiska konsekvenser	96

5	Författningskommentar	101
5.1	Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet	101
5.2	Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)	106

1 Lagförslag

1.1 Förslag till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Landstinget ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Det som sägs om landsting i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

2 § Koordineringsinsatser ska ges inom hälso- och sjukvårdssamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

3 § Om en patient som erbjuds koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

4 § Landstingets ansvar enligt denna lag omfattar patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för.

5 § När uppgifter enligt denna lag utförs ska patientdatalagen (2008:355) vara tillämplig.

6 § Den som arbetar eller har arbetat med att utföra uppgifter enligt denna lag inom enskilt bedriven verksamhet omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt m.m. i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) ska ha följande lydelse.

1 kap. 3 §¹

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

Nuvarande lydelse

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Föreslagen lydelse

Uttryck	Betydelse
Hälso- och sjukvård	Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen

¹ Senaste lydelse 2017:60.

(2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet* samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

2 Bakgrund

2.1 Åtgärder angående sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

2.1.1 Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron ökade kraftigt mellan 2010 och 2016 och utgifterna för sjukpenning fördubblades under den tiden. Ökningen berodde både på att fler personer blev sjukskrivna och att personer blev sjukskrivna under längre perioder. Den kraftiga ökningstakten mattades av under hösten 2016, och sjukfrånvaron minskar för tillfället. Nivåerna är dock fortfarande höga jämfört med 2010. Sjukfrånvaron är högst och har ökat mest bland kvinnor. Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro, både bland kvinnor och bland män.

Att bryta utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron har varit och är en prioriterad fråga för regeringen. Regeringen beslutade 2015 om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.² Programmet består av sju olika områden, och målet är att sjukpenningtalet ska uppgå till högst 9,0 i december 2020.³ I åtgärdsprogrammet görs det tydligt att Försäkringskassan är en av de viktigaste aktörerna för att komma till rätta med utvecklingen i fråga om sjukfrånvaro, men att också vården har en central roll. Enligt åtgärdsprogrammet ska primärvårdens förutsättningar att erbjuda adekvat vård och behandling främjas så att individerna så snart som möjligt ska återfå hälsa och återgå i arbete. Även i

² S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF

³ Sjukpenningtalet anger antalet utbetalda dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år (exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning). Alla dagar är omräknade till nettodagar, det vill säga två dagar med halv ersättning räknas som en dag.

budgetpropositionen för 2018 lyfter regeringen fram hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering som viktiga åtgärder.⁴ I januari 2018 har regeringen i en utveckling av åtgärdsprogrammet konstaterat att man med hjälp av ett flertal andra aktörer har lyckats vända den negativa utveckling som pågått sedan 2010 när det gäller sjukfrånvaron.⁵ Regeringen anför att målet är friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro och att åtgärdsprogrammet därför behöver utvecklas. Det behöver inriktas på insatser för en sjukförsäkring som ger såväl trygghet som stöd. I det fortsatta arbetet har regeringen identifierat två utvecklingsområden där det behövs ytterligare insatser. Det handlar om att stödet till individen behöver öka och att samverkan mellan myndigheter behöver stärkas. I programmet finns bl.a. en punkt som gäller ett regeringsuppdrag till Försäkringskassan att inom ramen för sitt lagstadgade samordningsansvar förstärka arbetet med att ge stöd till individers återgång i arbete. En annan punkt handlar om en permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården.

2.1.2 Överenskommelsen mellan staten och SKL

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffat överenskommelser för att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan en högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I den senaste överenskommelsen, som ingicks i december 2016 och som gäller för 2017 och 2018, enades regeringen och SKL om medel för fem insatsområden för att bidra till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Ett av insatsområdena är en utveckling av en funktion för koordinering.⁶ Syftet med villkoret om en sådan funktion är dels att patienter ska få ett tidigt, individuellt stöd i hälso- och sjukvården, vilket underlättar för dem att

⁴ Prop. 2017/18:1 utgiftsområde. 10, s. 38ff.

⁵ Dnr S2015/06106/SF

⁶ I det villkoret ingår, på samma sätt som för övriga fyra insatsområden, landstingens arbete med jämställdhet och våld i nära relationer som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivning och rehabilitering. Övriga insatsområden är kompetenssatsning i försäkringsmedicin, insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, utökat elektroniskt informationsutbyte och utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning.

återgå i arbete eller vara kvar i arbete, dels att möjliggöra en god samverkan kring patienten mellan olika delar av vården och externa aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. Enligt överenskommelsen ska landstingen senast vid utgången av 2018 säkerställa att en sådan funktion för koordinering finns i alla delar av primärvården där sjukskrivning förekommer. Landstingen skulle under 2017 också analysera behovet av att funktionen finns inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården där sjukskrivning är vanligt förekommande, och under 2018 ska landstingen ha påbörjat införandet av funktionen i berörda verksamheter.

En koordineringsfunktion ska enligt överenskommelsen ha följande uppdrag:

- Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.
- Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter inom hälso- och sjukvården, vilket inkluderar en individuell kartläggning av patientens rehabiliteringsbehov och uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster.
- Kontakt med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke till det, för att uppmärksamma arbetsgivaren på eventuella behov av anpassningar och arbetslivsinriktad rehabilitering. Om patienten är arbetslös kan motsvarande kontakt tas med Arbetsförmedlingen. Funktionen bör också samarbeta med Försäkringskassan och kommunen.

Det är frivilligt för landstingen att följa överenskommelsens villkor och därmed att få del av de medel som utbetalas om villkoren uppfylls. Enligt överenskommelsen ska SKL vidareutveckla stöd och insatser så att funktionen för koordinering kan utvecklas i samtliga landsting. I överenskommelsen uttalas också att regeringen avser att se över förutsättningarna för att införa en permanent funktion för rehabiliteringskoordinering.

2.2 Rehabiliteringskoordineringsfunktionen

2.2.1 Utvecklingen av koordineringsfunktionen

De första formerna av koordineringsfunktionen utvecklades i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet i några landsting. I Landstinget i Jönköpings län, som var bland de första att arbeta med funktionen, inrättades koordinatorstjänster kring slutet av 1990-talet med finansiering från medel i Dagmaröverenskommelsen. I början av 2000-talet började liknande pilotprojekt i flera landsting. Koordinatorer med något olika uppdrag tillsattes på hälsocentraler för att utveckla internt teamarbete kring sjukskrivna och förbättra samarbetet med externa aktörer. Exempelvis började så kallade sjukskrivningscoacher arbeta inom vården i Västra Götalands läns landsting kring 2006, som en följd av att olika yrkesgrupper sett ett behov av att samordna åtgärder för sjukskrivna patienter. De första koordinatorerna arbetade också med att utveckla den försäkringsmedicinska kompetensen inom vården. En av de viktigaste uppgifterna var att fungera som kontaktperson för sjukskrivna patienter, för vårdpersonal internt och för externa aktörer.⁷

Erfarenheterna från pilotprojekten var positiva. År 2006 träffade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en första överenskommelse om statliga stimulansmedel på sjukskrivningsområdet (Sjukskrivningsmiljarden), och enligt den överenskommelsen tilldelades landstingen medel för att utveckla sjukskrivningsprocessen. I och med att det tillfördes statliga medel infördes koordineringsfunktionen snabbt på fler och fler ställen.⁸ Funktionen har fått något varierande innehåll i olika delar av landet, men det övergripande gemensamma syftet är att ge individuellt stöd och arbeta med en helhetssyn på patientens behov för att stödja återgång i arbete, förkorta sjukskrivningstiderna och motverka omotiverat långa sjukskrivningar.

⁷ ReKoord-projektet Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet 2013-09-02

⁸ Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, Sveriges Kommuner och Landsting, juni 2015, s. 5.

2.2.2 Rehabiliteringskoordineringsfunktionen i dag

I dag finns någon form av koordineringsfunktion inom samtliga landsting. De som arbetar med koordineringen brukar kallas rehabiliteringskoordinatorer. De flesta koordinatorerna finns inom primärvården, men de förekommer också inom specialistvården och utvecklingen går mot allt fler även där. Några landsting har rehabiliteringskoordinatorer som är anställda för att enbart arbeta med koordinering, men många kombinerar koordineringsuppdraget med andra arbetsuppgifter inom vården. På en del håll är koordinatorerna anställda på en viss vårdcentral, medan de på andra ställen utför uppdraget åt flera vårdcentraler. I något landsting är alla rehabiliteringskoordinatorer anställda centralt och bevakar och tillgodoser behovet av koordinering på samtliga vårdcentraler, även hos de privata vårdgivarna.

De flesta som arbetar som rehabiliteringskoordinatorer har en vårdutbildning med legitimation, och det vanligaste är att man är arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjuksköterska. Det finns också undersköterskor, kuratorer med socionomutbildning och de med helt annan utbildning och erfarenhet, t.ex. tidigare handläggare från Försäkringskassan, som arbetar som koordinatorer. Centralt inom varje landsting finns processledare för koordineringsarbetet. Även en del av processledarna är legitimerad vårdpersonal.

Många landsting har en intern grundläggande försäkringsmedicinsk utbildning för rehabiliteringskoordinatorerna och erbjuder även en koordinatorsutbildning på högskolenivå. Sådana utbildningar finns för närvarande som uppdragsutbildningar på några lärosäten.⁹

Arbets sättet är likartat i alla landsting, men det finns skillnader. För att få del av medel från överenskommelsen mellan staten och SKL krävs, som beskrivits ovan i avsnitt 2.1.2, att funktionen omfattar individuellt stöd till patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna, samverkan internt inom vården, kartläggning av individens rehabiliteringsbehov, uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster och kontakter med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen vid behov och efter pati-

⁹ För närvarande finns uppdragsutbildningar vid bl.a. Lunds universitet och Karolinska institutet.

entens samtycke. I stort sett alla landsting uppfyller kriterierna, men det sker på olika sätt.

SKL har gett ut en metodbok för koordinering med praktisk vägledning för hur koordinatorsuppdraget bör se ut i landstingen och hur koordineringen bör gå till.¹⁰ Enligt metodboken innefattar koordineringsuppdraget tre huvudområden: Intern samverkan och samordning, individuellt stöd till patienter samt extern samverkan. Den interna samordningen och samverkan beskrivs som att stödja verksamhetschefen i arbetet med att utveckla rutiner och arbetssätt för sjukskrivningsprocessen, att koordinera och utveckla arbetet inom vårdenheten och gentemot andra vårdenheter, att verka för en jämställd sjukskrivningsprocess, att se riskfaktorer och identifiera patienter som behöver koordineringsinsatser och att arbeta med kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. Individuellt stöd till patienter handlar enligt metodboken om att kartlägga patientens rehabiliteringsbehov, att i dialog med patienten, vårdpersonal och externa aktörer bidra till en rehabiliteringsplan upprättas, att vara kontaktperson till patienten och att stödja patienten i kontakten med arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen. Den externa samverkan innebär att vara en samarbetspartner och kontaktperson för externa aktörer och bidra till utvecklingen av samverkan.¹¹ I metodboken finns en nivågradering, en steg, som visar olika avancerade nivåer för en rehabiliteringskoordinators arbete. Enligt den lägsta nivån arbetar koordinatören enbart som tidbokare för patienten och enligt den högsta nivån fungerar koordinatören som organisatör, teamledare, rådgivare till läkare och annan vårdpersonal och utbildningsansvarig inom vårdenheten. Däremellan beskrivs ett antal olika mellannivåer i fråga om hur pass avancerat koordinatörens arbete är, och strävan bör enligt metodboken vara att koordinatören ska ha den mest avancerade nivån i sitt uppdrag.¹²

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av rehabiliteringskoordinatorernas arbete i dag.¹³

¹⁰ Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården, Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

¹¹ A. a. s. 39.

¹² A. a. s. 90 ff.

¹³ Enligt information som lämnats till arbetsgruppen vid studiebesök och möten med rehabiliteringskoordinatorer och företrädare för några landsting under våren 2017.

Individuellt stöd och kartläggning

Individuellt stöd till enskilda patienter utgör en stor del av rehabiliteringskoordinatorernas arbete. Det finns dock skillnader i hur det stödet ges, och i vilken omfattning koordinatorena har direktkontakt med patienterna. I vissa landsting läggs mycket tid på det personliga mötet där koordinatoren träffar patienten och stöttar och motiverar denne att hitta lösningar på de svårigheter som upptäcks som hindrar patienten att återgå till arbete. På andra håll har koordinatoren en mer överordnad roll, där arbetet inriktas på att urskilja vilka patienter som ska erbjudas särskilt stöd, och att genom teamarbete verka för att all vårdpersonal runt en patient arbetar på samma sätt för att främja arbetsåtergång. Rehabiliteringskoordinators roll kan i de fallen beskrivas mer som en internt rådgivande funktion, och koordinatoren utför sitt uppdrag mindre i patientmöten och mer genom stöd till den personal som har direktkontakten med patienterna.

Det är vanligt att rehabiliteringskoordinatoren i de fall där det behövs inleder arbetet med en bred kartläggning av patientens livssituation och vårdhistorik för att utreda möjligheter och hinder för arbetsåtergång. Vid kartläggningen undersöks alla förhållanden kring patienten som kan påverka arbetsförmågan. Det kan förutom vårdbehoven handla om arbetsförhållandena, ekonomi, livsstil, familjesituation och social situation i övrigt och annat som kan vara av betydelse. Koordinatoren brukar bedöma risken för långtidssjukskrivning och analysera individens arbetsförmåga i förhållande till kraven på arbetsplatsen. Koordinatoren uppmärksammar frågor om stress och oro och hjälper patienten att ta initiativ och hitta motivation till att genomföra olika åtgärder, både medicinska och andra. Det kan handla om behov som ska tillgodoses av Arbetsförmedlingen eller kommunen, där rehabiliteringskoordinatoren initierar och driver kontakter för att få i gång olika insatser. Inte sällan kan det handla om ekonomiska svårigheter eller familjeproblem som påverkar patientens mående, eller en allmän otrivsel på grund av den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen.

Inom vissa landsting ger koordinatoren råd och vägledning i sjukskrivnings- och sjukförsäkringsfrågor och informerar om processen hos andra aktörer. Patienten får hjälp att förstå innebörden av Försäkringskassans beslut, konsekvenserna av sjukskrivningen

och olika steg i rehabiliteringskedjan. Det förekommer också att det ligger inom koordinatorernas ansvar att hålla kontakt med patienten efter att sjukskrivningen är avslutad, för att följa upp hur denne mår och förebygga att patienten insjuknar på nytt.

Koordinatorerna arbetar inte med terapi eller medicinska bedömningar och insatser inom sitt uppdrag som rehabiliteringskoordinator. Vissa har en utbildning och tjänst som psykolog eller psykoterapeut och kan i den rollen arbeta med terapi, men det individuella stödet inom koordineringen handlar i stället om att fungera mer som en kontaktperson eller en coach.

Intern samverkan inom vården

En annan del av koordinatorernas arbete är den interna samverkan inom hälso- och sjukvården. Det arbetet handlar om att koordinatorerna verkar för att alla inom vården ska arbeta mot samma mål för den enskilde patienten. Koordinatören är på vissa håll med i planeringen av arbetet på vårdenheten och leder teamarbeten kring sjukskrivning och rehabilitering. I många landsting ingår koordinatorerna i multidisciplinära team med flera olika specialiteter representerade, vilket ska bidra till en helhetssyn på patienten. Koordinatorns arbete beskrivs på vissa håll som en aktiv medverkan i framtagandet av en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan och en analys av om åtgärderna faktiskt leder till målet att patienten återgår till arbete.

Koordinatorsfunktionen handlar framförallt om att medverka till att patienten ska kunna lämna sin sjukskrivning och återgå till arbete eller annan sysselsättning, vilket skiljer rollen från andra samordningsfunktioner inom vården. Många anför att det särskilda syftet som koordinatorerna har med sitt arbete innebär att koordinatorerna kan arbeta mer strategiskt och offensivt för att hjälpa patienten att nå det målet.

Det finns landsting där alla patienter tilldelas en fast vårdkontakt, som i sin tur kan förmedla patienten till en rehabiliteringskoordinator om det behövs. På vissa håll förs diskussioner om vilka olika samordningsfunktioner som bör finnas, och om t.ex. koordinatorsuppdraget och verksamheten med fast vårdkontakt kan kombineras i någon form.

Kontakter med arbetsgivare och andra aktörer

Det ingår i rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag i de flesta landsting att ha kontakter med arbetsgivare och andra relevanta aktörer när det gäller rehabiliteringen av en patient. Det varierar när det gäller hur utvecklat det arbetet är. På vissa håll har man precis börjat skapa rutiner för hur en sådan kommunikation kan och bör gå till, medan det på andra håll har blivit ett väl inarbetat arbetssätt. I några landsting arbetar man på ett övergripande plan med rutiner för samarbetet med externa aktörer, t.ex. genom att skapa nätverk med arbetsgivarna, Försäkringskassan och andra berörda. Många koordinators har som målsättning att patienten själv ska ta nödvändiga kontakter, men på vissa håll kan koordinators ha en ombudsliknande roll för patienten och ta de kontakter som behövs för patientens räkning. Det kan handla om att initiera insatser hos Arbetsförmedlingen och följa upp att åtgärder vidtas. Det förkommer också att koordinators följer med patienten till arbetsplatsen för att undersöka arbetsmiljön och förutsättningarna för anpassningar eller för att fungera som stödperson i mötet med arbetsgivaren.

På vissa håll menar man att samverkan med arbetsgivaren är avgörande för ett effektivt koordineringsarbete som ska leda till en snabbare arbetsåtergång. Det kan handla om att koordinators förmedlar information till arbetsgivaren om vad som behöver anpassas på arbetsplatsen, men också om att arbetsgivaren har behov av att diskutera t.ex. när och hur det är lämpligt att ta de första kontakterna med en sjukskriven arbetstagare och vad diagnosen och den nedsatta arbetsförmågan betyder i praktiken.

Rehabiliteringskoordinators fungerar också som kontaktperson för arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och andra aktörer som söker kontakt med vården i enskilda ärenden. En sådan direktingång gör att myndigheternas handläggare och andra snabbt kan få underlag för sina planer och beslut. Koordinators roll beskrivs i många fall som en funktion som samordnar de olika aktörernas insatser, ger dem råd kring rehabiliteringsåtgärder och skapar struktur i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering för enskilda patienter. En "spindel i nätet" i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Uppföljning av statistik om sjukskrivningsmönster och annat internt verksamhetsstöd i sjukskrivningsarbetet

I koordinatorernas arbete kan också ingå att följa upp statistik om sjukskrivningar och sjukskrivningsmönster, förbättra och utveckla interna rutiner och strukturer kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att bidra med kunskaper i försäkringsmedicin på vårdnheten. Koordinatorerna ger information om förändringar kopplade till försäkringsmedicin, hjälper till att ha överblick och att navigera i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och den så kallade rehabkedjan som Försäkringskassan ska tillämpa enligt socialförsäkringsbalken. Koordinatorerna fungerar många gånger som stöd till läkare, annan vårdpersonal och olika vårdaktörer i sjukskrivningsfrågor och intygsskrivning. Det förekommer att hälften av arbetstiden läggs på sådant internt stödarbete som inte är direkt kopplat till en viss patient.

Patienter som får del av koordineringen

Inte i något landsting erbjuds koordineringsinsatser till alla sjukskrivna patienter. Landstingen har olika principer för vilka patienter som får stöd av en rehabiliteringskoordinator. Det är alltid patientens behov som styr, men i några fall inriktas insatserna på patienter med komplicerad och lång sjukskrivning, medan andra landsting koncentrerar sig på ett tidigt och förebyggande arbete. På vissa håll försöker man identifiera de patienter som inte har en enkel, linjär plan för återgång i arbete, där det finns behov av kontakter med arbetsgivaren eller komplicerande faktorer i andra delar av patientens livssituation och där det därför kan behövas en aktiv planering på flera områden. I bland utgår man från en tumregel om en viss tids sjukskrivning i vissa patientgrupper för att avgöra vilka patienter rehabiliteringskoordinatorerna ska arbeta med. Andra gånger görs mer individuella bedömningar av om det räcker med de medicinska insatserna eller om det måste till något annat för att hjälpa patienten tillbaka till arbete. Bedömningarna görs i samråd mellan läkaren och rehabiliteringskoordinatören. Något landsting har tagit fram särskilda riskfaktorer för lång sjukskrivning och urskiljer patienter i behov av rehabiliteringskoordination utifrån dessa.

2.3 Utvärderingar och erfarenheter

2.3.1 Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator, Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting genomför i samarbete med Health Navigator AB sedan januari 2013 en utvärdering av koordinatorfunktionen inom landstinget. Syftet är att utvärdera effekterna av rehabiliteringskoordination och utarbeta en evidensbaserad modell för koordineringen. Arbetet sker genom en randomiserad kontrollerad studie där effekter av den strukturerade modellen med rehabiliteringskoordinator utvärderas med avseende på sjukskrivning, vårdkonsumtion och livskvalitet. I mars 2016 lämnades en delrapport, och i september 2017 en andra delrapport. En slutrapport ska vara klar 2018. I delrapporten från 2016 redovisas att en minskning i sjukskrivning observerades i högre grad hos de som får en rehabiliteringskoordinator än hos kontrollgruppen.¹⁴ Det handlade om 32 % minskning, eller 53 dagar. Den grupp som fick en rehabiliteringskoordinator hade en större minskning av den totala sjukskrivningsgraden, och för individer som avslutade sin sjukskrivning observerades en snabbare återgång till arbete och lägre ersättning från Försäkringskassan för de som haft hjälp av en rehabiliteringskoordinator. Det fanns en viss skillnad i effekten mellan olika sjukdomsgrupper. Vidare framgår av delrapporten att patienter med rehabiliteringskoordinator hade en något högre öppenvårdskonsumtion, de förbättrade sin livskvalitet och hade enligt läkarna en ökad följsamhet till behandling och en minskning av administrativ belastning. Både patienter och läkare uppskattade stödet. I rapporten anförts följande som viktiga komponenter i koordineringsarbetet. Rehabiliteringskoordinatorn bör vara särskilt utbildad. Det krävs en tidig identifiering av patienter med risk för längre sjukskrivning och stödet bör anpassas individuellt efter patientens förutsättningar. Vidare bör fokus genomgående vara på arbetsförmåga, och det bör finnas ett nära samarbete med övrig vårdpersonal för att finna orsakerna till sjukskrivningen och lämplig plan för återgång i arbete. Försäkringskassan, arbetsgivare och andra aktörer kring patienten bör involveras tidigt. Rehabilite-

¹⁴ Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator, 2016

ringskoordineringen bör innehålla noggrann, patientnära ledning med daglig uppföljning och ledningsstöd.

I delrapporten som lämnades i september 2017 redovisas följande.¹⁵ De patienter som erhåller stöd av en rehabiliteringskoordinator har en lägre genomsnittlig sjukskrivningsgrad över tid än kontrollgruppen. De lämnar sjukskrivningen snabbare, lämnar sjukskrivningen helt efter första sjukskrivningen och har färre åter-sjukskrivningar jämfört med kontrollgruppen. Effekten av stödet från koordinatören skiljer sig mellan olika diagnosgrupper och olika omfattning på historisk sjukskrivning och vårdkonsumtion. Koordinatorstödet har bäst effekt för patienter med historisk sjukskrivning och diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa, och även vid diagnoser med risk för långvarig smärta. Koordinatorinsatsen har begränsad effekt på sjukskrivningen för de patienter som har en stor omfattning av historisk sjukskrivning och hög vårdkonsumtion och ingen effekt på sjukskrivning för patienter som har diagnoser inom både psykisk ohälsa och långvarig smärta. I delrapporten redovisas att det inte heller syns någon effekt på sjukskrivning för patienter som tidigare inte har någon sjukskrivning och har låg vårdkonsumtion eller för de som har en låg sjukskrivningsgrad. Bedömningen är att den gruppen klarar sin arbetsåtergång utan extra stöd av en rehabiliteringskoordinator. Utvärderingen visar endast små skillnader i vårdkonsumtion för patienter med koordinator jämfört med kontrollgruppen. I rapporten redovisas också att patienterna är nöjda med stödet och att de rapporterar en förbättrad livskvalitet och uppger att de framförallt får hjälp med kunskaper om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, stöd med att sätta upp mål, en plan för återgång och hjälp med kontakter. Vidare framgår att läkarna är nöjda och uppger att koordinatören är en uppskattad resurs och kompetensförstärkning på vårdcentralen, att de ser en förbättrad följsamhet till vård och rehabilitering för patienter med rehabiliteringskoordinator. Sammantaget anför det i rapporten att utvärderingen visar att välstrukturerade modeller med rehabiliteringskoordinatorer har god effekt på sjukskrivning och livskvalitet men oförändrad omfattning på vård-

¹⁵ Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting, Delrapport 2, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017.

konsumtion. Det sammanfattas vidare att utvärderingen visar att koordinatörerna inte har effekt på alla sjukskrivningar och att stödet endast bör erbjudas de med behov av en koordinatör. För vissa patientgrupper behövs sannolikt mer omfattande koordinering av insatser i teamarbete och insatser även från andra huvudmän, och för ett effektivt införande av koordinatörer inom sjukvården blir utformning av organisation, ersättningsmodell till framtida utförare och uppföljning avgörande, anför det i rapporten.

2.3.2 Nationell utvärdering av koordinatörfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting

År 2013 lämnade Västerbottens läns landsting en rapport¹⁶ över en nationell utvärdering av koordinatörfunktionen. I rapporten konstaterades bl.a. att funktionen har många positiva effekter för patienterna, för övrig vårdpersonal och för samverkan med externa aktörer. Patienterna beskrev rehabiliteringskoordinatören som någon som visar engagemang, respekt och förståelse och som fungerar som stöd och praktisk hjälp. Vårdpersonal värdesatte koordinatörens kunskaper i försäkringsmedicin och arbete med struktur och nätverk. Dessutom upplevdes arbetsmiljön bli bättre. Läkare berättade att koordinatörerna underlättar för dem bl.a. genom att diskutera behovet av sjukskrivning med patienten, och resonera om i fall det är det bästa eller om det finns alternativ som gör det möjligt för patienten att kunna arbeta. Läkarna blev också avlastade och kunde därmed ta emot fler patienter, både personer i arbetsför ålder och andra kanske högre prioriterade patienter. Externa aktörer uttryckte att koordinatörerna förmedlar information och bidrar till att möjliggöra tidigare rehabilitering. I rapporten beskrevs vårdens kunskaper om och implementering av försäkringsmedicin som en viktig framgångsfaktor för koordineringsarbetet, liksom en utveckling av samarbetet med externa aktörer. Koordinatörernas arbete ger en effektivare och mer kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess, vilket i regel innebär att sjukskrivningstiderna kan kortas.

¹⁶ ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatörfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå universitet och Mittuniversitetet, 2013

För att koordinatorerna ska kunna utföra sitt uppdrag är det enligt rapporten viktigt att det bl.a. finns stöd och ett tydligt uppdrag från ledningen, tillräckligt med tid för uppdraget och fungerande teamarbete och samverkan. Vidare krävs en genomtänkt prioritering av vilka patienter som ska erbjudas koordinering. Koordineringsfunktionen fungerar som bäst när den omfattar organisationsuppgifter och statistikhantering, när den fungerar som stöd och samordnare för läkare och annan vårdpersonal i försäkringsmedicinska frågor och när koordinatören får vara kontaktperson och coach för patienten och deltar i bedömningar och rehabiliteringsplanering för den enskilde. Därutöver behöver koordinatören samarbeta med externa aktörer. Den som ska arbeta med koordinatorsuppdraget bör enligt samma rapport bl.a. ha försäkringsmedicinsk kompetens, kunskaper om författningar, organisation och arbetssätt, medicinsk kompetens och erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvården. Koordinatören bör också ha kunskaper om patientkommunikation, motivation och teamarbete och ha lämpliga personliga egenskaper.

2.3.3 En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) färdigställde i maj 2015 en litteraturstudie¹⁷ för att beskriva det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordinatorfunktion och undersöka effekterna av koordinatorernas insatser. SKL anförde i studien att det är troligt att systemet med koordinering kring patienter inte har någon motsvarighet i andra länder. De flesta internationella studier om koordinatörer handlar om koordinatörer inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Vidare anfördes i studien att behovet av koordinerande funktioner i olika stadier av patientens process tillbaka till arbetslivet verifieras, likaså att processen behöver starta i flera stadier samtidigt och pågå parallellt. Koordinatörer inom olika organisationer som samarbetar med varandra gynnar patientens rehabilitering till arbete. SKL menade vidare att resultaten visar att det krävs omfattande kunskaper och lämpliga personliga egen-

¹⁷ Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, En litteraturstudie, Sveriges Kommuner och Landsting, 2015

skaper för att klara arbetet som rehabiliteringskoordinator. Effekterna av en koordineringsfunktion beskrevs mycket positivt, bl.a. för patienter, medarbetare, på sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete. Det anfördes i studien att hälso- och sjukvården är en viktig part i den samverkan som krävs för återgång i arbete. Vården har behov av någon som fungerar som personlig kontakt och stöd till individen, som koordinerar vårdens insatser och har kontakt med arbetsgivare och andra organisationer. Vidare beskrevs att det finns behov av koordinerande funktioner i den arbetsrelaterade delen av rehabiliteringen, hos arbetsgivare och arbetsförmedling. Koordinatören inom hälso- och sjukvården har tre viktiga funktioner: stöd till individen, koordinerande funktion inom hälso- och sjukvården och kontakt- och samarbetsperson till externa aktörer.

2.3.4 Erfarenheter från några landsting

Många landsting har redogjort för¹⁸ att patienter upplever stöd från rehabiliteringskoordinatorerna, att läkare och annan vårdpersonal får stöd i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering vilket underlättar för dem, och att externa aktörer har en välfungerande kontaktväg in i vården. Några har också anförts att de ser ett samband mellan kontakter med arbetsgivare och lägre sjukskrivningsgrad, och att antalet sjukskrivna minskar på vårdcentraler med rehabiliteringskoordinering. Landstingen menar överlag att kontakterna med arbetsgivare fungerar väl. Arbetsgivarna är intresserade av att ha kontakt och vill samarbeta kring individen och dennes behov. Det är få arbetsgivare som är avvisande till kontakter med rehabiliteringskoordinatorn. Däremot förekommer det att patienter inte vill att koordinatören tar kontakt med arbetsgivaren, vilket enligt landstingen kan ha flera orsaker. Oftast rör det sig om ett integritetsbehov hos patienten och i många fall bottnar sjukskrivningsorsaken i problem i arbetsmiljön i de fallen.

Vidare har man sett att koordineringsarbetet bidrar till trygghet för patienterna, och i det sammanhanget beskrivs teamarbetet som

¹⁸ Enligt information som lämnats till arbetsgruppen vid studiebesök och möten med rehabiliteringskoordinatorer och företrädare för några landsting under våren 2017.

viktigt. Andra erfarenheter är en ökad medvetenhet om jämställdhetsfrågor i sjukskrivningsprocessen, t.ex. hur missbruk och våld i nära relationer kan påverka.

Det har framförts att det krävs att koordinatorena har tillräckligt med tid för att planera och strukturera insatser för patienterna, och även för övergripande utvecklingsarbete, för att arbetet ska ha positiva effekter. Om koordineringsuppdraget är för begränsat tidsmässigt och dessutom bara innefattar en kontaktpersonsroll har det inte någon större effekt. För att arbetet ska fungera krävs också stöd från chef och ledning och ett tydligt uppdrag till rehabiliteringskoordinatoren. Det anses vidare vara av väsentlig betydelse att läkarnas kunskaper i försäkringsmedicin förstärks för att koordineringsinsatserna ska fungera.

Något som har beskrivits av flera som arbetar med rehabiliteringskoordinering är att Försäkringskassan inte prioriterar samordningsansvaret för enskilda patienter, särskilt inte tidigt i en process. Uppfattningen inom många landsting är att Försäkringskassans arbete med samordningsinsatser dessutom har minskat allt mer i takt med utvecklingen av rehabiliteringskoordinatorsfunktionen. Koordinatorerna har ofta kunnat se att patienterna inte får det stöd de har rätt till från Försäkringskassan och därför har de själva utvecklat och tillhandahållit det stödet. Deras aktiva arbete med bred kartläggning och samordning av olika aktörers insatser har medfört att behovet för patienterna tillgodoses utan att Försäkringskassan behöver ingripa. Det innebär dock i praktiken att koordinatorena inom landstinget utför uppgifter som egentligen vilar på Försäkringskassan, vilket många tycker är olyckligt.

Andra erfarenheter som har framkommit är t.ex. att koordineringsarbetet kompliceras av att många olika läkare (så kallade stafett- eller hyrläkare) arbetar på vårdcentralerna, vilket påverkar kontinuiteten och bedömningarna av rehabiliteringsbehoven för patienterna, och dessutom att IT-systemen är dåligt anpassade för arbetet. Flera landsting har framfört att det finns behov av en särskild utbildning för dem som ska arbeta med rehabiliteringskoordinering.

2.4 Olika aktörers ansvar för rehabilitering av sjukskrivna

2.4.1 Rehabilitering

De koordineringsinsatser som tillhandahålls i landstingen i dag utförs av så kallade rehabiliteringskoordinatorer. Rehabilitering är ett begrepp som ofta används i samband med sjukskrivningsprocessen och återgång till arbete. Ordet har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör man talar om och vilket ansvar denne har. Rehabilitering syftar oftast på återanpassning till ett normalt liv för sjuka eller för personer med funktionsnedsättning. Det kan i andra sammanhang handla om rehabilitering av kriminellt belastade personer. Man brukar framförallt prata om medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och social rehabilitering.

I författningar som är av relevans i denna departementspromemoria regleras rehabilitering, med något olika innebörd, i bl.a. socialförsäkringsbalken (SFB), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, arbetsmiljölagen (1977:1160) och förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Nedan följer en redovisning av vad som avses med rehabilitering i olika författningar, och vilket ansvar olika aktörer har.

2.4.2 Rehabilitering enligt socialförsäkringsbalken

Rehabilitering i SFB syftar enligt 29 kap. 2 § SFB till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (arbetslivsinriktad rehabilitering). Den som är bosatt i Sverige eller arbetar här är försäkrad för förmånen rehabilitering enligt SFB.¹⁹ En försäkrad har rätt till rehabiliteringsåtgärder (30 kap. 2 § SFB). Åtgärderna ska planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov. Den försäkrade ska lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga

¹⁹ 6 kap. 9 § 7 och 7 kap. 6 § 4 SFB. Som huvudregel anses en person vara bosatt i Sverige om han eller hon har sitt egentliga hemvist här i landet. Med arbete i Sverige avses som huvudregel förvärvsarbete i verksamhet i Sverige (6 kap. 2 § och 7 kap. 2 § SFB).

behovet av rehabilitering och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen (30 kap. 3 och 7 §§).

När socialförsäkringsbalken infördes 2011 ändrades bestämmelsen om rehabilitering från att den försäkrade har möjligheter till rehabilitering till att den försäkrade har rätt till rehabiliteringsåtgärder. Detta motiverades med att uttrycket ”möjligheter till rehabilitering” tyder på att en person kan bli rehabiliterad, vilket det inte kan ges någon absolut garanti för. Däremot har en försäkrad rätt att få olika typer av rehabiliteringsåtgärder. Vilka åtgärder denna rätt omfattar får bedömas i varje enskilt fall.²⁰

Rätten till rehabiliteringsåtgärder i 30 kap. 2 § SFB avser rehabilitering enligt 30 kap. SFB och inte rehabilitering enligt andra föreskrifter.²¹ Försäkringskassan och arbetsgivaren svarar för olika rehabiliteringsåtgärder enligt SFB (se följande avsnitt).

2.4.3 Försäkringskassans ansvar för rehabilitering

Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt SFB. Myndigheten ska i samråd med den försäkrade se till att rehabiliteringsbehovet snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering (30 kap. 8 och 9 §§ SFB). Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivaren och arbetstagarorganisationer, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade. Försäkringskassan ska verka för att myndigheterna och organisationerna vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Vidare ska Försäkringskassan se till att åtgärderna påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl (30 kap. 10 och 11 §§ SFB).

Försäkringskassan har alltså ett generellt ansvar att se till att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Av förarbetena till bestämmelserna följer att Försäkringskassan, under hänsynstagande till andra rehabiliteringsansvarigas åligganden, vid behov

²⁰ Prop. 2008/09:200 s. 453.

²¹ Se nedan i avsnitt 2.4.4–2.4.8 om annan rehabilitering som arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och kommunen ansvarar för.

ska se till att erforderliga utredningar och undersökningar görs. Myndigheten får hjälp bl.a. av de signaler som kan finnas i utlåtanden om den försäkrades arbetsoförmåga. Enligt förarbetena är det vidare av vikt att Försäkringskassan i varje sjukärende uppmärksammar frågan om en eventuell rehabilitering, och verkar för att de åtgärder som behövs snarast vidtas. Den administrativa samordningsfunktionen kommer till uttryck bl.a. genom att olika utredningar samlas på Försäkringskassan, som ska ta initiativ till att följa upp olika åtgärder under processen. Försäkringskassan ska också se till att insatserna påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt, vilket kräver att myndigheten kontinuerligt följer rehabiliteringsärendena för att undvika att någon hamnar utanför verksamheten och att ingenting görs. Rehabiliteringsarbetet som Försäkringskassan ska utföra gäller alla olika åtgärder som är lämpliga i rehabiliteringssyfte i långa sjukdomsfall.²²

År 1992 förtydligades bestämmelserna om det samordnings- och tillsynsansvar som Försäkringskassan redan hade. De ändringar som gjordes då gäller fortfarande. Avsikten med ändringarna var att Försäkringskassan ska ha en initiativroll och ett samordningsansvar för rehabiliteringen av den försäkrade. Det anges i propositionen att initiativ- och samordningsansvaret bör utgå från den försäkrade med inriktning på att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigt och att initiativ till behövliga rehabiliteringsinsatser tas. Väsentliga inslag i rehabiliteringsprocessen ska vara att försäkrade med behov av rehabilitering uppmärksammas, att behoven av åtgärder klarläggs och att den försäkrade motiveras att delta i rehabiliteringen. I vissa fall (när den försäkrade har rätt till rehabiliteringsersättning) ska även en rehabiliteringsplan upprättas. Försäkringskassan ska följa upp planen och se till att nödvändiga anpassningar görs vid behov. I propositionen anges att det också ingår i samordningsansvaret att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan har vidare enligt propositionen goda möjligheter att med utgångspunkt i frånvarouppgifter, läkarutlåtanden och annan information tidigt kontakta den försäkrade och dennes arbetsgivare för att diskutera rehabiliteringsbehov.

²² Prop. 1990/91:141 s. 90 f.

Rehabiliteringsprocessen kan påbörjas så tidigt som det anses lämpligt och möjligt, oberoende av tidsgränser för utredningar.²³

I propositionen talades det också om att Försäkringskassan ska ha en sammanhållande funktion i rehabiliteringsprocessen. Tanken var att Försäkringskassan skulle få en mer aktiv och offensiv roll genom det utvidgade ansvaret. Det skulle ske genom ett aktivare rehabiliteringsarbete med arbetsplatsen som bas och med rehabiliteringsersättningen som verksamt hjälpmedel. Det uttalades att myndigheten därigenom kunde återta uppgiften som ombud för den försäkrade. Försäkringskassan ska, enligt samma proposition, genom nära kontakter med olika funktioner på arbetsplatsen medverka till att arbetsplatsens resurser mobiliseras och sätts in i arbetet för att minska sjukfrånvaron.²⁴

2.4.4 Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering

Enligt 30 kap. 6 § SFB ska arbetsgivaren efter samråd med arbetstagen lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att behovet av rehabilitering ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Enligt 2 kap. 1 § arbetsmiljölagen (1977:1160), förkortad AML, ska arbetsgivaren anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende. Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagen utsätts för ohälsa eller olycksfall (3 kap. 2 §), och genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ska arbetsgivaren ta hänsyn till arbetstagens särskilda förutsättningar för arbetet (3 kap. 3 § AML).

Enligt 3 kap. 2 a § AML ska arbetsgivaren se till att det finns arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av uppgifterna enligt AML och enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Arbetsgivaren ska vidare se till att det finns företagshälsovård i den utsträckning som arbetsförhållandena kräver (3 kap. 2 c § AML). Företagshälsovården ska bl.a. ha kompetens att identi-

²³ A. prop. s. 49 f.

²⁴ A. prop. s. 37.

fiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Företagshälsovården är avsedd att vara arbetsgivarens oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering.

Den 1 juli 2018 träder en lagändring i socialförsäkringsbalken kraft som innebär att arbetsgivaren, om det kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar, ska ha upprättat en plan för återgång i arbete senast den dag när arbetsförmågan har varit nedsatt under 30 dagar.²⁵

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredningsansvar 1992–2007

Försäkringskassan har länge haft ett samordningsansvar för rehabiliteringsåtgärder. För att tydliggöra och förstärka det ansvaret genomfördes 1991 ett antal ändringar i fråga om olika aktörers ansvar för rehabiliteringen. Då infördes ett förstahandsansvar för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsutredningar. Ansvaret innebar bl.a. en skyldighet för arbetsgivaren att svara för att klarlägga den enskilde arbetstagarens behov av rehabilitering.²⁶ I förarbetena till lagändringen uttalades att tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen skulle förskjutas mot arbetslivet, eftersom sjukfrånvaron ofta berodde på brister i arbetsmiljö eller arbetsorganisation, och då det i regel var på arbetsplatsen som man först kunde uppmärksamma sjukfrånvaron och behovet av rehabilitering.²⁷ Arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredningen gällde oavsett hur behovet hade uppstått. Utredningen skulle beskriva de åtgärder som ansågs nödvändiga för att den anställda skulle kunna återgå i arbete. Arbetsgivarens utredningsansvar begränsades inte till att omfatta åtgärder på arbetsplatsen. Det ingick också i arbetsgivarens ansvar att göra en bedömning av orsakerna till arbetsoförmågan och utreda behovet av åtgärder även om dessa stod att finna utanför arbetsplatsen. Dock skulle mer omfattande utredningar av förhållanden utanför arbetsplatsen inte vara en uppgift för arbetsgivaren, inte minst av integritetsskäl, och det skulle inte heller vara

²⁵ Prop. 2017/18:1 UO10.

²⁶ Numera upphävda 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

²⁷ Prop. 1990/91:141 s. 36.

arbetsgivarens uppgift att se till att rehabiliteringsåtgärder kom till stånd om orsakerna till arbetsoförmågan fanns utanför arbetsplatsen. Det skulle i stället vara en uppgift för Försäkringskassan. I arbetsgivarens utredningsansvar ingick att klara ut vem eller vilka som skulle svara för olika åtgärder, men arbetsgivaren skulle bara utföra åtgärder på arbetsplatsen. Som stöd i utredningsarbetet skulle arbetsgivaren i första hand använda sig av företagshälsovården, men även Försäkringskassan skulle undantagsvis kunna hjälpa till. Försäkringskassan skulle i vissa fall ta över hela utredningen.²⁸

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning skulle genomföras i nära samråd med den anställde, och samtycke krävdes från denne för att få tillgång till sjukdomsdiagnos och andra orsaker till sjukfrånvaron. Rehabiliteringsutredningen skulle påbörjas när den anställde varit frånvarande från sitt arbete under mer än fyra veckor eller när arbetet ofta hade avbrutits av kortare sjukperioder. En utredning skulle också påbörjas om den anställde begärde det. Utredningen skulle ges in till Försäkringskassan.

År 2003 infördes en skyldighet för arbetsgivaren att göra en rehabiliteringsutredning i samtliga fall, och inte bara i de fall där det inte ansågs obehövligt. Skälet till det var en bedömning att det gjordes för få utredningar. Rehabiliteringsutredningens omfattning skulle dock kunna anpassas i det enskilda fallet, och om det inte fanns något rehabiliteringsbehov skulle utredningen kunna göras i en förenklad form.²⁹

År 2007 avskaffades skyldigheten för arbetsgivaren att genomföra rehabiliteringsutredningar. Det konstaterades i förarbetena att möjligheten att komma tillbaka till arbetslivet måste öka genom aktiva och snabba insatser, och att det därför är av största vikt att se till att de som är i behov av sådant stöd får tillgång till det. För att det ska kunna komma till stånd krävs enligt propositionen ett klarläggande av vilka insatser som den enskilde individen är i behov av, och det måste göras av någon som har tillräcklig kompetens för att kunna bedöma en inte sällan komplex problembild. Samtidigt anfördes i propositionen att det är viktigt att varje aktör som utgör en del av rehabiliteringsprocessen gör det som denne är bäst

²⁸ Prop. 1990/91:141 s. 45 f.

²⁹ Prop. 2002/03:89

lämpad för. Regeringen ansåg därför att reglerna om att arbetsgivaren skall göra en rehabiliteringsutredning inte var ändamålsenliga. Arbetsgivaren har i många fall inte tillgång till den medicinska information som oftast behövs för att kunna bedöma om och när det är lämpligt att vidta rehabiliteringsåtgärder. Det är ofta sammansatta faktorer som ligger bakom långa sjukskrivningar. Det kan handla om förhållanden på arbetsplatsen men många gånger också sådant som har med den försäkrades livssituation i stort att göra. Inte minst gäller det vid exempelvis utmattningsdepressioner och andra psykiska besvär som blivit allt mer frekventa vid långvariga sjukskrivningar. Arbetsgivare saknar oftast den kompetens som behövs för att ta ställning till vad som bör göras i dessa fall. Mot bakgrund av ovanstående ansåg regeringen att bestämmelserna om arbetsgivarnas ansvar att göra rehabiliteringsutredningar skulle avskaffas. Regeringen ansåg samtidigt att reglerna om att Försäkringskassan snarast i samråd med den försäkrade ska se till att dennes behov av rehabilitering klarläggs var tillräckliga.³⁰

2.4.5 Rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen

Bestämmelser om rehabilitering infördes i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen 1993 och regleras nu i 8 kap. 7 § första stycket HSL. Enligt förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen hörde rehabilitering redan tidigare samman med hälso- och sjukvården, men för att undanröja varje osäkerhet om det fastslogs ansvaret i lagen. Med rehabilitering avses enligt propositionen att vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada eller sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande. Rehabilitering, liksom habilitering, beskrivs som målinriktade processer som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras.³¹

Enligt Socialstyrelsens termbank bör rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funk-

³⁰ Prop. 2006/07:59 s. 20 ff.

³¹ Prop. 1992/93:159 s. 200.

tionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

2.4.6 Landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvård och rehabilitering

Hälso- och sjukvård är primärt ett ansvar för landsting och kommuner och regleras huvudsakligen i HSL som trädde i kraft den 1 april 2017. Lagen ersätter den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den nya lagen innehåller inga stora ändringar i sak i förhållande till den tidigare, utan syftar framförallt till att göra regelverket tydligare och mer överskådligt och lättillgängligt. Tanken är också att lagen ska vara mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag.³²

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (utom tandvård).³³ Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL). Dessa mål utgör riktlinjer för utvecklingen av hälso- och sjukvården.³⁴ Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL). Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget och den som är kvarskriven enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget (se 8 kap. 1 § HSL).

Enligt 8 kap. 7 § första stycket HSL ska landstinget erbjuda bl.a. rehabilitering till den som enligt 1 § i samma kapitel ska erbjudas en god hälso- och sjukvård. Kommunen ska enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabili-

³² Prop. 2016/17:43 s. 78 ff.

³³ Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna räknas som hälso- och sjukvård.

³⁴ Se prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.; s. 17.

teringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Härigenom klargörs att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering inte på något sätt undantar arbetsgivare eller andra från det ansvar de kan ha på dessa områden. Bl.a. avses arbetsgivarens och Försäkringskassans ansvar för rehabilitering.³⁵ Primärvården svarar för rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).

Landstinget ska enligt 8 kap. 7 § sista stycket HSL i samverkan med patienten upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser. Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas (12 kap. 5 § andra stycket).

Begreppet hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.³⁶ Definitionen infördes i den förra hälso- och sjukvårdslagen från 1982. I propositionen till den lagen konstaterades i specialmotivering till definitionen att sjukvård länge varit en obligatorisk uppgift för landstingen, och att sjukvård beskrivits som "en såväl öppen som sluten vård för sjukdom, kroppsfel och barnsbörd" i sjukvårdslagen³⁷ som föregick hälso- och sjukvårdslagarna. Innebörden av det som i propositionen beskrevs som renodlad sjukvård ansågs ha en enhetlig betydelse i praxis och skulle inte förändras.³⁸ Socialutskottet betonade vid sin behandling av propositionen att ordet medicinskt inte är avsett att begränsa omfattningen av begreppet hälso- och sjukvård utan har tillkommit i lagtexten för att undvika en alltför vid tolkning av begreppet. Utskottet anförde att hälso- och sjukvård ska omfatta sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med viss annan personal. Det behövdes därför inget förtydligande i lagen för att undvika att faktorer utanför det

³⁵ Prop. 1992/93:159 s. 202.

³⁶ Definitionen finns i 2 kap. 1 § HSL, där det även anges att sjuktransporter och omhändertagande av avlidna omfattas av begreppet hälso- och sjukvård.

³⁷ Sjukvårdslagen (1962:242)

³⁸ Prop. 1981/82:97 s. 111.

medicinska området som kan påverka hälsan inte skulle uppmärksammas. Utskottet yttrade vidare att det måste förutsättas att insatser företas av många andra samhällsorgan som kan medverka till ett bättre hälsotillstånd hos befolkningen, och det framhölls att hälso- och sjukvården bör främja människors hälsa i samverkan med dessa andra organ.³⁹

I den tidigare hälso- och sjukvårdslagen tillfördes ett nytt begrepp vid sidan av sjukvård, nämligen hälsovård. I propositionen betonades vikten av att hälso- och sjukvården inte enbart ska arbeta med sjukvård, dvs. att medicinskt ta hand om sjukdomar och skador, utan också använda sina kunskaper för hälsovårdande uppgifter.⁴⁰ Hälsovård handlar till stor del om förebyggande åtgärder och en helhetssyn på den enskilde individen. Behovet av samverkan mellan landstingen och företagshälsovården framhölls i förarbetena, men samtidigt betonades svårigheterna med att dra gränser mellan hälsovårdens förebyggande arbete och andra verksamheters ansvar.⁴¹ Bl.a. nämndes företagshälsovårdens uppgifter som ett område där det kan vara svårt att dra gränser för respektive verksamhets ansvar. I propositionen angavs skillnaderna mellan yrkesmedicin och företagshälsovård som vägledande för gränsdragningen i det fallet. Yrkesmedicinen skulle inte ersätta företagshälsovården, utan komplettera den med medicinskt kunnande på hälso- och sjukvårdsområdet. En av yrkesmedicinens uppgifter angavs vara att fungera som stöd och kvalificerat komplement till företagshälsovården.⁴²

I prop. 1996/97:60 där regeringen bl.a. redovisade sina bedömningar i fråga om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården anfördes angående avgränsningen av hälso- och sjukvårdens ansvar bl.a. följande.⁴³ Det är angeläget att hälso- och sjukvården är lättillgänglig för den enskilda människan som inte känner sig frisk eller befarar sjukdom, men det är inte ovanligt att sjukvården blir en yttersta hjälpstation för människor som lider av problem som

³⁹ Bet. 1981/82: SoU51 s. 10.

⁴⁰ Prop. 1981/82:97 s. 18 och 110f.

⁴¹ Prop. 1981/82:97 s. 41.

⁴² Prop. 1981/82:97 s. 45. Den medicinska specialiteten yrkesmedicin har utvecklats till en specialistkompetens som numera benämns arbets- och miljömedicin, där även företagshälsovård ingår, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

⁴³ Prop. 1996/97:60 s. 7 ff.

varken kan eller bör lösas med medicinsk vård eller behandling. Hälso- och sjukvårdens ansvar bör enligt propositionen avgränsas till sådana åtgärder som kräver hälso- och sjukvårdens särskilda kompetens, vilket inte innebär en strikt avgränsning av ansvarsområdet. Det betonades att det länge varit naturligt inom delar av vården att arbeta i team med bl.a. socionomer och psykologer, och det vidgade sjukdomsbegreppet har medfört behov av att kunna erbjuda en kombinerad medicinsk och psykosocial behandling. Det anfördes att det också bör ingå i hälso- och sjukvårdens ansvar att hänvisa till det organ som har kompetens och resurser att ge rätt stöd. Därför behövde samarbetet utvecklas, i synnerhet mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa.

Målet för hälso- och sjukvården

Målet för hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vad som avses med en god hälsa är inte definierat i lagtexten. I förarbetena till lagen sägs att målet för hälso- och sjukvården är väl inarbetat och att någon ändring av innebörden inte är avsedd. Det uttalas vidare att hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet, vilket förutsätter bl.a. god ledning, planering och samverkan samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt utvecklas och säkras. Regeringen pekade även på vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen ges goda förutsättningar att bidra till en vård enligt målbilden.⁴⁴

Målet om en god hälsa för hela befolkningen lagreglerades genom den förra hälso- och sjukvårdslagen. I förarbetena sades bl.a. följande om vad som avses med en god hälsa.⁴⁵ God hälsa i fysiskt, psykiskt och socialt avseende är en av de faktorer som ger uttryck för goda levnadsförhållanden och god livskvalitet. Däri värderas människans totala situation. Större uppmärksamhet bör i det sammanhanget ges åt sådana kvaliteter som frånvaro av stress i arbetslivet, meningsfull fritid och allmänt fysiskt och psykiskt väl-

⁴⁴ Prop. 2016/17:43 s. 92 f.

⁴⁵ Prop. 1981/82:97 s. 112 ff.

befinnande, och en sådan vidare innebörd av hälsobegreppet är en viktig utgångspunkt för bedömningarna av befolkningens behov och hälso- och sjukvårdsverksamhetens inriktning. Genom att anknytningen till den allmänna välfärdspolitiken uppmärksammas blir hälsa något som kan förknippas med situationen inom befolkningen som helhet. God hälsa är ett relativt begrepp.

En god hälsa för hela befolkningen förutsätter vidare enligt förarbetena till den tidigare hälso- och sjukvårdslagen åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön. Samtidigt betonas den enskilde individens eget ansvar för sin hälsa, och behovet av insatser från andra samhällsorgan, och vårdens samverkan med dessa.⁴⁶ I utredningen som låg till grund för propositionen uttalades att grunden för om en människa anses sjuk många gånger är en kombination av olika bedömningar, där hänsyn också tas till den sociala situationen och till individens arbets- och funktionsförmåga. Utredningen varnade dock för att göra en alltför vid tolkning av sjukdomsbegreppet och att göra alla problem till medicinska problem. Bedömningen borde enligt utredningen i de allra flesta fall kunna grundas på en medicinskt påvisbar sjukdom, eller på en kombination av medicinska och andra bedömningar.⁴⁷ Ett liknande resonemang om ohälsa och sjukdom förs av regeringen i prop. 1996/97:60.⁴⁸ Där konstateras att helhetssynen på sjukdom kommit att bli den alltmer dominerande, från att tidigare ha varit begränsat till ett medicinskt synsätt. Ohälsa konstateras sedan vara ett vidare begrepp än sjukdom, och utgångspunkten för regeringens överväganden (när det gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården) är att hälsobegreppet inrymmer inte bara medicinska utan också sociala, psykologiska och andra faktorer.

⁴⁶ prop. 1981/82:97 s. 27.

⁴⁷ Prop. 1981/82:97 s. 22.

⁴⁸ Prop. 1996/97:60 s. 16 ff.

Krav på hälso- och sjukvården

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt förarbetena är det därutöver också angeläget för en god vård att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden, även om det inte är reglerat i lag. Det som avses är sådana förhållanden som den sociala situationen, arbetsförhållanden osv. Det räcker ofta inte att bara ställa en diagnos och behandla ett visst symptom. För att nå ett varaktigt resultat och för att förebygga att sjukdom eller skada inträffar på nytt är det inte så sällan avgörande att personalen får en uppfattning om varför patienten har ett visst problem och varför en sjukdom eller skada har drabbat patienten. En sådan helhetssyn på patienten bör påverka såväl personalens handlande som verksamhetsorganisationen, vilket också följer av ansvaret för att förebygga ohälsa.⁴⁹

I prop. 1984/85:181 utvecklades resonemanget om kvalitet och god vård beträffande vissa grupper, bl.a. för patienter inom psykiatrin. Där uttalades att helhetssynen på patienten är utgångspunkten för hur man ska betrakta individens totala situation och omgivning, och att helhetssynen sätter in psykiatrin i ett sammanhang tillsammans med övriga samhällsinsatser som t.ex. övrig hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa m.fl. Arbetslöshet nämndes som en faktor som påverkar den psykiska hälsan. Det nämndes vidare att psykiatrin måste utgå från människans totala situation i såväl behandling som rehabilitering, och i samspel söka påverka de faktorer i omgivningen som orsakar de psykiska problemen.⁵⁰

2.4.7 Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering

Arbetsförmedlingens ansvar för rehabilitering framgår av förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Arbetslivsinriktad rehabilitering och verksamhet för unga med

⁴⁹ Prop. 1981/82:97 s. 56f, prop. 2016/17:43 s. 94 och 132

⁵⁰ Prop. 1984/85:181 s. 72 f. och 83 ff

funktionshinder är olika former av arbetsmarknadspolitisk verksamhet enligt 5 § i förordningen.⁵¹ Enligt 11 § innebär arbetslivs- inriktad rehabilitering att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. I enlighet med 12 § andra stycket i förordningen samverkar Arbetsförmedlingen med Försäkringskassan för att öka möjligheterna till egen försörjning genom förvärvsarbete för den som får aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken. Av 14 § förordningen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen framgår att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (se avsnitt 2.4.9).

2.4.8 Kommunens ansvar för olika insatser till den som är sjukskriven

Socialtjänsten

Kommunen har enligt 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den som inte kan försörja sig men som kan arbeta har rätt till försörjningsstöd om han eller hon står till arbetsmarknadens förfogande. Om det finns godtagbara skäl har den enskilde rätt till försörjningsstöd även om han eller hon inte står till arbetsmarknadens förfogande. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnads-

⁵¹ Övriga former av arbetsmarknadspolitisk verksamhet är platsförmedling, vägledning, arbetsmarknadspolitiska program och arbetsplatsintroduktion. Verksamheten omfattar också frågor om vissa anställningsfrämjande åtgärder, arbetstillstånd och arbetslöshetsförsäkringen.

nivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Kommunen ansvarar också för andra insatser än försörjningsstöd och övrigt bistånd. Bl.a. ska kommunen enligt 5 kap. 12 § socialtjänstlagen lämna budget- och skuldrådgivning till skuldsatta personer.

Personligt ombud

Verksamhet med personligt ombud har funnits sedan år 2000. Verksamheten är en frivillig insats som kommuner kan tillhandahålla inom sin socialtjänstverksamhet. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar. I uppdraget ingår också att tillsammans med länsstyrelserna följa upp, stödja och utveckla verksamheterna. Socialstyrelsen lämnar årligen en lägesrapport till regeringen om verksamheten med personligt ombud. För att få statsbidrag ska verksamheten rikta sig till personer som är 18 år eller äldre som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. De enskilda som kan få stöd av personligt ombud ska ha sammansatta och omfattande behov av vård, stöd och service, rehabilitering och sysselsättning och ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården och den specialiserade psykiatri och andra myndigheter. Statsbidrag lämnas för verksamhet med personligt ombud som syftar till att enskilda ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktiga i samhället, ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation och ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor. Den enskilde kan också få rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och landsting att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov och ge underlag till åtgärder som kan förebygga brister i fråga om att den enskilde kan få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service. Verksamheten ska be-

drivas så att samverkan mellan berörda huvudmän för vård- och omsorgsinsatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kommer till stånd utifrån den enskildes behov. Verksamheten bör bedrivas så att samverkan även omfattar organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga. Det ska finnas en ledningsgrupp för verksamhet med personligt ombud. Ledningsgruppen ska ha representanter för kommunen, landstingets primärvård och psykiatri, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska erbjudas att delta i ledningsgruppen.

Ett personligt ombud arbetar på den enskildes uppdrag. Verksamheten med personligt ombud syftar till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället, ha möjligheter att leva ett mer självständigt liv och få en förbättrad livssituation och ges möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rätts hjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

I Socialstyrelsens lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2016 framgick att 240 kommuner hade verksamhet med personligt ombud under 2016. Antalet klienter var 8 986, varav 5 124 kvinnor och 3 862 män.

I Socialstyrelsens uppföljning av verksamheten med personligt ombud (2014) framgår att verksamheten är välfungerande och till stor nytta för klienterna genom att deras livssituation förbättras. Enligt rapporten ser många kommuner verksamheten som en etablerad del av vad som förväntas finnas i en kommun, även om det inte är obligatoriskt. De enskilda som har fått hjälp av personligt ombud har uppgett att de främst behöver stöd i kontakter med myndigheter och hälso- och sjukvården samt i frågor om ekonomi.⁵² Den samhällsekonomiska analys som Socialstyrelsen gjorde i samband med uppföljningen visade att kommunala insatser som boendestöd och hemtjänst ökade medan sjukvårdens kostnader vare sig ökade eller minskade efter kontakt med personligt ombud.

⁵² Socialstyrelsens rapport Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – Uppföljning av verksamheten med personligt ombud, 2014

2.4.9 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

Landstinget får enligt 7 kap. 9 § första stycket HSL träffa överenskommelser med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt HSL (inklusive rehabilitering) samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget får också enligt samma paragraf delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Finansiell samordning får enligt 1 § lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Insatserna ska avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och syfta till att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete (2 §). Verksamheten bedrivs av särskilda samordningsförbund där de samverkande parterna är medlemmar (4 §). I förarbetena till lagen gjordes bedömningen att nära 5 procent av befolkningen i arbetsför ålder kunde vara i behov av omfattande stöd från flera aktörer för att kunna arbeta, och således utgöra målgrupp för insatser enligt lagen.⁵³

Den finansiella samordningen är en frivillig form av lokal samverkan mellan de parter som nämns ovan. Vid slutet av 2016 fanns det 82 samordningsförbund som innefattade 247 av Sveriges 290 kommuner. Samordningsförbunden finansierar både individinriktade och strukturövergripande insatser. De individinriktade insatserna syftar till att hjälpa personer med komplex problematik att återgå till eller komma in på arbetsmarknaden. De strukturövergripande insatserna vänder sig främst till myndighetspersonal och arbetsgivare för att utbilda kring olika målgruppers behov och för att främja och utveckla samverkan. Under 2016 finansierade samordningsförbunden totalt 1 133 olika insatser, 54 procent var individinriktade och 46 procent var strukturövergripande. Deltagarna i de finansierade insatserna har generellt sett en låg utbildningsnivå och komplex problembild samt har behövt olika former av offentlig försörjning under mer eller mindre lång tid före insats-

⁵³ Prop. 2002/03:132 s.49.

start. Resultatet av Försäkringskassans uppföljning av verksamheterna talar för att insatserna leder till en positiv utveckling för deltagarna.⁵⁴

2.5 Samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården delas in i primärvård och specialistvård. Primärvård är öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, och 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.

Inom hälso- och sjukvården finns ett antal funktioner och uppgifter som har till syfte att samordna insatser, bl.a. fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och individuell plan. Dessa möjligheter är enligt förarbetena till patientlagen (2014:821) viktiga för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.⁵⁵

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Patienten ska enligt förarbetena få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftet med bestämmelsen är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. En fast vårdkontakt bör enligt förarbetena kunna

⁵⁴ Uppföljning av samordningsförbundens insatser. Redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2016.

⁵⁵ Prop. 2013/14:106 s. 99.

bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Funktionen är tänkt att fungera som en intern samordnare av vårdens insatser för patienten, men också som ett stöd för patienten i externa kontakter.⁵⁶

En fast vårdkontakt kan ha olika benämningar i praktiken i olika landsting och inom olika specialistområden. På vissa håll kallas de vårdsamordnare, i andra fall kontaktsjuksköterska eller något annat. En fast vårdkontakt har ofta hand om detaljerade medicinska behov inom en viss specialitet, t.ex. på en vårdcentral med att diskutera eventuella biverkningar av läkemedel, stämma av bokade tider med läkare och hjälpa till med vårdplaneringen. Inom cancer vården finns kontaktsjuksköterskor med särskilda kunskaper inom cancerbehandling

Enligt 6 kap. 3 § patientlagen ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska enligt förarbetena svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.⁵⁷

Det finns flera bestämmelser om planer för patienten. För en patient som erbjuds rehabilitering enligt hälso- och sjukvårdslagen ska en individuell plan upprättas, där planerade och beslutade insatser ska framgå. En annan form av individuell plan ska upprättas gemensamt mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten när en patient har behov av insatser från båda (16 kap. 4 § HSL och 6 kap. 4 § patientlagen och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen [2001:453]). I en sådan plan ska även behov av insatser från andra aktörer tas in. Inom cancervården finns det som kallas Min vårdplan. Det är inte

⁵⁶ A. st.

⁵⁷ A. prop. s. 100.

författningsreglerat men har utvecklats som ett verktyg för att förverkliga den nationella cancerstrategin.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i december 2017 träffat en överenskommelse för 2018, Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården.⁵⁸ Överenskommelsen ska bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Satsningen ska främja dels en förstärkt vårdgaranti och dels införandet av patientkontrakt. Med patientkontrakt avses en sammanhållen plan över en patients samtliga vårdkontakter och vårdplaner, i syfte att ge överblick över planerade insatser och bidra till mer effektiva arbetssätt. Tanken är att landstingen ska stimuleras att erbjuda patientkontrakt i första hand till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Kontrakten ska bidra till ökad trygghet för patienten och säkerställa att alla får den vård de har behov av inom rimlig tid, oavsett förmåga att själva ta kontakt med och samordna vårdinsatser.

⁵⁸ S2017/07321/FS.

3 Förslag

3.1 En permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet

Bedömning: Det bör införas en permanent skyldighet för landstingen att erbjuda individuellt stöd för att främja återgång till arbetslivet.

En permanent koordineringsfunktion bör lagregleras.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Det finns i dag många aktörer som ansvarar för insatser för att motverka sjukfrånvaro och vidta åtgärder för att en enskild som drabbats av nedsatt arbetsförmåga till följd av en sjukdom eller skada ska kunna återgå till arbetslivet. Det handlar framförallt om Försäkringskassan som har det övergripande samordningsansvaret, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, kommunen och hälso- och sjukvården.⁵⁹

Hälso- och sjukvårdens ansvarar för att erbjuda vård, dvs. att medicinskt förebygga, utreda och behandla patientens sjukdomar och skador, och därvid även erbjuda medicinsk rehabilitering. Den vanligaste sjukdomen som orsakar sjukfrånvaro är psykisk ohälsa. Det är också den största anledningen till den kraftiga ökning av sjukfrånvaron som man kunde se fram till 2016. En annan vanlig orsak till sjukfrånvaro är smärtdiagnoser. Även om patienterna får adekvat vård och behandling för dessa och andra sjukdomar kan sjukfrånvaron bli lång och steget tillbaka till arbetslivet är ibland stort. I flera studier som har gjorts av hälso- och sjukvårdsverksamheter som ger ett särskilt individuellt stöd till sjukskrivna pati-

⁵⁹ Angående olika aktörers ansvar för rehabilitering, se avsnitt 2.4.

enter har det framkommit att många patienter utöver medicinsk vård och behandling också har behov av någon som stöttar och vägleder dem genom processen tillbaka till arbete. De behov som kan ses hos dessa patienter är bl.a. att få hjälp med att samordna olika insatser, att få stöd och motivation till att se sin egen förmåga och att genomföra åtgärder. Det handlar också om ett behov av stöd för att ta de kontakter som behövs och att någon bistår med att bevaka att olika aktörer samordnar sina insatser och planer. Dessa behov hos patienterna har lett till en utveckling av en koordineringsfunktion inom landstingen. Alla landsting har i dag infört någon form av koordineringsinsatser, framförallt inom primärvården. Insatserna initierades från början i den praktiska hälso- och sjukvårdsverksamheten utifrån de behov man såg, men utvecklingen tog verklig fart först när stimulansmedel tillfördes från staten genom de överenskommelser kring sjukskrivningsprocessen som har ingåtts mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).⁶⁰

Den samlade erfarenheten av rehabiliteringskoordinatorernas arbete är positiv. I ett par utvärderingar syns en minskning av antalet sjukskrivningsdagar för vissa patientgrupper som en effekt av insatser från en rehabiliteringskoordinator.⁶¹ I flera rapporter med redovisning av kvalitativa undersökningar av koordineringsverksamheter⁶² framkommer därutöver att patienter många gånger anser att de genom koordineringsinsatser får ett sådant adekvat stöd genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som de behöver. Patienterna har bl.a. uppgett att de har fått hjälp av någon med kunskaper om sjukskrivningsprocessen, stöd i att sätta upp mål och i att planera vårdkontakter och att ta kontakt med arbetsgivaren samt motivation till att hitta lösningar för att påbörja en arbetsåtergång. De har också fått hjälp att ta egna initiativ och se lösningar för att stärka sin hälsa och arbetsförmåga. Patienterna har uppskattat att funktionen inte är kopplad till arbetsgivaren eller till Försäkringskassan och att rehabiliteringskoordinatorn jämfört med

⁶⁰ Se vidare i avsnitt 2.1–2.2.

⁶¹ Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017; jfr även forskning ang. den liknande funktionen Vårdsamordnare för psykisk ohälsa, professor Cecilia Björkelund, Göteborgs universitet 2017.

⁶² Se närmare i avsnitt 2.3.

annan vård många gånger är mer tillgänglig, har särskilda kunskaper och erfarenheter kring rehabilitering och kan bidra med en lugnande och stöttande dialog. Även övrig vårdpersonal (framförallt läkare) är enligt undersökningarna positiv till koordineringsfunktionen och uppger att den underlättar arbetet för dem genom att t.ex. patientbesök och möten förbereds. Koordinatorerna vet vem som ska kontaktas hos andra aktörer, vilket upplevs spara tid för läkaren. Läkarnas tid utnyttjas mer effektivt och läkarna får bättre underlag för att kunna ta beslut om eventuell vård, rehabilitering och sjukskrivning. På de enheter där koordinatören har ett mer omfattande uppdrag upplever läkare att de får kunskapsstöd och avlastning.⁶³ Koordinatorernas arbetssätt lyfts fram som något värdefullt. De arbetar ofta utifrån en helhetssyn på patienten, många gånger i så kallade multidisciplinära team, vilket ger infallsvinklar från olika medicinska specialiteter och ett nytänkande kring patienter med långvarig eller oklar sjukdomsbild. Erfarenheterna från landstingens koordineringsverksamheter visar också att andra aktörer ser rehabiliteringskoordinatören som en väl fungerande kontaktväg in till hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av dessa utvärderingar och erfarenheter drar arbetsgruppen slutsatsen att rehabiliteringskoordinatorerna genom sitt arbete fyller en viktig funktion för patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Försäkringskassan har sedan länge ett samordningsansvar för försäkrade som har behov av rehabiliteringsåtgärder för att få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själva genom förvärvsarbete. Förutom att samordna olika aktörers insatser innefattar ansvaret bl.a. att klarlägga individens behov, att samverka med andra aktörer och verka för att de utför sina respektive åtgärder. I förarbetena beskrivs att det i samordningsansvaret bl.a. ingår att motivera den försäkrade att delta i rehabiliteringen och att stötta den försäkrade i kontakterna med andra aktörer.⁶⁴ Det kan således diskuteras om det finns behov av en koordineringsfunktion vid sidan av Försäkringskassans samordningsansvar. Försäkringskassan har emellertid inte ansvar för att stötta och vägleda individen inom hälso- och sjukvården eller att samordna insatser internt

⁶³ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013

⁶⁴ Se avsnitt 2.4.3.

inom vården. Vidare har Försäkringskassan visserligen till uppgift att verka för att bl.a. arbetsgivaren genomför de åtgärder som behövs men kan inte föra den medicinska dialog om den enskilda individen som bör finnas direkt mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen anser därför att det, även med beaktande av Försäkringskassans samordningsansvar, finns ett behov av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.

Inom hälso- och sjukvården finns förvisso redan ett antal stöd- och samordningsfunktioner.⁶⁵ Ingen av dessa rymmer dock uppgiften att ge stöd till individen genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för att främja återgång till arbetslivet eller att samverka med externa aktörer. Mot bakgrund av det och av vad som har beskrivits i övrigt om erfarenheterna av rehabiliteringskoordinatorernas arbete bedömer arbetsgruppen att det finns ett behov för patienter att få individuellt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för att kunna återgå till arbetslivet, och att ingen aktör i dag har ett formellt ansvar för att tillgodose det behovet. Ett sådant ansvar bör därför införas permanent för landstingen.⁶⁶

Koordineringsfunktionen har varit frivillig för landstingen under ett antal år, och statliga medel i form av stimulansmedel har tilldelats landstingen när de har inrättat funktionen. Att fortsätta att ge landstingen incitament att upprätthålla koordineringsverksamheten på frivillig väg genom överenskommelser är dock inte lämpligt av flera skäl. För det första har arbetsgruppen gjort bedömningen att det finns ett behov av individuellt stöd i sjukskrivningsprocessen för vissa patienter, dvs. ett behov av samordning av insatser och av att få stöd i form av motivationsåtgärder för att kunna se sina egna möjligheter till att återgå till arbete. Det bör därför säkerställas att sådant stöd ges i alla landsting. Om verksamheten är frivillig och bara hanteras genom överenskommelser finns det inga garantier för att landstingen fortsätter att erbjuda sådant stöd. Dessutom försvåras planeringen för landstingen och för dem som arbetar med koordinering om förutsättningarna för funktionen fastställs i överenskommelser som ingås med några års

⁶⁵ Se avsnitt 2.5.

⁶⁶ Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen föreslog i sitt slutbetänkande 2015 att det riktade statsbidraget för en koordinatorsfunktion inom hälso- och sjukvården skulle permanentas (SOU 2015:21 s. 632 f). Förslaget har inte genomförts.

mellanrum. Samma sak skulle gälla om uppgiften skulle permanentas utan att den görs obligatorisk, t.ex. genom att reglera en möjlighet för landstingen att ansöka om statsbidrag för verksamheten enligt villkor i en förordning. Det kan också finnas oklarheter kring den lagliga grunden för verksamheten och för personuppgiftshanteringen, samt hur funktionen ska organiseras och förhålla sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter i övrigt och till andra aktörers ansvar. Genom att göra stödinsatserna obligatoriska blir de legala förutsättningarna fastställda, och vissa minimikrav kommer bli gemensamma för hela landet vilket förutom att skapa förutsebarhet också främjar en jämlik behandling av alla medborgare. För att insatserna ska bli obligatoriska krävs att en ny skyldighet för landstingen avseende detta införs genom en lag.

3.2 Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet

Förslag: Det ska införas en ny lag om att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

Skälen för arbetsgruppens förslag

Mot bakgrund av den bedömning som arbetsgruppen gör i avsnitt 3.1 bör det införas en lagfäst skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Vilka patienter ska erbjudas insatserna?

De patienter som avses är de som är sjukskrivna från ett arbete med t.ex. sjuklön eller sjukpenning, men också t.ex. patienter som är arbetslösa och har aktivitetsstöd eller som har aktivitetsersättning eller annan försörjning och som förväntas kunna arbeta på sikt, men där en funktionsnedsättning, sjukdom eller skada begränsar förmågan att arbeta.

De utvärderingar och erfarenheter som har redovisats i avsnitt 2.3 visar att alla patienter inte blir hjälpta av koordineringsinsatser. De allra flesta återfår sin arbetsförmåga och kan återgå till arbete eller annan sysselsättning efter en sjukskrivning utan några särskilda stödinsatser. Dessa patientgrupper har inte behov av särskilt stöd, och behöver inte erbjudas koordineringsinsatser. Bedömningen av vem som ska erbjudas koordineringsinsatser bör göras med utgångspunkt i utvärderingar och erfarenheter av för vilka patienter särskilda insatser har positiv effekt. De patienter det handlar om är framförallt de som har återkommande sjukskrivningsperioder eller en mer komplicerad sjukskrivning som av andra skäl kan befaras bli långvarig. Sannolikt handlar det till stor del om patienter med antingen lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta,⁶⁷ men även patienter inom andra specialiteter såsom cancervård och ortopedi. Det avgörande är inte vilken diagnos patienten har eller inom vilken disciplin denne vårdas, utan hur behovet av stöd för att komma tillbaka till arbetslivet ser ut för den enskilde patienten. Landstingen ska därför erbjuda koordineringsinsatser inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet där det normalt förekommer patienter som sjukskrivs, både inom primärvård och inom specialistvård.

Det är sannolikt ofta svårt att i ett tidigt stadium av en sjukdom bedöma om en patient kan ha behov och nytta av ett särskilt stöd. För att resurserna ska kunna användas effektivt bör därför insatserna erbjudas i ett skede där man med viss säkerhet kan ta ställning till om de kan vara meningsfulla, dock med beaktande av att insatserna sannolikt blir mer effektiva ju tidigare de sätts in. När det infaller varierar från fall till fall beroende på bl.a. diagnos och

⁶⁷ Se delrapporten Lågre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017

möjligheter för vårdpersonalen att identifiera patientens förutsättningar. Landstingen bör därför inte ha någon skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser i förebyggande syfte redan innan sjukskrivning är ett faktum. När det gäller patienter med återkommande korta eller långa sjukskrivningar bör det dock vara lätt för landstingen att tidigt se behovet och erbjuda koordineringsinsatser.

3.2.1 Vad är koordineringsinsatser?

Ordet koordinering betyder samordning. Insatserna handlar till stor del om samordning av insatser kring patienten för att främja återgång till arbetslivet. Insatserna omfattar dock mer än samordning, framförallt ett personligt utformat stöd med motivationsåtgärder. Det skulle tala för att insatserna borde kallas något annat än koordinering. Rehabiliteringskoordinator, funktion för koordinering och koordineringsinsatser har emellertid blivit etablerade uttryck för det arbete som redan förekommer inom landstingen. Arbetsgruppen väljer därför att använda det inarbetade ordet koordineringsinsatser för att beskriva uppgiften, även om det inte är helt och hållet rättvisande för vad uppgiften omfattar.

Även ordet rehabilitering förekommer ofta i samband med detta arbete inom landstingen, t.ex. kallas de som arbetar med uppgifterna för rehabiliteringskoordinatorer och det arbete de utför beskrivs som koordinering inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Som redovisats i avsnitt 2.4 används ordet rehabilitering med något olika innebörd inom olika delar av sjukskrivningsprocessen. Koordinatorerna arbetar i ett gränsland mellan sjukvård och behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering. Att beskriva arbetet som rehabiliteringskoordinering skulle därför kunna bli missvisande och antyda att insatserna ska ges i ett senare skede av sjukskrivningen när övrig vård och behandling är avslutad, eller begränsas till en uppgift inom landstingens rehabiliteringsverksamhet. Eftersom detta inte är avsikten väljer arbetsgruppen att kalla landstingets nya obligatoriska uppgift för enbart koordineringsinsatser, även om arbetet till stor del handlar om insatser inom rehabilitering.

Landstingen bör ha möjlighet att till stor del själva utforma koordineringsinsatserna på det sätt som de anser ger bäst stöd för

att underlätta återgång till arbetslivet för enskilda patienter. Det är därför inte lämpligt och inte heller möjligt att ge en exakt definition av vad koordineringsinsatser ska vara. Insatserna bör dock i vart fall bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. De obligatoriska koordineringsinsatserna ska bara avse det som hälso- och sjukvården ansvarar för och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer. Koordineringsinsatserna utgör inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition (se avsnitt 3.2.6), och de omfattas därför inte av prioriteringsordningsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Att någon ges koordineringsinsatser som ska främja en snabbare återgång till arbetslivet innebär inte att denne ska ges förtur till medicinsk vård och behandling i förhållande till andra patienter. De medicinska insatserna omfattas precis som för alla andra patienter av prioriteringsordningen som gäller inom hälso- och sjukvården. Nedan följer en närmare genomgång av vad arbetsgruppen anser att koordineringsinsatserna ska omfatta.

Personligt stöd

Personligt stöd ska vara en del av koordineringsinsatserna. Det handlar till stor del om motiverande insatser till patienten. Koordinatören ger samtalsstöd och uppmuntrar patienten till att vara aktiv i fråga om sin egen vård och behandling. Det sker genom att patienten får hjälp att fokusera på sina starka sidor och förmågor och på så sätt kunna se möjligheter till att komma ur en sjukskrivning och återgå i arbete. Genom stödet får patienten hjälp att hitta lösningar och öka tilltron till sin egen förmåga att på egen hand klara att genomföra olika insatser. Koordinatören bör också fungera som kontaktperson för sjukskrivna patienter och vara tillgänglig för att svara på frågor om vård och behandling, om sjukskrivningsprocessen inom vården och om vilket ansvar sjukvården har i förhållande till Försäkringskassan och andra aktörer så att patienten ges möjlighet att vända sig till rätt aktör. Om patienten vid sidan av koordineringen har fått en fast vårdkontakt utsedd får denne och koordinatören komma överens om vem som i första hand ska vara patientens kontaktperson när det gäller information om vården. Ofta krävs en inledande kartläggning för att analysera vilka behov den

enskilde patienten har, vilka insatser som ska erbjudas just den patienten och vilka behov som ska omhändertas av andra aktörer.

Stöd från en koordinator omfattar inte psykoterapi och annan psykologisk eller medicinsk behandling. Sådana insatser ska ges enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om vård och behandling. Det personliga stödet inom koordineringsinsatserna avser bara de behov som hälso- och sjukvården ansvarar för som huvudman. Kartläggning av patientens rehabiliteringsbehov i ett bredare perspektiv samt stöd och motivation att ta kontakt med och söka hjälp från andra aktörer är uppgifter som enligt gällande rätt vilar på Försäkringskassan och inte på landstingen. Även att ge vägledning och information om sjukförsäkringsprocessen i stort (utanför sjukskrivningsarbetet inom hälso- och sjukvården) och de olika bedömningssteg som regleras i socialförsäkringsbalken är Försäkringskassans ansvar. Dessa uppgifter ingår i Försäkringskassans lagreglerade samordningsuppdrag, och avsikten med förslagen i denna promemoria är inte att ändra ansvarsgränserna eller föra över någon del av uppgifterna till landstingen. När sådana behov identifieras för en patient som ges koordineringsinsatser ska information om det lämnas till Försäkringskassan så att patienten får hjälp från rätt aktör (se avsnitt 3.3).

Det personliga stödet handlar sammanfattningsvis om att verka för att patienten motiveras att vara delaktig och underlätta för patienten på olika sätt att hitta lösningar så att han eller hon inte drabbas av en längre sjukskrivning än nödvändigt, utan i stället kan bli frisk och återgå till arbetslivet.

Intern samordning

Koordineringsinsatserna ska också omfatta intern samordning av olika åtgärder inom hälso- och sjukvården. Samordningen bör framförallt handla om att främja en samsyn kring patienten, att stämma av att alla som behandlar patienten arbetar mot samma mål om återgång i arbete. Det handlar framförallt om att bidra till en gemensam rehabiliteringsplan med fokus på återgång i arbete. Koordinatoren kan bidra med nya infallsvinklar och främja en helhetssyn på patienten. I sitt arbete bör koordinatoren föra en dialog med patienten, sjukskrivande läkare och övriga vårdteamet för

att bidra till att en plan för återgång i arbete upprättas, dokumenteras och hålls aktuell (angående dokumentationskrav, se avsnitt 3.7). Tillsammans med läkarna kan koordinatorena diskutera hur sjukskrivningen kan anpassas och vilka eventuella insatser som behövs inom hälso- och sjukvården och även göra utvärderingar av den uppsatta rehabiliteringsplanen. I det arbetet kan vårdteamet som en del av den interna samordningen analysera hur patienten följer planen och om behandlingarna fungerar som det är tänkt. Ett eventuellt behov av koordineringsinsatser bör uppmärksammas i ett tidigt skede, ofta redan i telefonrådgivningen. Den interna samordningen bör därför kunna inkludera ett samarbete med de sjuksköterskor som ger telefonrådgivning för att på så sätt få tidig kontakt med patienter som har behov av koordineringsstöd, bl.a. i de fall där det kan finnas behov av kontakt med arbetsgivaren.

Det finns ett antal bestämmelser om samordning och flera samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården redan i dag, både lagreglerade och frivilliga.⁶⁸ Exempelvis har en fast vårdkontakt, en fast läkarkontakt och en kontaktsjuksköterska sina särskilda uppdrag. Avsikten är inte att införa ytterligare en samordnare för patienten att hålla reda på. Tanken är att olika funktioner ska kunna finnas jämsides och även komplettera varandra utifrån sina respektive uppgifter. Uppgiften vid koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska vara att främja återgång till arbetslivet med ett aktivt och drivande arbetssätt, vilket inte åligger någon annan funktion inom vården. Insatserna kan organiseras och erbjudas inom befintliga samordningsstrukturer om det bedöms lämpligt, men de kan också vara en helt egen verksamhet beroende på hur landstinget väljer att ordna stödet. Koordineringen kan således genomföras av eller tillsammans med en kontaktsjuksköterska, en vårdsamordnare eller fast vårdkontakt som utsetts enligt patientlagen eller av någon annan inom vården.

Samordningsskyldigheten inom koordineringsinsatserna handlar inte om att utveckla rutiner och arbetssätt generellt på vårdenheten, eller att förmedla information om förändringar inom försäkringsmedicin (se avsnitt 3.2.4). Samordning i det här sammanhanget ska på samma sätt som det personliga stödet vara individu-

⁶⁸ Se vidare avsnitt 2.5.

ellt utformad och inriktad på den enskilda patienten och dennes särskilda behov.

Samverkan med andra aktörer

I avsnitt 2.2.2 redovisas att rehabiliteringskoordinatorernas arbete till en inte obetydlig del handlar om kontakter och kommunikation med externa aktörer, i synnerhet med patientens arbetsgivare. Det finns inte sällan en osäkerhet hos just arbetsgivaren kring vilka kontakter som kan och bör tas med en sjukskriven arbetstagare utan risk för att hälsan försämras. Detta gäller inte minst vid sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa. Arbetsgivaren kan ha ett behov av att diskutera förutsättningarna för anpassningar i det individuella fallet direkt med någon inom hälso- och sjukvården som känner till den enskilda individen. Även vården kan ha behov av att få information från arbetsgivaren som är värdefull för behandlingen. Ofta tas också kontakter med andra aktörer som har ansvar för insatser inom rehabiliteringsprocessen, framförallt Försäkringskassan, kommunen och Arbetsförmedlingen.

Arbetsgruppen anser att koordineringsfunktionen behöver omfatta en obligatorisk samverkan och kommunikation med andra aktörer för att bli effektiv. Det är av stor vikt att ingen enskild faller mellan stolarna, vilket är en reell risk när många aktörer har ansvar för olika delar i en process. Arbetsgruppen föreslår därför att en samverkansskyldighet införs som en del av koordineringsinsatserna, när det behövs för vården av en enskild patient. Samverkan handlar bl.a. om att hälso- och sjukvården ska koordinera sina planer och insatser i tiden med arbetsgivare och andra aktörer. I praktiken innebär det t.ex. att koordinatören kan kontakta arbetsgivaren för att resonera om dennes planer för arbetstagarens arbetsåtgång eller Arbetsförmedlingen för att höra om myndigheten arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering för den enskilde patienten. Det kan också vara den andra myndigheten som tar initiativ till samverkan, t.ex. kommunens socialtjänst som har ett ärende som rör rehabilitering tillbaka till arbete för en enskild. Om den andra aktören inte har några pågående insatser för personen i fråga blir det inte relevant för koordinatörerna att samverka med dem. Samverkan handlar inte om att koordinatörerna begär ut upp-

gifter eller kräver eller föreslår insatser från övriga aktörer, utan det ska bara vara ett samarbete kring när och hur respektive aktör kommer genomföra insatser i enskilda fall, utifrån deras pågående ärenden för individen, och i syfte att underlätta för den enskilde. Utan sådan samverkan skulle åtgärder som genomförs utan hänsynstagande till andra insatser kunna försvåra för patienten.

I de flesta fall är det värdefullt att patienten själv tar kontakt med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och andra aktörer för att rätt insatser ska komma till stånd. Stöd till patienten att ta sådana kontakter omfattas dock inte av samverkansskyldigheten inom koordineringsinsatserna, som är en skyldighet som riktas till hälso- och sjukvården i förhållande till andra myndigheter. Den enskilde patientens behov stöd och motivation till att ta sådana egna kontakter ska tillgodose av Försäkringskassan inom samordningsansvaret (se avsnitt 2.4.3). Försäkringskassan har fått ett särskilt rege- ringsuppdrag att förstärka sitt arbete på det området.⁶⁹

En annan del av samverkansskyldigheten är att det ska finnas en kontaktväg till hälso- och sjukvården för andra aktörer som har behov av att få kontakt med vården. Det gäller bl.a. Försäkringskassan som ska klarlägga den enskildes rehabiliteringsbehov och Arbetsförmedlingen och kommunen som kan behöva stäm- ma av insatser med hälso- och sjukvården. Som nämndes inledningsvis i detta avsnitt kan arbetsgivaren många gånger behöva diskutera för- utsättningarna för en viss patient. Arbetsgivare förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskaper om sina anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbets- tagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte till för sådan kun- skapsförmedling. Dessa kunskaper kan arbetsgivaren få tillgång till på olika sätt, exempelvis genom företagshälsovård. Företagshälso- vården har emellertid inget annat ansvar än att fungera som resurs åt arbetsgivaren. Företagshälsovårdens uppgift är inte att ge vård och behandling till arbetstagare eller att informera om medicinska behov annat än ur ett arbetsanpassningsperspektiv.

Det är viktigt att skilja på samverkan och samordning. Den samverkansskyldighet som föreslås för landstingen är inte en sam- ordningsskyldighet. Försäkringskassan har ansvaret för att sam-

⁶⁹S2018/00529/SF Uppdrag till Försäkringskassan angående förstärkt arbete med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

ordna olika aktörers insatser. Det kan dock inte krävas att Försäkringskassan inom sitt samordningsuppdrag organiserar alla kontakter mellan olika aktörer. Dessa ska kunna ha en direktkontakt om en enskild patient i vissa frågor utan att involvera Försäkringskassan som samordnare.

Samverkan i enskilda fall och kontakt med arbetsgivare och andra aktörer ska bara utföras i patientens intresse, och det ska inte ske mot patientens vilja. På samma sätt som med övriga delar av koordineringsinsatserna ska de bara utföras om patienten samtycker till det, se vidare i avsnitt 3.2.3.

3.2.2 Gränsdragning mot Försäkringskassans ansvar och andra åtgärder för stöd till individen

Rehabiliteringsåtgärder som rör kartläggning och analys av behov av insatser från andra aktörer, initiering och samordning av åtgärder hos externa aktörer eller vägledning i sjukförsäkringsfrågor är Försäkringskassans ansvar genom samordnings- och tillsynsansvaret som regleras i socialförsäkringsbalken.⁷⁰ Arbetsgruppen anser inte att det finns anledning att ändra Försäkringskassans uppgifter och föreslår därför att skyldigheten för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser enbart ska avse sådana stödinsatser som hälso- och sjukvården ansvarar för. Koordineringsinsatserna ska således bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av landstingen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och inte omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Det innebär att behov som patienten har i form av motivations- och stödinsatser för att kontakta arbetsgivare och andra aktörer, att klarlägga behov av anpassningar på arbetsplatsen eller på det sociala området eller i andra delar och att verka för att de tas om hand av rätt myndighet är uppgifter för Försäkringskassan och inte för landstingen genom koordineringsinsatserna. Det är också Försäkringskassan och inte koordinatörerna som har det lagstadgade ansvaret att förklara beslut om t.ex. sjukpenning eller aktivitetsersättning, informera och vägleda individen i sjukförsäkringsfrågor och guida genom sjukförsäkringens olika steg. Det finns i dag många

⁷⁰ Se avsnitt 2.4.3.

landsting som genom sina koordinatörer utför dessa uppgifter på ett mycket uppskattat sätt. Arbetsgruppen menar dock att det är viktigt att ansvarsgränserna är tydliga och inte överlappar varandra. Som redan nämnts har Försäkringskassan fått i uppdrag att förstärka sitt arbete på detta området, och ansvarsgränserna betonas än mer genom den informationsskyldighet som föreslås i avsnitt 3.3.

Individuellt stöd i form av koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården är bara en av många åtgärder som behövs för att stärka stödet till individen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringen har i budgetpropositionen för 2018 påtalat att stödet till individen behöver öka och fört fram ett antal olika åtgärder på det området.⁷¹ Regeringen har också tagit fram ett nytt åtgärdsprogram med insatser som utöver uppdraget till Försäkringskassan om att stärka arbetet kring samordningsansvaret, innehåller fler insatser som syftar till ett bättre stöd till individen och förbättrad samverkan mellan olika aktörer.⁷² Arbetsgruppen menar att förslagen i denna promemoria ska ses som en del av hela arbetet med förbättrat stöd till individen, den del som riktar sig till hälso- och sjukvården. Den samordning som i dag utförs av många rehabiliteringskoordinatörer, men som inte föreslås vara en obligatorisk uppgift för landstingen bör därför kunna tas om hand av andra aktörer genom de parallella åtgärder som pågår.

3.2.3 Samtycke och delaktighet

Koordineringsinsatserna enligt den föreslagna lagen ska bara ges i den enskilde patientens intresse. Insatserna ska inte ges utan att patienten fått information om vad insatserna handlar om och vad de innebär i olika avseenden och därefter lämnat sitt samtycke. Detta är särskilt viktigt med tanke på samverkan med andra aktörer. För att sådan ska kunna genomföras utan hinder av sekretess krävs patientens samtycke. Det bör således framgå av lagen att insatserna bara ska ges om patienten samtycker till det.

⁷¹ Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s 39f.

⁷² Dnr S2015/06106/SF, se vidare avsnitt 2.1.1.

Även om samtycke krävs för att insatserna ska ges kan personal inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, även de som arbetar med koordineringen, naturligtvis diskutera och göra en bedömning av om koordineringsinsatser ska erbjudas en viss patient eller inte innan patienten har tillfrågats. Det är bara själva insatserna som ska kräva samtycke.

I 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821) anges att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Även koordineringsinsatserna bör utformas i dialog med patienten så att denne inkluderas och görs delaktig i hur insatserna ska genomföras.

Det är inte ovanligt att patienter med längre eller återkommande sjukskrivningsperioder har någon form av funktionsnedsättning. Exempelvis kan personer med syn- eller hörselnedsättningar eller med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som inte får sin arbetsplats tillräckligt anpassad drabbas av smärt- och stressjukdomar. Det är i de fallen särskilt viktigt att patienten ges rätt möjligheter att kommunicera och vara delaktig i utformningen av koordineringsinsatserna. Även när det handlar om insatser till unga människor måste informationen ges på ett sätt som är anpassat för deras förutsättningar och behov.

3.2.4 Försäkringsmedicinsk kunskapsförmedling och utveckling av arbetsrutiner bör inte regleras

Många rehabiliteringskoordinatorer arbetar i dag med att bistå vårdenheten med försäkringsmedicinsk kunskap och uppdatering kring nyheter på det området. Koordinatörerna fungerar ofta som en expert på området, även om det sällan handlar om intern utbildning. För koordinatorernas del handlar det mer om att samordna utbildningsinsatser på enheten än att ansvara för dem. Vidareutbildning och kompetensutveckling sker framförallt via landstingen centralt och inte genom koordinatorerna. En annan uppgift som ofta ingår i en koordinators arbete är att se över interna arbetssätt och den interna samordningen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet och bidra till att utveckla dessa rutiner. Koordinatörerna arbetar också i viss utsträckning med att ta fram och analysera statistik kring sjukskrivningar. I några av de utvärderingar som gjorts av rehabiliteringskoordinatorernas arbete har det fram-

kommit att den delen av arbetet är värdefull och uppskattad. I överenskommelsen mellan staten och SKL (se avsnitt 2.1.2) ingår sådana villkor vid sidan av koordineringsfunktionen, och landstingen får del av stimulansmedel om de utvecklar arbetet med sådana uppgifter. Enligt överenskommelsen krävs det dock inte att just rehabiliteringskoordinatorerna utför uppgifterna.

Kompetens- och verksamhetsutveckling ingår i landstingens övergripande ansvar för en god hälso- och sjukvård. Vad som krävs i dessa avseenden skiljer sig mellan olika landsting, och det bör som huvudregel inte lagregleras. Koordinatorernas utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården kan sannolikt även fortsättningsvis ha ett stort värde, men landstingen bör själva bedöma vilken förstärkning och utveckling som behövs och på vilket sätt det ska organiseras. Arbetsgruppen föreslår därför inte att koordineringsinsatserna enligt lag ska omfatta sådana uppgifter.

3.2.5 Kompetens för att utföra koordineringsinsatser

EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv⁷³ styr möjligheterna att reglera kompetens för ett visst yrke. Ett reglerat yrke är enligt direktivet en eller flera former av yrkesverksamhet där det genom lagar och andra författningar direkt eller indirekt krävs bestämda yrkeskvalifikationer för tillträde till eller utövande av verksamheten eller någon form av denna eller att använda en viss yrkestitel. Den övergripande inriktningen är att minska antalet reglerade yrken. Särskilda krav för att utöva yrkesverksamhet ska endast ställas när det finns angelägna skäl för det, som t.ex. patientsäkerhet, konsumentskydd och säkerhet för allmänheten. Sverige har ett antal reglerade yrken inom hälso- och sjukvården. Enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) finns 21 legitimationsyrken som ger särskilda s.k. skyddade yrkestitlar, bl.a. legitimerade läkare, sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.⁷⁴ För att få legitimation för de reglerade yrkena krävs som regel viss i lag angiven utbildning. Dessa yrken har reglerats efter en intresseavvägning.

⁷³ Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer

⁷⁴ I lagrådsremissen Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer föreslår regeringen ett nytt legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården i syfte att öka patientsäkerheten.

För fem av yrkena är legitimationen knuten till en ensamrätt att utöva yrket och det finns arbetsuppgifter som enligt lag eller annan föreskrift enbart får utföras av vissa yrkesgrupper. Som huvudregel regleras dock inte vem som ska utföra olika uppgifter inom hälso- och sjukvården. Av 5 kap. 2 § HSL framgår dock att det där det bedrivs hälso- och sjukvård ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges, och det blir därigenom en fråga för landstingen att säkerställa rätt kompetens.

Arbetsgruppen anser inte att det finns skäl utifrån kraven i EU-direktivet att föreslå vissa kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatserna eller någon annan reglering av yrket. Insatserna ska erbjudas inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och det blir därmed en fråga för respektive arbetsgivare inom vården att avgöra vilken kompetens som krävs för uppgiften. För att kunna utföra uppdraget bedömer arbetsgruppen att det sannolikt krävs en person som har kunskaper om hälso- och sjukvårdsprocesserna, om försäkringsmedicin och om övriga aktörers ansvarsområden.

I dag finns kurser och utbildningar vid vissa universitet och högskolor med relevans för dem som ska arbeta med koordineringsinsatser. Universitet och högskolor har en långtgående frihet att styra över utbildningsutbudet och ansvarar i huvudsak själva för vilka utbildningar som de väljer att ge. Beslut om utbildningsutbud, inriktningar och ämneskombinationer samt dimensionering ska fattas utifrån studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov på nationell nivå. Lärosäten kan inom ramen för sina examens-tillstånd erbjuda kurser eller utbildningar som leder till examen. Härigenom har universitet och högskolor möjlighet att erbjuda utbildningar och kurser som det finns ett behov av. Arbetsgruppen anser därför inte att det bör föreslås någon särskild examen för rehabiliteringskoordinatorer.

3.2.6 En ny lag om koordineringsinsatser

För att koordineringsinsatserna till vissa patienter ska bli en obligatorisk uppgift för landstingen krävs att en ny skyldighet för landstingen avseende detta införs i lag. Stödet ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, reglerar landstingens allmänna skyldigheter på hälso-

och sjukvårdsområdet. Lagen innehåller bestämmelser både om insatser som enligt 2 kap. 1 § 1 HSL definieras som hälso- och sjukvård, dvs. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, och om hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation. Koordineringsinsatserna omfattar inte medicinsk behandling eller medicinska utredningar eller bedömningar. Det krävs inte medicinsk utbildning för att utföra insatserna. Arbetsgruppen finner därför att koordineringsinsatserna inte är hälso- och sjukvårdsinsatser enligt definitionen i HSL.

Även om insatserna inte utgör hälso- och sjukvård bör de vara en del av den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården som organisation. Insatserna är nära förknippade med hälso- och sjukvårdsinsatser och utförs till stor del av eller tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen. Nya uppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamheten skulle kunna regleras i HSL även om de inte ryms inom definitionen av hälso- och sjukvårdsåtgärder. Avsikten är dock att HSL ska vara en målinriktad ramlag. Arbetsgruppen anser därför inte att det är lämpligt att i HSL reglera en särskild skyldighet att erbjuda individuellt stöd som inte är hälso- och sjukvårdsinsatser till vissa patientgrupper. Det finns inte heller någon annan lämplig lag där skyldigheten kan regleras. Arbetsgruppen föreslår därför att det införs en ny lag som reglerar en skyldighet för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Även om skyldigheten att erbjuda koordineringsinsatser regleras i en egen lag och insatserna inte bedöms utgöra hälso- och sjukvård, bör de bestämmelser i HSL som rör hälso- och sjukvårdsverksamheten som organisation omfatta även koordineringsinsatserna som verksamhet.

Den lag som föreslås ska syfta till att ge patienter inom sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen stöd och möjligheter till att fullfölja den vård och behandling som behövs för att främja återgång till arbetslivet. Lagreglerade skyldigheter för landstingen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Det bör därför i så stor utsträckning som möjligt lämnas till landstingen att utforma insatserna utifrån sina förhållanden och behov, så länge insatserna omfattar personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra

aktörer och andra insatser som främjar patientens återgång till arbetslivet.

Ingen rättighetslag

Den föreslagna lagen föreskriver skyldigheter för landstingen att erbjuda insatser till vissa patienter. Det föreslås inte att insatserna ska vara en rättighet för en patient, och avsikten är inte att en bedömning att en patient inte ska erbjudas koordineringsinsatser ska gå att överklaga.

3.3 Information till Försäkringskassan

Förslag: Om en patient kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Skälen för arbetsgruppens förslag: De koordineringsinsatser som landstinget ska tillhandahålla enligt den nya lagen omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. I avsnitt 3.2.2 anges att insatserna inte ska omfatta en skyldighet att utreda och samordna behov som ska tillgodoses av andra aktörer, och inte heller motivationsåtgärder till patienten när det gäller insatser från andra aktörer. Det är i stället en del av Försäkringskassans samordnings- och tillsynsansvar enligt socialförsäkringsbalken att klarlägga den försäkrades behov på olika områden och att samordna och driva på insatser hos andra aktörer. I ansvaret ingår också att ge stöd till individen genom sjukskrivningsprocessen.⁷⁵ En orsak till att koordinatörer i flera landsting i dag utför sådana uppgifter är sannolikt att det kan vara svårt för Försäkringskassan att identifiera försäkrade som har ett behov av samordning och stöd, och att dessa personer därför inte får det stöd de behöver och har rätt till. Hälso- och sjukvården har ofta en tidig och nära kontakt med patienterna och ser genom sin kartläggning

⁷⁵ Se närmare om Försäkringskassans samordningsansvar i avsnitt 2.4.3.

av behov inom hälso- och sjukvården även andra behov som ska tillgodoses av andra aktörer. För att underlätta för Försäkringskassan att få kännedom om vilka personer som kan ha behov av samordningsinsatser bör det därför åligga landstinget att informera Försäkringskassan om det. I annat fall finns det risk för att den enskilde individen faller mellan stolarna och inte får sitt behov av samordning tillgodosett. Arbetsgruppen föreslår att det införs en sådan informationsskyldighet i lagen.

Informationen från landstinget ska inte kräva någon särskild formalia utan bör kunna ske t.ex. genom direktkontakt med handläggaren i den enskilde personens ärende på Försäkringskassan. Försäkringskassan och landstingen bör dock hitta lämpliga rutiner för informationen.

Informationen ska ses som en signal till Försäkringskassan om att det kan finnas anledning att göra en bedömning av behovet av rehabiliteringsåtgärder i ett visst fall. Det är inte landstinget som avgör om en enskild ska få samordningsinsatser från Försäkringskassan. Försäkringskassan har redan i dag en skyldighet att göra sådana bedömningar, och uppgiften är således inte ny för myndigheten. Genom informationsförfarandet bör arbetet med att bedöma behov av samordningsinsatser förenklas för Försäkringskassan. Det främjar också samarbetet och samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och övergången mellan myndigheterna, vilket motverkar så kallat stuprörstänkande och gynnar individen som behöver stöd.

Information till Försäkringskassan om en patients eventuella behov av samordningsinsatser ska endast förekomma i patientens eget intresse, och det ska inte på något vis användas som påtryckningsmedel eller liknande från hälso- och sjukvården. Det föreslås därför att det ska krävas att patienten samtycker till att information lämnas över. Samtycket måste vara informerat så att patienten förstår vad det innebär, och det är avsett att vara sekretessbrytande så att uppgifter kan lämnas från hälso- och sjukvården.

3.4 Andra aktörers ansvar för rehabilitering

Bedömning: Andra aktörers ansvar för rehabiliteringsåtgärder bör inte ändras.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Arbetsgivaren har en avgörande roll när det gäller rehabilitering av sjuka eller skadade arbetstagare. Arbetsgivaren ska anpassa arbetsförhållandena till människors olika förutsättningar och förebygga att arbetstagare utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbetsgivaren ska ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet och anpassa arbetsförhållandena utifrån det eller vidta andra lämpliga åtgärder. Arbetsgivaren ska också efter samråd med arbetstagaren lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att klarlägga behovet av rehabilitering. Arbetsgivaren ska också medverka till att klarlägga rehabiliteringsbehovet och svara för att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Den 1 juli 2018 träder nya bestämmelser i kraft som innebär att arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete.⁷⁶

Det har inte framkommit något behov av att ändra arbetsgivarens ansvar vid rehabilitering. Gränserna för arbetsgivarens ansvar i förhållande till hälso- och sjukvården ska således stå fast.

Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassan ska vidare i samråd med den försäkrade se till att behovet av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivaren och arbetstagarorganisationen, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen. Försäkringskassan ska också verka för att organisationerna och myndigheterna vidtar de åtgärder som behövs.⁷⁷ Enligt förarbetena innebär samordningsansvaret också ett ansvar för att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan kan tidigt kontakta den försäkrade och dennes arbetsgivare för att diskutera rehabiliteringsbehov, och processen kan påbörjas så tidigt som det anses lämpligt.⁷⁸

Som redan har nämnts (se avsnitt 3.2) anser arbetsgruppen inte att Försäkringskassans samordningsansvar ska ändras med anled-

⁷⁶ 2 och 3 kap. arbetsmiljölagen (1977:1160) och 30 kap. socialförsäkringsbalken. Se vidare i avsnitt 2.4.4.

⁷⁷ 30 kap. 8–11 §§ socialförsäkringsbalken.

⁷⁸ 30 kap. socialförsäkringsbalken, prop. 1990/91:141 s. 50 f., se vidare avsnitt 2.4.3.

ning av den nya lag som föreslås här. Koordineringsinsatserna som föreslås ska utgöra ett individuellt stöd inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bl.a. innehålla samverkan med arbetsgivaren och andra aktörer. Försäkringskassan ansvarar för att verka för att detta samarbete fungerar, men det kan inte krävas att Försäkringskassan regelmässigt deltar i den direkta kommunikationen mellan de övriga aktörerna. För det fall de olika aktörerna inte tar sitt respektive ansvar är det dock en fråga för Försäkringskassan att se till att åtgärderna vidtas. Koordineringsinsatserna ska ge individen stöd och motivation till att genomföra den planerade rehabiliteringen inom hälso- och sjukvården med fokus på att återgå i arbete. Stöd och råd i den övergripande processen för att den som är sjukskriven ska kunna återgå i arbete är dock även fortsättningsvis en uppgift för Försäkringskassan.

Inte heller andra aktörers ansvar för rehabiliteringsinsatser utanför hälso- och sjukvårdsverksamheten ska inskränkas till följd av den föreslagna lagen. Förutom Försäkringskassans samordningsansvar och arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön och för anpassningar på arbetsplatsen handlar det framförallt om kommunens ansvar för exempelvis bostad, ekonomiska frågor och fungerande förskola och skolgång samt Arbetsförmedlingens ansvar för den som är arbetslös och inskriven vid myndigheten.⁷⁹

3.5 Vilket landsting ansvarar för koordineringsinsatserna?

Förslag: Landstingets ansvar enligt lagen ska omfatta de patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen.

Det som sägs om landsting i den föreslagna lagen ska också gälla för kommuner som inte ingår i ett landsting.

⁷⁹ Se vidare i avsnitt 2.4.7 och 2.4.8.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Enligt den föreslagna lagen är det landstingets ansvar att erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd och att informera Försäkringskassan om vissa behov. Landstinget måste därmed försäkra sig om att dessa uppgifter tillgodoses även för patienter som har valt att få vård från en annan vårdgivare än från landstingets egen hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Koordineringsinsatser enligt den föreslagna lagen ska erbjudas de patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § HSL. Det handlar således om patienter som är bosatta eller kvarskrivna inom landstinget eller som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004,⁸⁰ och patienter som ges vård av exempelvis en privat vårdgivare enligt avtal med landstinget. Det innebär att en patient som i enlighet med det fria vårdvalet (se 8 kap. 3 § HSL) väljer att få vård i ett annat landsting än det där han eller hon är bosatt inte måste erbjudas insatserna i vårdlandstinget, även om det finns ett särskilt behov av sådana stödinsatser. För att främja kontinuiteten och hålla ihop insatser till enskilda patienter ska dock de berörda landstingen ha rätt att i sådana enskilda fall komma överens om att koordineringsinsatserna ska erbjudas av det landsting som ger vård och behandling med anledning av sjukskrivningen. I praktiken kan det ske genom att ett landsting som behandlar och sjukskriver en patient från ett annat landsting kontaktar hemlandstinget för att komma överens om ansvaret för koordineringsinsatser.

Landstingen ska även i övrigt få avtala med andra, exempelvis privata vårdgivare, om att utföra uppgifterna enligt lagen. Behovet för patienter hos privata vårdgivare kan säkerställas genom att koordineringsuppgiften tas med vid utformningen av regelböcker och förfrågningsunderlag inför avtalsskrivning med privata vårdgivare. Landstingen bör därvid ta hänsyn till att det finns både små och stora privata vårdgivare som har olika förutsättningar när det gäller att organisera nya insatser. I vissa landsting i dag har insatserna i stället samlats hos landstinget, som tillhandahåller dem även till patienter hos privata vårdgivare, vilket också är ett sätt att säkerställa behovet hos samtliga patienter oavsett vem som till-

⁸⁰ Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 24 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen

handahåller vården. Landstinget ska ha även ha möjlighet att ingå avtal med privata vårdgivare om att på motsvarande sätt utföra koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i landstingets regi, om landstinget tycker att det är en lämplig lösning.

Det som sägs om landsting i lagen ska gälla också för kommuner som inte ingår i ett landsting, för närvarande Gotlands kommun.

3.6 Patientsäkerhetslagens och patientskadelagens tillämplighet

Bedömning: Bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientskadelagen (1996:799) bör inte ändras så att de omfattar verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: I patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, finns bestämmelser som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 § PSL). Av förarbetena till lagen framgår att vad som avses med ”därmed jämförlig verksamhet” bl.a. är provtagning, analys eller annan utredning som utgör ett led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling och verksamhet vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar.⁸¹ I lagen finns bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, tillsyn, frågor om legitimation och straffbestämmelser m.m. Med hälso- och sjukvård i PSL avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) och ett par andra särskilt uppräknade lagar. Lagen kan enligt arbetsgruppens bedömning inte anses tillämplig för sådan verksamhet som föreslås i den nya lagen om koordineringsinsatser.

De åtgärder som avses med koordineringsinsatser är inte medicinska, och inte av sådan karaktär att det finns någon nämnvärd

⁸¹ Prop. 2009/10:210 s. 188.

risk för vårdskador. De frågor som regleras i PSL är således i huvudsak inte relevanta för koordineringsinsatser. Om PSL skulle tillämpas i fråga om verksamhet med koordineringsinsatser skulle det sannolikt krävas att samtliga vårdgivare som tillhandahåller koordineringsinsatser skulle behöva anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och IVO:s tillsynsområde skulle utökas. Arbetsgruppen anser inte att det merarbete som en sådan ordning skulle medföra dels för dem som utför koordineringsinsatser och dels för IVO skulle uppvägas av fördelarna med tillsynen och en tillämpning av PSL. Arbetsgruppen menar därför att PSL inte bör ändras så att den blir tillämplig för koordineringsinsatserna. Detta innebär visserligen en viss svårighet för landstingen och andra vårdgivare i och med att PSL kommer vara tillämplig i vissa fall men inte andra. Arbetsgruppen, som konstaterar att så redan är fallet i vissa delar, anser att den svårigheten inte ska överdrivas och att den inte borde påverka det praktiska arbetet i verksamheterna.

Patientskadelagen (1996:799) innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring). Lagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Med hälso- och sjukvård avses i den lagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) eller lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Arbetsgruppens uppfattning är att patientskadelagen inte gäller koordineringsinsatser enligt den lag som föreslås i denna promemoria. Av de skäl som anförs ovan i fråga om PSL anser arbetsgruppen att patientskadelagens bestämmelser inte behöver vara tillämpliga för koordineringsinsatserna.

3.7 Journalföring

Bedömning: Arbetet med att koordinera vården bör dokumenteras. Dokumentationen bör ske genom journalföring gemensamt med övrig dokumentation inom hälso- och sjukvården.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Koordineringsinsatserna kommer behöva följas löpande av dem som utför koordineringen. Det krävs dels för att säkerställa att patienten får del av de insatser som erbjuds, dels för att följa upp utfallet av olika åtgärder men också av andra skäl, på samma sätt som vård och behandling i övrigt behöver dokumenteras. Den vårdpersonal som ger medicinsk vård och behandling bör också kunna följa upp vilken koordinering som erbjudits patienten och hur denna har ställt sig till erbjudandet, vilka koordineringsinsatser som ges och vad som är planerat för att kunna bidra till den samordning som är avsedd. Patienten själv bör ha möjlighet att ta del av uppgifterna. Arbetsgruppen anser därför att det arbete som utförs inom koordineringsverksamheten bör dokumenteras. Dokumentation som innefattar personuppgifter innebär ett visst intrång i den personliga integriteten. Ett tillåtande av det måste alltid föregås av en avvägning av behovet och om nyttan med dokumentation av personuppgifter uppväger det intrång det medför. Mot bakgrund av redovisningen av behovet och nyttan med att dokumentera uppgifter som innehåller personuppgifter i samband med koordinering anser arbetsgruppen att det är befogat att tillåta sådan hantering, även om det innebär ett visst intrång i den enskilde patientens integritet. Se vidare om personuppgiftsbehandlingen i avsnitt 3.8.

I patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, finns bl.a. bestämmelser om journalföring. Enligt 3 kap. 1 § PDL ska det föras patientjournal vid vård av patienter. Syftet med att föra journal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § PDL). En patientjournal är också enligt andra stycket i samma paragraf en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag samt forskning. Patientjournalen ska innehålla uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, och de ska bl.a. innehålla uppgifter om identitet, bakgrund till vården, diagnos och vissa åtgärder, vidtagna och planerade åtgärder, information som lämnats och vissa ställningstaganden som gjorts och uppgift om att en patient avstår från viss vård eller behandling (3 kap. 6 § PDL). Patienten har rätt att ta del av journalhandlingens innehåll enligt 8 kap. 2 § PDL.

Verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser kommer till stor del utföras integrerat med hälso- och sjukvården av eller till-

sammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Arbetsgruppen anser därför att det mest rimliga är att dokumentation av koordineringen utförs i patientjournalen som förs av hälso- och sjukvården. Därigenom har både personalen och patienten enbart en journal att förhålla sig till och det finns möjlighet att följa koordineringen och sambandet med övrig vård och behandling. Bestämmelserna i PDL om skyldighet att föra patientjournal och övriga bestämmelser kring journalföringen bör därför tillämpas även för koordineringsverksamheten. I avsnitt 3.8 och 3.9 redovisas förutsättningarna för att tillämpa bestämmelser om personuppgiftsbehandling och PDL i koordineringsverksamheten.

3.8 Personuppgiftshantering och dataskydd inom koordineringsverksamheten

Bedömning: Det finns rättslig grund för personuppgiftsbehandling inom verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet. Det bör säkerställas att det finns tydliga och förutsägbara regler för personuppgiftshanteringen och lämpliga säkerhetsåtgärder för hanteringen av känsliga personuppgifter. Patientdatalagens bestämmelser om personuppgiftsbehandling, inre sekretess och elektronisk åtkomst, utlämnande av uppgifter och handlingar och kvalitetsregister bör tillämpas på koordineringsverksamhet.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: I avsnitt 3.7 har arbetsgruppen gjort bedömningen att koordineringsinsatserna bör dokumenteras i patientjournalen och att det kommer innebära behandling av personuppgifter. Insatser för att koordinera vården för en patient handlar till stor del om patientkontakt, samordning av olika insatser inom vården och samverkan med externa aktörer kring en enskild patient. Inom koordineringsverksamhet kommer således personuppgifter behöva hanteras dels för journalföringen och dels för annan administration kring insatserna, såsom vid dialogen med andra aktörer. De uppgifter som kommer behöva hanteras är bl.a. grundläggande identifikationsuppgifter såsom namn, personnummer och kontaktuppgifter till patienten, men också uppgifter om patientens hälsa såsom diagnos, arbetsförmåga,

orsaker till sjukskrivning, sjukskrivningstid samt genomförda och planerade insatser. Även andra uppgifter om sjukskrivningen och den enskilde patientens enskilda förhållanden kan behöva hanteras för att koordineringsinsatserna ska kunna utföras.

För att personuppgiftshanteringen, som innebär ett intrång i den personliga integriteten, ska vara tillåten måste den uppfylla de krav som finns i dataskydds- och personuppgiftsregelverket. När den lag som reglerar koordineringsverksamheten träder i kraft kommer EU:s dataskyddsförordning⁸² vara den primära styrande lagstiftningen för personuppgiftsbehandlingen. Dataskyddsförordningen kommer vara direkt tillämplig i Sverige. Som komplettering till förordningen kommer även en ny nationell dataskyddslag gälla för verksamheten, om det inte finns annan särreglering för personuppgiftsbehandlingen i fråga. Landstinget och andra vårdgivare som landstinget har avtalat med om att utföra uppgifter kommer vara personuppgiftsansvariga för personuppgiftsbehandlingen och kommer i den egenskapen behöva bevaka att den behandling som utförs är laglig och korrekt utifrån bestämmelserna i förordningen och i nationell lag.

Enligt dataskyddsförordningen krävs att all personuppgiftsbehandling omfattas av någon av de specifikt angivna rättsliga grunder som anges i förordningen (artikel 6). En av de rättsliga grunderna är att personuppgiftsbehandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e). Grunden för behandlingen ska vara fastställd i enlighet med nationell rätt eller i unionsrätten (artikel 6.3). Regeringen bedömer i propositionen Ny dataskyddslag⁸³ att alla uppgifter som riksdag eller regering gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är att anse som allmänt intresse. Regeringen anför därvid att om uppgifterna inte vore av allmänt intresse skulle myndigheterna inte ha ålagts att utföra dem. På motsvarande sätt menar regeringen i propositionen att även de obligatoriska uppgifter som ålagts kommuner och landsting att utföra är av allmänt intresse i dataskyddsförordningens mening, eftersom det är upp till varje medlemsstat att fastställa de uppgifter som är av allmänt intresse. Vidare menar regeringen att det inte

⁸² Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 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.

⁸³ Prop. 2017/18:105 s. 51–52.

spelar någon roll om den personuppgiftsansvarige är en offentlig eller en privat aktör. Om den uppgift som den personuppgiftsansvarige utför är av allmänt intresse och denna uppgift är fastställd i enlighet med unionsrätten eller den nationella rätten finns en rättslig grund för nödvändig behandling enligt artikel 6.1 e. Det saknar då betydelse om en privat aktör utför verksamheten på direkt uppdrag av en myndighet eller på eget initiativ.

Förslaget till lag om koordineringsinsatser till vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet innehåller obligatoriska uppgifter för landstingen. Arbetsgruppen har i avsnitt 3.1 och 3.2 redovisat skälen till varför det är angeläget att införa sådana obligatoriska uppgifter. Regleringen har bedömts vara proportionell för att nå målet som eftersträvas (se avsnitt 3.1). Bedömningen är därför att uppgiften att tillhandahålla koordineringsinsatser är av allmänt intresse i den mening som avses i dataskyddsförordningen. Det allmänna intresset fastställs genom den nya lagen. Landstingen och de privata aktörer som utför koordineringsinsatser kommer därigenom ha en rättslig grund för att behandla personuppgifter vid koordineringsinsatserna. För att personuppgiftsbehandlingen ska vara tillåten krävs därutöver att landstingen och andra utförare tillämpar dataskyddsförordningens allmänna bestämmelser om personuppgiftshantering. Det handlar bl.a. om principerna i artikel 5. Principerna innebär bl.a. att uppgifterna ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade, att uppgifterna ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål, att uppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas och att de ska vara korrekta och om nödvändigt uppdaterade. Vidare krävs bl.a. att uppgifterna behandlas med integritet och konfidentialitet.

Som redogjorts för ovan kommer personuppgifter om människors hälsa behöva hanteras inom verksamhet med koordineringsinsatser. När det gäller behandling av uppgifter om en persons hälsa är huvudregeln att sådan behandling är förbjuden (artikel 9.1 dataskyddsförordningen), även om det finns en rättslig grund enligt artikel 6. Det finns dock en rad undantag från förbudet, som möjliggör behandling av uppgifter om hälsa och andra sådana så kallade känsliga personuppgifter. Enligt ett av undantagen (artikel 9.2 h) får behandling av känsliga personuppgifter ske om behand-

lingen är nödvändig av skäl som hör samman med bl.a. förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, tillhandahållande av hälso- och sjukvård och behandling på grundval av unionsrätten eller den nationella rätten, eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Undantaget gäller under förutsättning att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av tystnadsplikt. Det krävs enligt dataskyddsförordningen att behandlingen av känsliga personuppgifter är nödvändig. Med nödvändig avses inte att uppgiften inte går att utföra utan personuppgiftshanteringen, utan behandlingen kan anses nödvändig om den leder till effektivitetsvinster. Regeringen har uttalat att det i dagsläget mer eller mindre regelmässigt anses vara nödvändigt att använda tekniska hjälpmedel och därmed behandla personuppgifter på automatisk väg, eftersom en manuell informationshantering inte utgör ett realistiskt alternativ för vare sig myndigheter eller företag.⁸⁴ Arbetsgruppen bedömer att personuppgiftsbehandling av koordineringsinsatserna ryms inom undantaget i artikel 9.2 h eftersom insatserna kommer utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och den personuppgiftsbehandling som kommer behövas kommer vara nödvändig av skäl som hör samman med hälso- och sjukvård och även yrkesmedicin.

För att känsliga personuppgifter ska få hanteras inom hälso- och sjukvårdsverksamhet krävs också enligt dataskyddsförordningen att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en person som omfattas av tystnadsplikt enligt gällande rätt. Bestämmelser om tystnadsplikt för personer verksamma inom hälso- och sjukvården finns när det gäller landstinget i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Arbetsgruppen bedömer i avsnitt 3.11 att 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen omfattar även verksamhet enligt den nya lagen om koordineringsinsatser. Det innebär att tystnadsplikt kommer gälla för dem som arbetar med koordineringsinsatserna inom landstingens hälso- och sjukvård. När det gäller privata vårdgivare regleras tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Arbetsgruppen föreslår i avsnitt 3.11 att dessa bestämmelser om tystnadsplikt ska gälla även för personal som arbetar med koordineringsinsatser inom enskilt bedriven verksamhet. Den

⁸⁴ Prop. 2017/18:105 s. 47.

tystnadsplikt som enligt dataskyddsförordningen krävs för behandling av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvård kommer därmed att vara reglerad för alla som arbetar med koordineringsinsatserna.

Dataskyddsförordningen är som tidigare nämnts direkt tillämplig i Sverige, och enligt de bedömningar som gjorts ovan kommer den personuppgiftshantering som krävs inom koordineringsinsatserna vara tillåten. Förordningen ställer inte krav på att de särskilda ändamålen för personuppgiftshantering eller förutsättningar i övrigt fastställs i nationell rätt, men det finns inte heller något som hindrar att detta görs om bestämmelserna uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionellt mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket). I skäl 41 till dataskyddsförordningen anges att den rättsliga grunden bör vara tydlig och precis och dess tillämpning förutsägbar för personer som omfattas av den. I PDL regleras vårdgivares personuppgiftshantering inom hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regeringen har i lagrådsremissen Data-skydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde - en anpassning till EU:s dataskyddsförordning bedömt att registerförfattningar och ändamålsbestämmelser på Socialdepartementets område bör finnas kvar och komplettera dataskyddsförordningen när den träder i kraft. Vårdgivare kommer således att behöva tillämpa både dataskyddsförordningen och kompletterande bestämmelser i PDL och dataskyddslagen. Arbetsgruppen anser att bestämmelserna om personuppgiftsbehandling i PDL bör omfatta koordineringsinsatser och andra uppgifter enligt den nya lagen. Därigenom blir det tydligt och förutsebart både för dem som ska utföra uppgifterna och för registrerade vilken behandling av personuppgifter som är tillåten. Det innebär visserligen att koordineringsinsatser ska anses vara vård i PDL:s mening, men inte i hälso- och sjukvårdslagens, patientsäkerhetslagens eller patientskadelagens mening, vilket kan innebära vissa oklarheter för vårdpersonalen. Alternativet är dock att föreslå en egen registerlag för koordineringsinsatserna, eller enbart låta dataskyddsförordningen och dataskyddslagen vara tillämpliga för personuppgiftsbehandling inom koordineringen. Arbetsgruppens bedömning är att det skulle vara ännu mer otydligt för tillämpare inom hälso- och sjukvården att ha olika regelverk att förhålla sig till när det gäller personuppgiftsbehandlingen.

PDL innehåller bestämmelser om att alla personuppgifter, även känsliga, får behandlas under vissa förutsättningar. Personuppgifter får enligt 2 kap. 4 § PDL behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för

- att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. patientdatalagen och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter,
- administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall,
- att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning,
- att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten,
- administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, eller
- att framställa statistik om hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen har i avsnitt 3.7 bedömt att koordineringsverksamheten bör journalföras. Personuppgiftshantering för att föra journal är ett tillåtet ändamål enligt PDL. Övriga åtgärder inom koordineringsverksamheten som kommer kräva personuppgiftsbehandling är att ge stöd till patienten, att samordna insatser internt, att samverka externt med andra aktörer och att ge information till Försäkringskassan om en enskild patients behov av rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken. Under förutsättning att koordineringsverksamheten ska anses utgöra vård i PDL:s mening ryms sådan personuppgiftshantering inom ändamålet som anges i andra strecksatsen i 2 kap. 4 § PDL, nämligen behandling som behövs för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall. Administration ska enligt arbetsgruppens bedömning i det här sammanhanget inte förstås i alltför snäv betydelse utan bör omfatta olika göromål som krävs för vården av en patient. Ändamålsbestämmelsen i PDL fyller således enligt arbetsgruppens bedömning de behov som finns i fråga om att tillåta personuppgiftsbehandling i samband med koordineringsinsatser och behöver

inte ändras. Se vidare i avsnitt 3.9 om att göra PDL tillämplig på koordineringsverksamheten.

Sökbegränsningar, andra skyddsåtgärder samt nationella kvalitetsregister

Vid all behandling av känsliga personuppgifter är det särskilt viktigt att reglera och begränsa hanteringen för att minska integritetsintrånget och risker för skador. I 2 kap. 8 § PDL finns begränsningar i fråga om känsliga personuppgifter som sökbegrepp. I PDL finns också grundläggande bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst. Begränsningarna utgör enligt arbetsgruppens mening lämpliga skyddsåtgärder för behandlingen av känsliga personuppgifter även inom koordineringsverksamheten. Även bestämmelserna om kvalitetsregister bör gälla för koordineringsverksamheten på samma sätt som för övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3.9 Patientdatalagen ska omfatta även koordinering

Förslag: Patientdatalagen ändras så att definitionen av hälso- och sjukvård i den lagen ska omfatta även verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser till vissa patienter, så att patientdatalagen blir tillämplig i sin helhet. I lagen om koordineringsinsatser ska det anges att patientdatalagen är tillämplig vid utförande av uppgifter enligt lagen.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen har i avsnitt 3.7 och 3.8 bedömt att bestämmelser om journalföring, om personuppgiftshantering och patientdata i övrigt i patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, bör tillämpas på verksamhet enligt lagen om koordineringsinsatser till vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet. Enligt 1 kap. 1 § PDL ska lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt i tillämpliga delar även uppgifter om avlidna personer. Hälso- och sjukvård definieras i 1 kap. 3 § PDL som verksamhet enligt vissa lagar. Genom att ändra definitionen så att även lagen om koordineringsinsatser nämns blir PDL tillämplig för

koordineringsverksamheten. Arbetsgruppen föreslår en sådan ändring.

I 3 kap. 3 § PDL regleras vilka som är skyldiga att föra patientjournal. Det gäller framförallt den som har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke inom hälso- och sjukvården, den som utan att ha legitimation utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av vissa särskilt uppräknade hälso- och sjukvårdsyrken och den som är kurator i den allmänna hälso- och sjukvården. Den personal som ska arbeta med koordinering kommer inte nödvändigtvis ingå i någon av dessa grupper. För det fall koordineringen utförs av någon annan bör det åligga verksamhetschefen att säkerställa att skyldigheten att föra patientjournal utförs i enlighet med PDL. Arbetsgruppen ser därför inte att det finns skäl att ändra i bestämmelsen i PDL så att den som utför koordineringsinsatser i det enskilda fallet omfattas av skyldigheten att föra patientjournal, om inte denne redan ingår i någon av kategorierna.

I 6 kap. PDL finns bestämmelser om sammanhållen journalföring och enligt 1 § i kapitlet får en vårdgivare under vissa förutsättningar ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare. Patienten har enligt 2 § inflytande över vilka uppgifter som får göras tillgängliga för andra vårdgivare. Koordineringsverksamhet kommer bl.a. innebära samordning av olika insatser till patienten. Patienten kan få vård från olika vårdgivare, och det är därför betydelsefullt att en vårdgivare kan ta del av vilka koordineringsinsatser en patient får eller har erbjudits. Bestämmelser om sammanhållen journalföring bör därför gälla även för koordineringsverksamheten. Patientens rättigheter när det gäller att begränsa tillgången till uppgifter i journalen bör gälla även denna verksamhet.

En journalhandling ska bevaras minst tio år enligt 3 kap. 17 § PDL. Detta bör gälla även för uppgifter i journalen om koordinering. Även övriga skyddsbestämmelser är det gäller journalföring i PDL, såsom regler om omhändertagande och återlämnande av patientjournal i 9 kap. och om överklagande i 10 kap. bör omfatta koordineringsinsatserna. Det finns ingen anledning att särskilja koordinering från annan verksamhet inom hälso- och sjukvården i dessa avseenden, utan en gemensam reglering gör tillämpningen mer förutsägbart både för patienten och för vården.

3.10 Personuppgiftshantering och dataskydd hos andra aktörer

Bedömning: Det finns inte behov av ändring i andra registerförfattningar än patientdatalagen.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Även andra aktörer kan behöva hantera personuppgifter, även känsliga sådana, med anledning av den samverkansskyldighet som föreslås i avsnitt 3.2.1 och informationsskyldigheten i avsnitt 3.3. Dessa aktörer måste på samma sätt som hälso- och sjukvården ha laglig rätt att hantera uppgifterna. Arbetsgruppen har i avsnitt 3.7 beskrivit den dataskyddsreglering som kommer gälla när lagen om koordineringsinsatser träder i kraft och vilken laglig grund för behandling av personuppgifter som myndigheter bedöms ha.

Regeringen har föreslagit en ny lag om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen). I 1 kap. 6 § i den föreslagna dataskyddslagen anges att om en annan lag eller en förordning innehåller någon bestämmelse som avviker från den lagen, tillämpas den bestämmelsen.⁸⁵ Det innebär att om det inte finns bestämmelser som avviker från dataskyddslagen, så ska dataskyddslagen tillämpas. Sådan personuppgiftshantering som inte kan förutses, till exempel då en myndighet tar emot personuppgifter men inte har något pågående ärende, regleras normalt inte i särskilda registerförfattningar. Det innebär att dataskyddslagen ska tillämpas i de situationerna. Enligt 3 kap. 3 § 1 i den föreslagna dataskyddslagen får känsliga personuppgifter behandlas av en myndighet med stöd av artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning om uppgifterna har lämnats till myndigheten och behandlingen krävs enligt lag. Vid behandling som sker enbart med stöd av den paragrafen är det förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Arbetsgruppens bedömning är att det därigenom finns laglig grund för myndigheter att hantera personuppgifter som lämnas till dem från hälso- och sjukvården även i de fall myndigheten inte har något pågående ärende.

⁸⁵ Prop. 2017/18:105

När det gäller koordinatorens samverkan med andra aktörer inom ramen för pågående ärenden hos den aktören kommer hanteringen av personuppgifter ofta ske med stöd av sektorsspecifika bestämmelser. Övriga aktörers ansvar för insatser ändras inte genom förslagen i denna promemoria. När det gäller t.ex. samverkan med Arbetsförmedlingen, så är avsikten att den ska ske inom ramen för Arbetsförmedlingens arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering enligt 11 § förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, och i fråga om kommunerna ska samverkan framförallt ske inom deras socialtjänstärenden. Arbetsförmedlingen har redan i dag laglig grund för att behandla personuppgifter inom sina rehabiliteringsärenden och kommunen har rätt att hantera personuppgifter bl.a. enligt lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. I och med att övriga aktörers ansvarsområden inte ändras bedömer arbetsgruppen att det inte behövs någon ytterligare reglering som fastställer rättslig grund för personuppgiftsbehandlingen hos samverkande myndigheter.

När det gäller Försäkringskassans mottagande av information om en enskild persons behov av rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken (SFB) gör arbetsgruppen följande bedömning. Förutsättningarna för försäkringskassan att behandla personuppgifter automatiserat är reglerade i 114 kap. SFB. När lagen om koordineringsinsatser träder i kraft kommer dessutom EU:s dataskyddsförordning utgöra gällande rätt (se avsnitt 3.8). Enligt 114 kap. 7 § 2 SFB får Försäkringskassan behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar som handläggs av Försäkringskassan ska kunna bedömas eller fastställas. Enligt fjärde punkten i samma paragraf får personuppgifter behandlas för att handlägga ärenden. Känsliga personuppgifter får behandlas om uppgifterna lämnats till myndigheten i ett ärende eller är nödvändiga för handläggningen av ett ärende (114 kap. 11 § första stycket). Uppgifter om hälsa får därutöver behandlas om det är nödvändigt för det ändamål som anges i 114 kap. 7 § 2. Rehabiliteringsåtgärder utgör en förmån enligt socialförsäkringsbalken (se avsnitt 2.4.2). De patienter som ska ges koordineringsinsatser enligt den nya lagen och som således kan komma i fråga för

informationsöverlämningen är sjukskrivna i någon form. De torde således som regel ha ett pågående ärende hos Försäkringskassan. Arbetsgruppens bedömning är att redovisade bestämmelser i 114 kap. SFB är tillräckliga för att Försäkringskassan ska ha laglig grund för att ta emot och hantera information om en enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder elektroniskt.⁸⁶ Sådan behandling är enligt arbetsgruppens bedömning både nödvändig och proportionerlig i förhållande till ändamålet. För det fall information lämnas om en person som inte har ett pågående ärende, eller inte omfattas av något av övriga ändamål i 114 kap. SFB, ska Försäkringskassan tillämpa den föreslagna nya dataskyddslagen på det sättet som redovisas ovan i detta avsnitt.

Arbetsgruppen bedömer sammanfattningsvis att det inte finns behov av ändringar i någon annan registerförfattning än PDL.

3.11 Sekretess

Förslag: Den som arbetar eller har arbetat med koordineringsinsatser inom enskilt bedriven verksamhet ska omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt m.m. i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Bedömning: Sekretessbestämmelserna i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) bör inte ändras.

Skälen för arbetsgruppens förslag och bedömning: Verksamhet med koordineringsinsatser kommer innefatta hantering av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Det är därför nödvändigt att uppgifterna omfattas av samma sekretess som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamheten i övrigt.

Sekretess gäller enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, inom hälso- och sjukvården för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den

⁸⁶ Enligt förslag i regeringens lagrådsremiss Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning kommer redovisade bestämmelser inte ändras i sak.

enskilde eller någon närstående till denne lider men. I förarbetena anfördes i fråga om tillämpningsområdet för paragrafen att det centrala området är den slutna och öppna sjukvården. Även den förebyggande medicinska hälsovården, t.ex. den som bedrivs vid mödra- och barnavårdscentralerna och inom den psykiska barn- och ungdomsvården omfattas, liksom tandvården. Med hälso- och sjukvård i paragrafen avses inte bara den som bedrivs i organisatoriskt självständiga former utan också den som utgör inslag i annan förvaltning, t.ex. inom skolväsendet, socialtjänsten, kriminalvården eller försvarsmakten. Av förarbetena följer vidare att den personal för vilken sekretessen gäller i första hand är medicinsk personal, men inom den organisatoriskt självständiga hälso- och sjukvården kommer sekretessen emellertid även att gälla annan personal än sådan som räknas till medicinalpersonal, t.ex. förtroendemän inom sjukvårdsstyrelse eller sjukhusdirektion, ledamöter, som inte är läkare, i nämnd som avses i lagstiftningen om omhändertagande av psykiskt sjuka. Vidare omfattas enligt förarbetena, under förutsättning att de är i allmän tjänst, t.ex. arbetsterapeuter, bandagister, laboratorieingenjörer, logopeder, läkar-sekreterare, psykologer, sjukhusfysiker, sjukvårdsbiträden samt skriv- och ambulanspersonal av sekretessen.⁸⁷ Regeringsrätten har i ett rättsfall från 1983 ansett att sekretessen omfattade ett ärende som rörde bidrag till sjukvård utomlands.⁸⁸ Mot bakgrund av rättsfallet och uttalandena i förarbetena om personal inom den organisatoriskt självständiga hälso- och sjukvården gör arbetsgruppen bedömningen att uttrycket ”inom hälso- och sjukvården” i 25 kap. OSL inte är begränsat till att gälla enbart verksamhet där medicinska insatser ges, utan omfattar även de delar av alla insatser som utförs inom den offentliga hälso- och sjukvårdsverksamheten där insatser som inte är att anse som hälso- och sjukvård utförs. Koordineringsinsatser enligt den nya lagen ska utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och arbetsgruppen bedömer därför att den verksamheten omfattas av sekretessen i 25 kap. OSL. Det behövs därför inte någon ändring i OSL.

Koordineringsinsatser kan även utföras inom enskilt bedriven verksamhet. Det handlar i första hand om privata vårdgivare som

⁸⁷ Prop. 1979/80:2 Del A sida 165 ff.

⁸⁸ RÅ 1983 2:4.

genom avtal med landstingen tillhandahåller hälso- och sjukvård. I 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om bl.a. tystnadsplikt inom enskild vårdverksamhet. Enligt 12 § får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Tystnadsplikten gäller även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får enligt 6 kap. 13 § inte heller obehörigen röja en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att det finns en risk för att den som har lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Enligt 16 § i samma kapitel får den som, utan att höra till hälso- och sjukvårdspersonalen, till följd av anställning eller uppdrag eller på annan liknande grund deltar eller har deltagit i enskilt bedriven hälso- och sjukvård inte obehörigen röja vad han eller hon därvid fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Den som arbetar med koordinering av vård till patienter kommer att få del av uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga uppgifter. Arbetsgruppen anser därför att 6 kap. 12, 13 och 16 §§ även ska omfatta den som arbetar eller har arbetat med verksamhet enligt den förslagna lagen om koordineringsinsatser och föreslår därför att det förs in en sådan bestämmelse i lagen. Det finns dock inte anledning att tillämpa bestämmelserna om förbud att röja uppgifter om en viss varas tillverkning eller innehåll i 6 kap. 14 § eller om skyldighet att lämna viss information i 6 kap. 15 § patientsäkerhetslagen för personal som arbetar med koordineringsverksamhet, eftersom de inte kommer hantera sådan information.

Det är av avgörande betydelse att den som arbetar med koordineringsinsatserna har tillgång till journaler och möjlighet att behandla personuppgifter. I förarbetena till 25 kap. 1 § OSL anges att skaderekvisitet medger att en uppgift lämnas från en läkare till en annan eller från en vårdinrättning till en annan, om det behövs i rent vårdsyfte. Vidare anförs det att visst utrymme även finns att

lämna uppgifter till en annan vårdsektor i syfte att bistå en patient (prop. 1979/80:2 Del A s. 168). Uppgifter som omfattas av bestämmelser om sekretess får även lämnas ut om det sker med samtycke av patienten (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL). I förarbetena till patientdatalagen (2008:355) anförde regeringen efter en redovisning av uttalanden i andra förarbeten och utredningsbetänkanden att det inte finns någon sekretessgräns mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter som bedrivs inom samma myndighet.⁸⁹ Mot bakgrund av ovanstående och med tanke på att koordineringsinsatserna utförs inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och har till syfte att bistå patienten, bör den personal som ska ge stödinsatser enligt den nya lagen kunna ta del av uppgifter om patienten utan hinder av sekretess, under förutsättning att det är befogat i det enskilda fallet och tillåtet enligt patientdatalagen.

3.12 Ikraftträdande

Förslag: Den föreslagna lagen om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet ska träda i kraft den 1 januari 2019. Även den ändring som görs i patientdatalagen ska träda i kraft den 1 januari 2019.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen föreslår att den nya lagen och ändringen i patientdatalagen ska träda i kraft den 1 januari 2019. De rehabiliteringskoordinatorer som arbetar i dag finansieras till stor del av stimulansmedel enligt överenskommelsen mellan staten och SKL. Överenskommelsen gäller till och med 2018, och det är därför lämpligt att de obligatoriska skyldigheterna träder i kraft i anslutning till utgången av överenskommelsen.

⁸⁹ Prop. 2007/08:126 s. 162 ff.

3.13 Utvärdering av de nya koordineringsinsatserna

Bedömning: En utvärdering bör genomföras en viss tid efter att den nya lagen har trätt i kraft. I utvärderingen bör ingå en granskning och analys av konsekvenser och effekter av de nya koordineringsinsatserna och om det finns behov av att utveckla dem.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Syftet med förslag och bedömningar i denna promemoria är att de nya koordineringsinsatserna ska ge stöd till patienter för att de ska kunna återgå till arbetslivet. Det kan sannolikt bidra till att minska ohälsan och sjukfrånvaron. Rehabiliteringskoordinatorer har redan arbetat i landstingen under en tid, och erfarenheterna har varit positiva i flera avseenden. Påverkan på sjukfrånvaron och återgång i arbete har påvisats i viss omfattning. Ett antagande för införandet av den nya lagen är att insatserna kommer ha allt större effekt på sjukfrånvaron ju mer etablerat och fast förankrat i hälso- och sjukvårdsverksamheten som arbetssättet blir. Detta behöver följas upp och utvärderas inom viss tid. Det handlar bl.a. om att analysera hur patienterna uppfattar insatserna och i vilken utsträckning stödet genom sjukskrivningsprocessen gör att de kan återgå till arbetslivet. Det handlar också om att se hur sjukfrånvaron påverkas av koordineringsinsatserna och hur kostnaderna för landstingen påverkas samt hur kontakterna med andra aktörer utvecklas och vad de leder till. Även den nya informationsskyldigheten till Försäkringskassan bör utvärderas.

4 Konsekvenser

4.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett inskränkningen. Bestämmelsen innebär att det krävs en proportionalitetsprövning vid inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

De nya skyldigheterna att erbjuda koordineringsinsatser och att informera Försäkringskassan i vissa fall som föreslås för landstingen i denna promemoria innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningarna bedöms vara motiverade för att nå syftet med insatserna, dvs. att ge patienten stöd i sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för att främja återgång till arbetslivet. Detta syfte bedöms inte kunna uppnås på ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande sätt (se angående alternativa lösningar i avsnitt 3.1). Arbetsgruppen anser att förslagets inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen.

4.2 Konsekvenser för patienter i hälso- och sjukvården

Förslaget om införande av en ny lag med skyldigheter för landstingen att erbjuda koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvårdsverksamheten för patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att återgå till arbetslivet medför en ny form av stöd till patienter. Flera undersökningar och utvärderingar av arbetet med rehabiliteringskoordinatorer visar på positiva erfaren-

heter för patienterna av sådant stöd. De känner sig tryggare med en person som stöttar dem genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och en ökad upplevd livskvalitet har kunnat visas i en studie i Stockholms läns landsting⁹⁰. Den nya skyldigheten för landstingen att informera Försäkringskassan om enskilda som kan ha behov av rehabiliteringsåtgärder bör leda till att fler personer får rätt stöd från rätt aktör.

Koordineringsinsatserna utgör inte hälso- och sjukvård enligt definitionen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Insatserna, som ska särskiljas från de medicinska insatserna, ska därför inte omfattas av den prioriteringsordning som gäller för hälso- och sjukvården. Koordineringsinsatserna finansieras fullt ut enligt finansieringsprincipen. Därmed bör undanträngningseffekter kunna undvikas.

4.3 Konsekvenser för landstingen

Landstingen har ansvar för att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård. I förslaget till ny lag som presenteras i avsnitt 3 anges att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till vissa patienter. Däri ingår en skyldighet för landstingen att samverka med andra aktörer i fråga om rehabilitering tillbaka till arbete. Det föreslås också en skyldighet att informera Försäkringskassan om patienter som kan ha behov av rehabiliteringsåtgärder i form av samordning. Dessa förslag innebär nya obligatoriska uppgifter för landstingen. Konsekvenserna av det är bl.a. att landstingen måste utforma och organisera insatserna så att de uppfyller kraven i lagen. Alla landsting har redan i dag koordineringsinsatser i någon form som i stor utsträckning omfattar det som krävs, även samverkan med andra aktörer. De praktiska konsekvenserna är därför mer begränsade än när helt nya funktioner och insatser ska införas. Det som är helt nytt för landstingen är skyldigheten att informera Försäkringskassan. Det krävs att landstingen hittar lämpliga former för informationsgivningen, och det föreslås inga regler för hur det ska gå till.

⁹⁰ Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017

Rehabiliteringskoordinatorer deltar för närvarande i arbetet med att ta fram och utveckla rutiner i frågor som rör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordinatorerna bistår med försäkringsmedicinsk kunskap och medverkar till att organisera och samordna kompetensutvecklande insatser. De har även uppgifter som handlar om statistikuppföljning på vårdenheten. Syftet med förslagen i denna departementspromemoria är inte att främja det arbetet inom hälso- och sjukvården. Dessa uppgifter omfattas därför inte av de obligatoriska kraven på koordineringsinsatserna. Landstingen har ansvar för att organisera sin verksamhet och se till att det finns den kompetens som krävs på vårdenheter. Konsekvensen av förslaget i det avseendet blir därför att varje landsting måste ta ställning till i vilken utsträckning det behövs utveckling av sjukskrivnings- och rehabiliteringsrutiner, kompetensutveckling inom försäkringsmedicin och statistikuppföljning och hur de uppgifterna ska utföras. Det är sannolikt även fortsättningsvis en lämplig ordning att koordinatorerna deltar i det arbetet, men det är inte ett krav som ställs i den nya lagen.

Det har i flera studier som redovisats i avsnitt 2.3 framkommit att läkare och annan vårdpersonal avlastas genom det arbete som utförs av rehabiliteringskoordinatorerna. Det gäller inte minst genom kartläggningen av den enskildes behov som även läkaren kan ha nytta av i sin vårdplanering, och det motivationsstärkande arbete som koordinatoren genomför tillsammans med patienten. I och med att koordineringsinsatserna blir obligatoriska för landstingen, bör det innebära en viss permanent avlastning för övrig vårdpersonal.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen redovisas i avsnitt 4.1 och de ekonomiska konsekvenserna för landstingen beskrivs i avsnitt 4.15.

4.4 Konsekvenser för arbetsgivare

Arbetsgivarens ansvar för anpassning av arbetsförhållandena och för rehabiliteringsverksamhet för anställda förändras inte genom förslagen. Arbetsgruppen bedömer dock att koordineringsinsatserna inom hälso- och sjukvårdsverksamheten medför en förenkling för arbetsgivaren såtillvida att det finns en kontaktväg in till vården

när det gäller enskilda arbetstagare som är sjukskrivna. Arbetsgivaren ges också bättre möjlighet att diskutera de medicinska förutsättningarna för anpassningar i det enskilda fallet om patienten medger det. Det bör kunna bidra till tidigare och mer exakta anpassningar.

Det kan antas att koordineringsinsatserna leder till minskad sjukfrånvaro ju mer etablerad funktionen blir. Det innebär att arbetsgivare på sikt har färre sjukskrivna arbetstagare.

4.5 Konsekvenser för Försäkringskassan

Förslaget i denna departementspromemoria innebär ingen förändring av Försäkringskassans samordningsansvar eller ansvar i övrigt. Samordningsansvaret omfattar bl.a. klarläggande av rehabiliteringsbehov, stöd och initiering av åtgärder hos olika aktörer. Landstinget föreslås få en skyldighet att informera Försäkringskassan om vilka enskilda personer som kan ha sådana behov. Informationsmottagandet kommer knappast vara en betungande uppgift för Försäkringskassan, utan kommer snarare innebära att samordningsuppdraget förenklas genom att de försäkrade som har ett behov av samordningsinsatser lättare kan upptäckas. Vidare är det arbetsgruppens bedömning att Försäkringskassans arbete med att klarlägga och bedöma rehabiliteringsbehoven kommer att underlättas genom att de behov som ska tillgodoses inom hälso- och sjukvården blir tydligt utredda och omhändertagna i och med koordineringsinsatserna. Samordningsansvaret är en uppgift som redan i dag vilar på Försäkringskassan. Det föreslås inte några nya uppgifter utöver mottagandet av information från vården, vilket inte bedöms leda till ekonomiska konsekvenser för myndigheten.

4.6 Konsekvenser för Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingens ansvar för insatser förändras inte genom förslaget. Genom den skyldighet att samverka med andra aktörer som landstingen föreslås få och som utgör en del av koordineringsinsatserna, kommer Arbetsförmedlingen att ha kontakter med vården i fråga om enskilda personer som är sjukskrivna. Detta bör underlätta arbetet med att vidta rätt insatser.

4.7 Konsekvenser för kommunerna

Kommunerna ansvarar för enskildas behov framförallt enligt socialtjänstlagen. Det ansvaret förändras inte genom förslagen i denna departementspromemoria. Kommunerna får genom den samverkansskyldighet som ingår i koordineringsinsatserna en kontaktväg in i vården, för att med patientens medgivande kunna diskutera de behov som finns i fråga om rehabilitering tillbaka till arbete. Detta borde underlätta kommunernas arbete.

4.8 Konsekvenser för företag

Konsekvenserna för företag i egenskap av arbetsgivare har beskrivits ovan i avsnitt 4.4. Förslaget berör också företag som är privata vårdgivare. Enligt den föreslagna lagen ska landstingen erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av det. Det innebär att landstingen måste säkerställa att patienter hos de privata vårdgivarna också får del av koordineringsinsatser. Sannolikt kommer detta ske genom de vårdavtal som landstingen ingår med privata vårdföretag. Privata vårdföretag kan också genom avtal överta landstingets uppgift att utföra koordineringsinsatser.

4.9 Konsekvenser för jämställdhet

Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Utifrån det har regeringen tagit fram sex delmål, bl.a. att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor (jämställd hälsa), att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och att kvinnor och män ska ha samma möjligheter att vara ekonomiskt självständiga.

Sjukfrånvaron är högst, och har ökat mest, för kvinnor. Ökningen beror huvudsakligen på psykisk ohälsa. Ett antal studier har indikerat att bakomliggande social problematik kan vara en orsak till nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning, och Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att våld i nära relationer ofta leder till sjukskrivning. Det kan således antas att en viss del av sjukskrivningarna bland män, men framförallt bland kvinnor, orsakas av

våld i nära relationer. För att få mer kunskaper i dessa frågor har Inspektionen för socialförsäkringen fått ett uppdrag från regeringen att analysera förekomsten av social problematik, exempelvis våld i nära relationer och olika former av beroenderelaterade problem, som orsak till nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning.⁹¹

Mot bakgrund av betydelsen av att väga in jämställdhetsfrågor i allmänhet och frågor om våld i nära relationer i synnerhet som faktorer bakom ohälsa och sjukfrånvaro, ingår dessa frågeställningar som integrerade villkor i samtliga insatsområden i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018. Det gäller således även i villkoret om att utveckla en funktion för koordinering. Syftet med att ha med dessa aspekter i överenskommelsen är att verka för att jämställdhet och frågor om våld i nära relationer ska vara integrerade delar i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering.

De koordineringsinsatser som föreslås av arbetsgruppen ska utformas som individuellt stöd till den enskilde patienten. Jämställdhetsaspekterna kommer därför behöva beaktas i varje enskilt fall där det kan vara relevant. Den medvetenhet om frågorna som har främjats genom överenskommelsen bör kunna fortsätta genomsyra koordineringsinsatserna, vilket bidrar till uppfyllelsen av delmålen och det övergripande jämställdhetspolitiska målet.

När det gäller delmålet att kvinnor och män ska ha samma möjligheter att vara ekonomiskt självständiga gör arbetsgruppen följande bedömning. För individen medför sjukskrivning lägre inkomster och ökad risk för att permanent slås ut från arbetsmarknaden med sjukersättning. Att minska sjukskrivning mellan kvinnor och män är således angeläget för att regeringens mål om ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män ska kunna uppnås.

Koordineringsinsatserna bedöms leda till snabbare återgång i arbete och minskad sjukfrånvaro för de patientgrupper som får del av dem. Eftersom kvinnor är sjukskrivna i större omfattning än män är det rimligt att anta att koordinatorfunktionen särskilt gynnar kvinnor.

Sammantaget bedöms koordineringsinsatserna bidra till att skillnaderna i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män minskar. Den

⁹¹ Uppdraget ska redovisas den 3 maj 2018.

nya lagen bedöms därför bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

4.10 Konsekvenser för de integrationspolitiska målen

Målet för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund.

Koordineringsinsatserna ska erbjudas alla patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd, oavsett etnisk eller kulturell bakgrund. Insatserna ska utformas individuellt och tillsammans med den enskilde patienten, vilket innebär att de ska anpassas till behoven och förutsättningarna hos den enskilde. Syftet är att patienten ska kunna återgå i arbete. Att kunna arbeta är en viktig del i integrationen. Koordineringsinsatserna bör således sammantaget kunna påverka uppfyllelsen av det integrationspolitiska målet i positiv riktning.

4.11 Konsekvenser för brottsligheten

Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte har några särskilda konsekvenser för brottsligheten.

4.12 Konsekvenser för barn

De patienter som får del av koordineringsinsatser ska få det för att underlätta återgång i arbete. De personer som är under 18 år och som arbetar omfattas av förslaget och påverkas på samma sätt som övriga patienter (se avsnitt 4.1). Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte har några direkta konsekvenser för yngre barn. För yngre barn kan dock förslaget få konsekvenser indirekt genom att deras föräldrar eller andra närstående vuxna får del av koordineringsinsatser som bidrar till att de får en bättre hälsa. Det kan även gälla personal vid förskolor och skolor.

4.13 Konsekvenser för miljön

Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte har några särskilda konsekvenser för miljön.

4.14 Konsekvenser för sjukfrånvaron och sjukförsäkringen

Arbetsgruppen bedömer att förslagen i denna departementspromemoria ger bättre förutsättningar för patienter att återgå till arbetslivet vilket kan leda till lägre sjukfrånvaro. Det är därför troligt att det kommer bli en viss effekt på statens utgifter för sjukförsäkringen genom införandet av koordineringsinsatser. Det finns få utvärderingar och analyser av effekterna, och några säkra slutsatser kan ännu inte dras. En effektutvärdering som har gjorts i Stockholms läns landsting visar dock att vissa personer som får stöd av en rehabiliteringskoordinator i sin rehabilitering återgår till arbete tidigare än en kontrollgrupp utan stöd.⁹² Koordinatorerna i den studien hade dock ett något bredare uppdrag än vad som föreslås här. Arbetsgruppen kan inte bedöma omfattningen av effekterna på den minskade sjukfrånvaron, och några säkra beräkningar av besparingar kan inte göras.

4.15 Ekonomiska konsekvenser

Förslag: Landstingen ska kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen med 361 miljoner kronor årligen för att tillgodose behovet av koordineringsinsatser.

⁹² Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator, Stockholms läns landsting och Health Navigator AB, september 2017. Studien avsåg en mer omfattande koordinering än den som föreslås här.

Skälen för arbetsgruppens förslag

Kostnader för landstingen

Koordineringsverksamheten är väl utbyggd inom primärvården i samtliga landsting. Inom specialistvården är koordineringsfunktionen ännu under utveckling. När verksamheten är fullt utbyggd i både primär- och specialistvård beräknas antalet rehabiliteringskoordinatorer och processledare motsvara 656 helårstjänster totalt inom landstingen. Beräkningarna baseras på de uppgifter som 13 landsting redovisade till Försäkringskassan under hösten 2017.⁹³

I tabellen nedan redovisas beräkningen av landstingens kostnader för koordineringsfunktionen 2019, dvs. det år då skyldigheten att erbjuda koordineringsinsatser föreslås träda i kraft. Beräkningarna baseras på antagandet att verksamheten är fullt utbyggd i primärvården samtliga landsting.

Det framgår av tabellen att landstingens lönekostnader beräknas till sammanlagt 284 miljoner kr år 2019. I beräkningen av dessa kostnader har utgångspunkten varit den genomsnittliga månadslönen 2016 för de yrkeskategorier som är vanligast vid utförandet av koordineringsinsatser. Dessa yrkesgrupper är arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Den genomsnittliga månadslönen för dessa yrkesgrupper uppgick till ca 33 000 kr 2016 och inkluderar förutom koordineringsarbetet även processledning. Lönenivån stämmer väl överens med uppgifter som inhämtats från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I kostnadsberäkningarna har den genomsnittliga månadslönen skrivits fram med Konjunkturinstitutets prognoser för löneutvecklingen 2017–2019. Inklusivt drygt 37 % tillägg för arbetsgivaravgifter och kollektivavtalade försäkringspremier beräknas landstingens totala personalkostnader till 389 miljoner kronor 2019.

Förutom lönekostnader beräknas landstingen ha kostnader för administration, lokaler, mm. för 126 miljoner kronor år 2019. Denna beräkning är grundad på antagandet att samtliga overhead-

⁹³ Uppgifter från landstingen i Blekinge, Gävleborg, Halland, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Västerbotten och Västmanland var inte tillräckliga för att kunna uppskatta behovet av koordineringsfunktionen. Antalet helårsanställda för dessa landsting antas motsvara de övriga 13 efter att hänsyn tagits till landstingens olika befolkningstäthet.

kostnader för en anställd i genomsnitt är mellan 180 000 och 190 000 kronor.

Totalt beräknas landstingens kostnader för koordineringsfunktionen med nuvarande ambitionsnivå uppgå till 515 miljoner kronor 2019. Primärvården står för ungefär 67 procent av kostnaderna. Motsvarande andel inom specialistvården uppskattas vara 27 procent medan kostnaderna för processledning beräknas till 6 procent.

Tabell 4.1 Landstingens kostnader för koordinering, totalt och per en helårstjänst

	2017	2018	2019
Genomsnittlig månadslön, kr ¹	33 600	34 600	35 700
Helårstjänster, antal	656	656	656
varav processledare, mm.	31	31	31
Lönekostnader, mnkr	267	275	284
Kostnader arbetsgivaravgifter, mnkr	99	102	105
Övriga kostnader, mnkr ²	121	123	126
Kostnader totalt för landstingen, mnkr	487	501	515

¹ Den framskrivna månadslönen baseras på Riksbankens prognos för kommande löneutveckling (2,7% år 2017, 3,1% år 2018 samt 3,3 % år 2019). Prognosen var den mest aktuella 31/12 2017.

Inkl. processledare blir genomsnittslönen: 2017: 33 900, 2018: 34 900, 2019: 36 100.

² Övriga kostnader har skrivits fram med Riksbankens prognos för KPI-utveckling de kommande åren (1,6 % år 2017, 1,7 % år 2018 samt 2,1 % år 2019). Prognosen var den mest aktuella 31/12 2017.

Kostnader för andra än landstingen

Arbetsgruppen bedömer att förslaget inte innebär några ekonomiska konsekvenser för andra än landstingen.

Finansieringsprincipen gäller

Finansieringsprincipen omfattar statligt beslutade obligatoriska åtgärder som direkt tar sikte på kommunal verksamhet. Principens innebörd är att kommuner och landsting inte ska behöva höja skatten eller prioritera om annan verksamhet för att finansiera statliga beslut. Finansieringsprincipen är grundläggande för de ekonomiska relationerna mellan staten och kommunsektorn, och gäller i båda riktningarna. Finansieringsprincipen är inte lagreglerad men är

godkänd av riksdagen (prop. 1993/94:150, bilaga 7) och tillämpas sedan 1993. Principen gäller när riksdag, regering eller myndighet ändrar reglerna för den kommunala verksamheten och när förändringarna direkt tar sikte på kommuner och landsting. Om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare än tidigare, ska de statliga bidragen enligt principen minskas i motsvarande mån.

Finansieringsprincipen ska tillämpas bl.a. när frivilliga uppgifter blir obligatoriska, vilket är fallet med de förslag som lämnas i promemorian. De krav på koordineringsinsatser som föreslås här är emellertid mindre omfattande än det arbete som för närvarande utförs av rehabiliteringskoordinatorerna på frivillig väg. Enligt förslaget krävs inte att koordineringen ska omfatta kartläggningar av patientens behov av åtgärder på andra områden än inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det krävs inte heller att koordineringsinsatserna ska innefatta initiering och uppföljning i fråga om andra aktörers åtgärder, eller motivationsåtgärder när det gäller behov som andra aktörer ansvarar för. Vidare arbetar många koordinatörer i dag med kunskapsförmedling och utveckling av rutiner och arbetssätt när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Detta ingår inte i de nya krav som föreslås för landstingen när det gäller koordineringsinsatser, utan är en uppgift som vilar på landstingen att utföra i någon form redan i dag. Arbetsgruppen anser därför att landstingen bör kompenseras enligt den kommunala finansieringsprincipen med 361 miljoner kronor årligen för att täcka kostnaderna för de obligatoriska uppgifter som koordineringsinsatserna kommer innebära för landstingen, med beaktande av sedvanliga uppräknings.

5 Författningskommentar

5.1 Förslaget till lag om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet

1 § Landstinget ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet.

Det som sägs om landsting i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.1, 3.2 och 3.5.

Bestämmelsen i *första stycket* innebär att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Vad som avses med koordineringsinsatser anges i 2 §. Vilka patienter som har ett sådant särskilt behov får avgöras från fall till fall med utgångspunkt i erfarenheter och utvärderingar. Det handlar till stor del om patienter med tidigare sjukskrivningsperioder och patienter med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärtproblematik. Det kan också handla om andra sjukdomar och skador, och det är inte diagnosen i sig utan behovet av stöd som är avgörande för om insatser ska erbjudas. De allra flesta patienter återfår sin arbetsförmåga och kan återgå till arbete eller annan sysselsättning utan särskilt individuellt stöd, och dessa behöver inte erbjudas koordineringsinsatser. Att insatserna ska erbjudas patienter som har behov av det innebär att patienter ska omfattas oavsett om sjukskrivning och behandling sker inom primärvård eller specialistvård.

Kravet på att landstinget ska erbjuda insatserna innebär att det är landstingets ansvar att säkerställa att koordineringsinsatser ges

oavsett om patienten får vård av landstinget eller av en privat vårdgivare.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att det som sägs om ett landsting även gäller en kommun som inte ingår i ett landsting. För närvarande är det bara Gotlands kommun som inte ingår i något landsting.

2 § Koordineringsinsatser ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Landstingets ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.

Förslaget behandlas i avsnitt 3.2.

Koordineringsinsatserna ska enligt *första stycket* bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Insatserna kan variera i omfattning beroende på omständigheterna i det enskilda fallet, och det kan krävas en inledande kartläggning av patientens situation och behov. Koordineringsinsatserna ska bara omfatta behov som landstinget ansvarar för att åtgärda och inte behov som ska tillgodoses av andra aktörer. Landstingets ansvar omfattar i första hand hälso- och sjukvård vilket inkluderar bl.a. medicinsk rehabilitering. Andra behov som andra aktörer ansvarar för är t.ex. externa samordnings- och stödåtgärder från Försäkringskassan, arbetsgivarens anpassning av arbetsmiljön, socialt och ekonomiskt stöd från kommunen eller arbetslivsinriktade insatser från Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan ansvarar också för vägledning och stöd genom sjukförsäkringsprocessen och dess olika steg.

Koordineringsinsatserna är inte medicinska åtgärder och utgör definitionsmässigt inte hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening. Insatserna ska dock enligt bestämmelsen utföras inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. De kan organiseras inom befintliga samordningsstrukturer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten om det anses lämpligt, men kan också utformas som en helt egen verksamhet eller på annat sätt. Det ställs inte krav på att det utses en särskild koordinator, utan det överlämnas till lands-

tingen att organisera insatserna. För att insatserna ska kunna utgöra ett effektivt individuellt stöd krävs dock sannolikt att den som utför uppgifterna ges förutsättningar att koncentrera sig på uppdraget och erbjuda patienten kontinuitet i insatserna. Det är därvid lämpligt att patienten får ha kontakt med samma person inom koordineringsarbetet.

Koordineringsinsatsen personligt stöd handlar huvudsakligen om motivationsåtgärder för att hjälpa patienten att se sina möjligheter och sin förmåga att kunna återgå till arbete i rätt tid. Terapi eller annan psykologisk eller medicinsk behandling ingår inte.

Insatserna omfattar också intern samordning. Samordningen ska inriktas på att främja den enskilde patientens återgång i arbete, till skillnad från annan samordning inom hälso- och sjukvården. Det kan handla om att all vårdpersonal arbetar på samma sätt i det individuella fallet och mot samma mål, vilket sannolikt kräver kontinuerliga avstämmningar med läkare och annan vårdpersonal. I samordningen ingår också uppföljning av upprättade rehabiliteringsplaner.

Koordineringsinsatser består vidare av samverkan med andra aktörer kring den enskilda patienten. Samverkan ska ske med aktörer som har ansvar för insatser som kan ha betydelse för patientens återgång till arbetslivet, och som det finns ett behov av att samverka med för att vården ska bli effektiv. I första hand bör det handla om arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen. Samverkansskyldigheten omfattar inte ett samordningsansvar, det ansvaret vilar på Försäkringskassan. Genom skyldigheten att samverka kan den personal som arbetar med koordinering även fungera som en kontaktväg för andra aktörer som har behov av att kommunicera med hälso- och sjukvården.

Koordineringsinsatserna kan också innehålla andra liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet. Det ger landstinget en möjlighet att utforma insatserna utifrån de egna omständigheterna och behoven samt utifrån situationen i det enskilda fallet.

Enligt *andra stycket* ska koordineringsinsatser bara ges om patienten samtycker till det. Det innebär bl.a. att kontakter med arbetsgivaren och andra aktörer inte kan tas om inte den enskilde patienten medger det. Samtycket är avsett att vara sekretessbrytande vilket patienten måste informeras om innan samtycket ges. Ett sådant samtycke kan alltid återkallas av patienten. Sam-

tyckeskravet innebär dock inte att personal inte kan diskutera patientens eventuella behov av koordineringsinsatser och förutsättningarna för att erbjuda sådana innan patienten har samtyckt. Insatserna ska, på samma sätt som hälso- och sjukvård enligt 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821), så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Insatserna bör vara aktiva från landstingets sida på det sättet att den som utför insatserna fungerar som en drivande kraft tillsammans med patienten i utformningen av stödet. Det ska inte krävas av patienten själv att denne driver arbetet framåt, om han eller hon på grund av sin sjukdom inte har den möjligheten.

3 § Om en patient som erbjuds koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska landstinget informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.3.

I bestämmelsen regleras att landstinget, om det kan antas att en patient kan ha behov av rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan ansvarar för, ska informera Försäkringskassan om det. Rehabiliteringsåtgärder regleras i 30 kap. socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan görs genom informationen från landstinget uppmärksam på en enskild persons eventuella behov av rehabiliteringsåtgärder och gör en sedvanlig bedömning av behovet enligt socialförsäkringsbalken. Att Försäkringskassan informeras och kanske även inleder rehabiliteringsåtgärder enligt socialförsäkringsbalken innebär inte att landstingets ansvar att erbjuda koordineringsinsatser upphör.

Informationsskyldigheten för landstinget är inte avsedd att vara sekretessbrytande. Det krävs samtycke för att informationen ska lämnas till Försäkringskassan, vilket bryter sekretessen. Det är därför av vikt att patienten är införstådd med att samtycket innebär att uppgifter som kan omfattas av sekretess lämnas till Försäkringskassan.

4 § Landstingets ansvar enligt denna lag omfattar patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.5.

I *första stycket* anges att landstingets ansvar enligt lagen avser patienter som ges vård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), dvs. de som är bosatta eller kvarskrivna inom landstinget och de som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004. Hänvisningen till 15 kap. 1 § medför att även patienter som ges vård från privata vårdgivare omfattas. Avgränsningen till nämnda paragrafer innebär att patienter som genom det fria vårdvalet får vård och behandling i ett annat landsting än hemlandstinget och blir sjukskrivna där, inte behöver erbjudas koordineringsinsatser av det landsting där de får vård. Däremot är hemlandstinget även i det fallet ansvarigt för att se till att patienter som har behov av det får koordineringsinsatser.

Av *andra stycket* följer att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. Det innebär att landstingets ansvar för koordineringsinsatser till patienter som väljer en privat vårdgivare kan tillgodoses genom att landstingen lägger in villkor om koordineringsinsatser i avtalen med de privata vårdgivarna. Landstinget har också möjlighet att lägga ut koordineringsinsatser inom verksamhet som bedrivs i egen regi på entreprenad till en eller flera privata vårdgivare. Det innebär också att två landsting kan komma överens om att det landsting som tillhandahåller vården också ska erbjuda koordineringsinsatserna, även om det inte är hemlandstinget.

5 § När uppgifter enligt denna lag utförs ska patientdatalagen (2008:355) vara tillämplig.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.7–3.9. Enligt paragrafen ska bestämmelserna i patientdatalagen tillämpas för verksamhet enligt denna lag. Det handlar bl.a. om skyldighet att föra patientjournal och om förutsättningarna för att behandla personuppgifter.

6 § Den som arbetar eller har arbetat med att utföra uppgifter enligt denna lag inom enskilt bedriven verksamhet omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt m.m. i 6 kap. 12, 13 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.11. Bestämmelsen innebär att personal som arbetar med koordineringsinsatser inom enskilt bedriven verksamhet omfattas av samma tystnadsplikt m.m. som hälso- och sjukvårdspersonalen. Se även förarbetena till bestämmelsen i patientsäkerhetslagen, prop. 2009/10:210 s. 211 ff och hänvisningar där.

5.2 Förslaget till lag om ändring i patientdatalagen (2008:355)

1 kap.

3 §

Uttryck

Betydelse

Hälso- och sjukvård

Verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., *lagen (2018:000) om koordineringsinsatser för vissa patienter för att främja återgång till arbetslivet* samt den upphävda lagen (1944:133) om kastrering.

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.7–9. Ändringen innebär att patientdatalagen ska tillämpas för verksamhet enligt den nya lagen.

Departementsserien 2018

Kronologisk förteckning

1. Genomförande av 2017 års ändringsdirektiv till EU:s vapendirektiv. Ju.
2. Reglering av mikrosimuleringsmodellen Fasit. Fi.
3. Uppbörd av böter efter EU:s dataskyddsreform. Ju.
4. En ny stödordning för säkerhetshöjande åtgärder inom det civila samhället. Ku.
5. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. S.

Departementsserien 2018

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Reglering av mikrosimuleringsmodellen
Fasit. [2]

Justitiedepartementet

Genomförande av 2017 års ändrings-
direktiv till EU:s vapendirektiv. [1]
Uppbörd av böter efter
EU:s dataskyddsreform. [3]

Kulturdepartementet

En ny stödordning för säkerhetshöjande
åtgärder inom det civila samhället. [4]

Socialdepartementet

Ny lag om koordineringsinsatser inom
hälso- och sjukvården. [5]



REGERINGSKANSLIET

Region
Jönköpings län

2018-03-08

2018-02-19

Dnr. PSL 2018/698

Förvaltningsavdelningen

Remissinstanser

RK Service

Erbjudande till remissinstanser att få betänkanden elektroniskt

Som en del i Regeringskansliets miljöledningsarbete och digitaliseringsarbete är en målsättning att minska antalet tryckta exemplar av publikationerna Statens offentliga utredningar (SOU) och Departementskrivelser (Ds).

Ni erbjuds därför möjligheten att övergå till att få betänkandena elektroniskt genom att de skickas i en pdf-fil. Om ni önskar detta skickar ni er e-postadress till fa.kommittereception@regeringskansliet.se

Frågor kan ställas till:

Sektionschef

Anne-Marie Chernström

Telefon: 08-405 43 33

E-post: anne-marie.chernstrom@regeringskansliet.se



2018-02-20
S2018/01188/SF

 Region
Jönköpings län

2018 -03- 08

Dnr. RJL 2018/698

Socialdepartementet
Socialförsäkringsenheten
Christina Fredin

Ds Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården

Remissinstanser:

- 1 Riksdagens ombudsmän, JO
- 2 Riksrevisionen
- 3 Justitiekanslern
- 4 Arbetsförmedlingen
- 5 Arbetsgivarverket
- 6 Arbetsmiljöverket
- 7 Datainspektionen
- 8 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
- 9 Försäkringskassan
- 10 Inspektionen för socialförsäkringen
- 11 Inspektionen för vård och omsorg
- 12 Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)
- 13 Myndigheten för delaktighet
- 14 Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
- 15 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- 16 Regelrådet
- 17 Socialstyrelsen
- 18 Statens beredning för medicinsk utvärdering
- 19 Statskontoret

- 20 Universitetskanslersämbetet
- 21 Lunds universitet
- 22 Umeå universitet
- 23 Karolinska institutet
- 24 Mittuniversitetet
- 25 Mälardalens högskola
- 26 Landstinget i Stockholms län
- 27 Landstinget i Uppsala län
- 28 Landstinget i Södermanlands län
- 29 Landstinget i Östergötlands län
- 30 Landstinget i Jönköpings län
- 31 Landstinget i Kronobergs län
- 32 Landstinget i Kalmar län
- 33 Landstinget i Blekinge län
- 34 Landstinget i Skåne län
- 35 Landstinget i Hallands län
- 36 Landstinget i Västra Götalands län
- 37 Landstinget i Värmlands län
- 38 Landstinget i Örebro län
- 39 Landstinget i Västmanlands län
- 40 Landstinget i Dalarnas län
- 41 Landstinget i Gävleborgs län
- 42 Landstinget i Västernorrlands län
- 43 Landstinget i Jämtlands län
- 44 Landstinget i Västerbottens län
- 45 Landstinget i Norrbottens län
- 46 Gotlands kommun
- 47 Arjeplogs kommun
- 48 Arvika kommun
- 49 Dorotea kommun

- 50 Enköpings kommun
- 51 Eskilstuna kommun
- 52 Eslövs kommun
- 53 Göteborgs kommun
- 54 Huddinge kommun
- 55 Jönköpings kommun
- 56 Kumla kommun
- 57 Lessebo kommun
- 58 Ludvika kommun
- 59 Malmö kommun
- 60 Motala kommun
- 61 Oskarshamns kommun
- 62 Sundsvalls kommun
- 63 Tjörns kommun
- 64 Umeå kommun
- 65 Älvsbyns kommun
- 66 Östersunds kommun
- 67 FAMNA
- 68 Svenskt Näringsliv
- 69 Sveriges Kommuner och Landsting
- 70 Vårdföretagarna (Almega)
- 71 Akademikerförbundet SSR
- 72 Fackförbundet ST
- 73 Förbundet fysioterapeuterna
- 74 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
- 75 Kommunal
- 76 Landsorganisationen
- 77 Lärarförbundet
- 78 SEKO
- 79 Sveriges Akademikers Centralorganisation

- 80 Svensk kuratorsförening
- 81 Sveriges Läkarförbund
- 82 Sveriges Psykologförbund
- 83 Tjänstemännens Centralorganisation
- 84 Unionen
- 85 Vision
- 86 Vårdförbundet
- 87 Svenska Psykiatriska Föreningen
- 88 Svenska läkaresällskapet
- 89 Sveriges Företagshälsor
- 90 Nationella nätverket för samordningsförbund
- 91 DHR
- 92 Funktionsrätt Sverige
- 93 Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
- 94 Nätverket mot cancer
- 95 Sveriges Dövas Riksförbund
- 96 Synskadades riksförbund

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 28 maj 2018. Vi vill att ni endast skickar svaret i elektronisk form, både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:

s.registrator@regeringskansliet.se samt s.sf@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2018/01188/SF anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på promemorian.

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

att svaret ger besked om detta. För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

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

Frågor under remisstiden besvaras i första hand av Christina Fredin, telefon 0761-366 288 christina.fredin@regeringskansliet.se
Det går också att kontakta Eeva Seppälä, telefon 08-405 34 19 eller eeva.seppala@regeringskansliet.se



Therese Karlberg

Departementsråd

Regionfullmäktige
Regionstyrelsen
Nämnden för folkhälsa och sjukvård
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och
attraktivitet
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö

Tertialrapport 1 per april 2018

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

- godkänna tertialrapport 1 per april 2018

Nämnden för folkhälsa och sjukvård, nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet samt nämnden för trafik, infrastruktur och miljö

- godkänner tertialrapport 1 per april 2018 avseende de delar som avser nämndens ansvarsområden

Sammanfattning

Enligt regionfullmäktiges direktiv till regionstyrelsen ska en tertialrapport lämnas efter april. I tertialrapporten redovisas måluppfyllelse för regionfullmäktiges fastställda systemmätetal, status på de aktiviteter som ska stödja måluppfyllelse, ekonomisk uppföljning per april samt helårsprognos.

Information i ärendet

Region Jönköpings läns utgångspunkt för styrning är Kommunallagens krav på god hushållning, både ur ett verksamhetsperspektiv och ur ett finansiellt perspektiv. God hushållning skapas genom att verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv med en finansiering som långsiktigt garanterar verksamheten.

En viktig del i detta är att löpande följa måluppfyllelsen för de systemmätetal som regionfullmäktige i budgeten fastställt för verksamheten. Regionstyrelsen och nämnderna följer varje månad verksamheten genom månadsrapporter. Efter april ska styrelsen till fullmäktige lämna en tertialrapport med sammanfattning av hur verksamheten utvecklas mot de mål som anges i budgeten, status på de aktiviteter som ska stödja måluppfyllelse, ekonomisk uppföljning per april samt ekonomisk helårsprognos. Föreliggande rapport följer den styrmodell och struktur som beslutad budget bygger på.

Av de 37 mål för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet som fullmäktige angivit som mäts efter ett tertial har 26 mål (70 procent) helt eller delvis uppnåtts. Det ekonomiska utfallet per april månad visar ett underskott på 6 miljoner kronor medan helårsprognosen pekar på ett överskott med 230 miljoner kronor, vilket är något högre än budget. Hela överskottet bidrar till finansieringen

av det omfattande investeringsprogram som pågår i verksamheten både vad avser byggnationer och utrustning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2018-05-28
- Tertialrapport 1 per april 2018

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret Ekonomi

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Jane Ydman
Ekonomidirektör

Tertialrapport

Tertial 1 2018

Region Jönköpings län

Dnr 2018/231
Agneta Jansmyr, Regiondirektör
Region Jönköpings län
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehåll

För ett bra liv i en attraktiv region	4
Måluppfyllelse och god hushållning	5
FOLKHÄLSA OCH SJUKVÅRD.....	6
Medborgare och kund.....	6
Process och produktion	10
<i>Verksamhetsstatistik.....</i>	<i>12</i>
Lärande och förnyelse	14
TANDVÅRD.....	15
Ekonomi – Folkhälsa och sjukvård inkl tandvård	17
<i>Läkemedel.....</i>	<i>19</i>
REGIONAL UTVECKLING	20
Arbetsmarknad och näringsliv	20
Kunskap och innovation	22
Livsmiljö	22
Internationellt arbete	23
UTBILDNING OCH KULTUR.....	24
Medborgare och kund.....	24
Process och produktion	25
<i>Verksamhetsstatistik.....</i>	<i>25</i>
Ekonomi.....	25
Samhällsplanering	26
KOLLEKTIVTRAFIK	28
Process och produktion	28
<i>Verksamhetsstatistik.....</i>	<i>29</i>
Ekonomi.....	29
MEDARBETARE.....	31
<i>Personalstatistik.....</i>	<i>33</i>
MILJÖ, STÖD OCH SERVICE.....	35
Hållbar utveckling 2017-2020	35
EKONOMI Region Jönköpings län.....	38

För ett bra liv i en attraktiv region

Arbetet med hälso- och sjukvård av hög klass avseende medicinsk kvalitet, tillgänglighet och personcentrerad vård fortsätter. Hälso- och sjukvårdsbarometern liksom nationella patientenkäter visar goda resultat där patienter och invånare har högt förtroende för vården. I Dagens Medicins senaste undersökning finns länets tre sjukhus på plats fem, sex och sju bland landets medelstora sjukhus.

I Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård fortsätter arbetet med uppdrag och aktiviteter utifrån Budget och verksamhetsplan 2018, samt olika statsbidrag. Två workshoppar är genomförda under våren med ett stort antal deltagare från berörda verksamheter. Arbetet fortsätter tillsammans med länets kommuner för trygg och säker vård. Den nya rutinen för in- och utskrivning har införts och lett till färre dagar med utskrivningsklara patienter på sjukhus.

Tillgänglighet ligger fortsatt över snittet i riket, men inom en del områden finns en förbättringspotential.

E-hälsa fortsätter att utvecklas. Exempel är möjligheten till digitala vårdmöten och vårdplanering via video.

Arbetet med regional utveckling sker i nära samverkan med aktörer i länet. Revideringen av den regionala utvecklingsstrategin (RUS) har kommit in i slutfasen då planen är att ha en remissutgåva klar i juni.

Arbetet med höghastighetståg inväntar besked från nationellt håll vad gäller den nationella samt den regionala transportplanen. Samordningen kring bredbandsutveckling, kompetensförsörjning och näringslivsutveckling är fortsatt prioriterade frågor.

Den regionala skogsstrategin är klar sedan januari och nu påbörjas arbetet med aktiviteterna i handlingsplanen som kommer att samordnas med Träregion Småland.

Smålands Musik och teater har höga publiksiffror inom barn och ungdomsverksamhet.

Det har varit en god tillströmning av elever både vid folkhögskolorna och vid naturbruksgymnasierna. Det har även varit en god efterfrågan på uppdragsutbildningar.

Inom Jönköpings länstrafik ökar antalet färdtjänstresor bland annat på grund av att man nu kan resa med färdtjänst till vårdcentral och sjukhus.

Program för chefsutveckling fortsätter. I nätverk för engagerat ledarskap förs samtal om välfärdsutmaningen så att alla chefer och deras medarbetare får insikt i befolkningsutveckling och behov av nya arbetssätt för fortsatt utveckling av verksamheten.

En kompetensförsörjningsstrategi tas fram under våren. Arbete med att minska bemanning med hyrpersonal och utveckla nya arbetstidsmodeller pågår. Rätt använd kompetens (RAK) samt heltid som norm fortsätter. Sjukfrånvaron har ökat och åtgärder för att minska den fortsätter. Planering inför sommaren startade under hösten 2017 och pågår fortlöpande. Under sommaren har många ungdomar sitt första arbete som sommarvikarier i t ex kök och vaktmästeri.

Inom hållbarhetsprogrammet 2017-2020 pågår ett aktivt arbete.

Det ekonomiska resultatet efter april är - 6 miljoner kronor och avviker negativt från periodbudgeten med 59 miljoner kronor. Helårsprognosen ligger dock i nivå med budget.

Måluppfyllelse och god hushållning

En god hushållning såväl verksamhetsmässigt som finansiellt är utgångspunkt för Region Jönköpings läns styrning. Denna delårsrapport återrapporterar och beskriver hur fullmäktiges mål uppnås.

Verksamhetsmålen för hälso- och sjukvård fokuserar på bland annat tillgänglighet, bemötande, patientsäkerhet, folkhälsa och kostnadseffektivitet. Målen för regional utveckling har sin utgångspunkt i att skapa attraktivitet och tillväxt för länet.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	12	32 %	11	37 %
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	14	38 %	10	33 %
Antal mätetal som inte är uppfyllda	11	30 %	9	30 %
Antal mätetal som mäts i delåret	37		30	

Efter fyra månader nås 70 procent av målen helt eller delvis. Av de 11 mål som inte nås avser tre tillgängligheten där Region Jönköpings län i en nationell jämförelse ändå har en god tillgänglighet.

Av de mätetal inom hållbarhetsprogrammet 2017-2020 som mäts till och med april är målen uppfyllda helt eller delvis för 10 av 13 mätetal. Dessa mätetal ingår inte i tabellen ovan.

Det ekonomiska resultatet efter april är - 6 miljoner kronor och avviker negativt från periodbudgeten med 59 miljoner kronor. Prognosen för årets resultat är 230 miljoner kronor, budgeterat resultat är 215 miljoner kronor.

Under årets första fyra månader har investeringar motsvarande 223 miljoner kronor genomförts. Nettoinvesteringarna beräknas uppgå till 876 miljoner kronor 2018 vilket innebär att resultatet är 270 miljoner kronor för lågt för att årets investeringar ska finansieras med egna medel. Egenfinansieringsgraden beräknas bli 69 % vilket är i nivå med budgeterad egenfinansiering för 2018.

FOLKHÄLSA OCH SJUKVÅRD

Medborgare och kund

Strategiska mål: Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer: Personcentrerad vård med hög tillgänglighet

Uppdrag/mål: Utveckla och sprida goda exempel utifrån personcentrerad vård

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckla den personcentrerade vården och inkludera patientföreningar och brukare i arbetet	Många olika initiativ pågår kring personcentrerad vård. Goda exempel sprids genom att delta på lokala och nationella konferenser till exempel Utvecklingskraft.

Uppdrag/mål: Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Kontakt med vårdcentralen	100%	100%	Samtliga vårdcentraler använder teleQ och besvarar alla dagens inkommande samtal i tid.
 Väntetid till besök hos allmänläkare inom 5 dagar	90%	86%	Läkarrekrytering, utbildning av rådgivningssköterskor avseende triagering till bäst lämpad yrkesgrupp är exempel på pågående åtgärder i syfte att förbättra primärvårdens tillgänglighet och nå uppsatta mål. Följsamhet till gällande riktlinjer avseende registrering och dokumentation vid bokningar är ytterligare faktorer som påverkar tillgängligheten.
 Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård	80%	71%	Målet att 80 procent av första besöken ska genomföras inom 60 dagar uppnås fortsatt inte inom verksamhetsområdena medicin och kirurgi. Inom båda verksamhetsområdena ses dock tydliga förbättringar under april i jämförelse med årets början. Verksamhetsområde psykiatri, rehabilitering och diagnostik har fortsatt god tillgänglighet där majoriteten av verksamheterna når uppsatta mål och har gjort så under lång tid.
 Faktisk väntetid till besök inom barn och ungdomspsykiatri	90%	69%	Verksamheten har identifierat att det saknas ett systematiskt, gemensamt sätt att triagera till rätt vårdnivå. Detta medför att mycket tid ägnas åt att hänvisa patienter rätt, och att BUP ofta blir både första och sista nivå. Förbättringsarbete planeras.
 Faktisk väntetid för utredning/behandling inom barn- och ungdomspsykiatri samt rehabiliteringen	90%	28%	Ingen av länets BUP-mottagningar har en utredningskapacitet som motsvarar efterfrågan. Flera psykologer har slutat och nya har inte kunnat rekryteras. Åtgärdsplaner på olika nivåer har utformats och ska följas upp. Behandlande insatser/åtgärder påbörjas dock direkt, så patientprocessen står inte stilla i väntan på att utredningen ska starta.
 Väntetid till	90%	90%	Klinisk fysiologi uppfyller målet delvis och ligger på

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
undersökning inom radiologi och klinisk fysiologi			70 procent. Även om den förbättrade tillgängligheten har mattats av under inledningen av 2018 ligger man på betydligt högre nivåer än under 2017. Hög sjukfrånvaro under inledningen av året är en förklaring. För röntgen ser väntetiderna generellt bra ut med en måluppfyllelse på 93 procent. Har för närvarande utökad verksamhet för att gå in i sommaren med så bra förutsättningar som möjligt.
♦ Faktisk väntetid till operation inom specialiserad vård	80%	74%	Tillgängligheten till operation inom 60 dagar är under gällande målnivå och sämre än motsvarande period föregående år. Lägre resultat framförallt inom ortopedi och kirurgi.
♦ Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90%	76%	Vistelsetiden på länets akutmottagningar är tämligen oförändrad och det återstår en del till uppsatta mål. Antal läkarbesök på akutmottagningarna inom medicinsk vård (vuxen) i länet har ökat med drygt 300 stycken tom april 2018 jämfört med samma period föregående år. Inom verksamhetsområde psykiatri och rehabilitering är det fortsatt bra resultat vi Högländssjukhuset. Länsgemensamt förbättringsprojekt pågår kring de psykiatriska akutmottagningarna, som en del av arbetet med Jämlik Psykiatrisk Vård.
■ Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90%	67%	Resultatet för genomförda återbesök inom medicinskt måldatum ligger fortsatt lågt inom samtliga verksamhetsområden. Registreringsrutiner bedöms kunna förklara en del av resultatet och förbättringsarbete kring detta inom psykiatrin har visat ett gott resultat. Detta arbete kan behöva spridas till övriga verksamheter.

Aktiviteter	Analys
Tillgänglig vård	Arbete pågår i alla verksamheter. Kapacitets- och produktionsstyrning används som verktyg.
Uppdrag för att öka öppettider på vårdcentralerna	Arbetet pågår med uppdrag och aktiviteter i Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård utifrån Budget och verksamhetsplan 2018, samt olika statsbidrag. Två workshopar är genomförda under våren och aktiviteter pågår.

Uppdrag/mål: Arbeta aktivt med etik och bemötande

Aktiviteter	Analys
Främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet	Pågår enligt plan.
Ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt	Pågår enligt plan.
Höja den etiska kompetensen hos medarbetare och	Pågår enligt plan.

Aktiviteter	Analys
förtroendevalda	

Uppdrag/mål: Utveckla arbetssätt som stödjer e-Hälsa

Aktiviteter	Analys
Implementering av ehälsa (IT) ska ske på ett kostnadseffektivt sätt som leder till kvalitetsförbättringar inom vården	Samordnad digital vårdplanering är under breddinförande. Implementering av digital process för hälsosamtalet genomförd.
Tillsammans med SKL vara drivande i utvecklingen av regelverk i samband med införandet av digitala tjänster detta för att säkerställa patientsäkerheten.	Tagit fram riktlinjer för digitala vårdmöten som flera andra landsting/regioner samt SKL haft som inspiration i framtagandet av egna riktlinjer.

Uppdrag/mål: Jämlig rehabilitering - fortsatt utveckling

Aktiviteter	Analys
Rehabilitering - återgång i arbete	Samverkan pågår i samordningsförbund - RJL, arbetsförmedling, försäkringskassan, kommuner.
Kulturunderstödd rehabilitering (KUR)	Spridningsarbete pågår och går framåt
Grön rehabilitering	Fast verksamhet i Tenhult där inriktningen nu utvecklas vidare

Framgångsfaktorer: Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlig vård

Arbetet pågår med uppdrag och aktiviteter i Tillsammans med bästa möjliga hälsa och jämlig vård utifrån Budget och verksamhetsplan 2018, samt olika statsbidrag. Två workshopar är genomförda under våren och aktiviteter pågår.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet genom att förtydliga primärvårdens uppdrag för akuta patienter	Tillsammansarbetet fortgår enligt plan. Utvärderingar visar att allt fler patienter hänvisas rätt.
Trygg och säker in och utskrivning från sjukhuset	Projektet fortgår enligt plan.
Utveckling av hemrehabilitering	Arbete pågår t ex med tidigt understödd hemgång men behöver utvecklas för att erbjudas i samtliga länsdelar.
Trygg och säker vård och omsorg i hemmet	Arbetet fortsätter med att den nya rutinen för in och utskrivning i samverkan med kommunerna övergår i förvaltning.
Meny till invånare	Meny till invånare har börjat koppla ihop hälso- och sjukvården med andra resurser för hälsa och vård. Stöd och tjänster har en naturlig samlingsplats på 1177 som via pågående tester blir allt mer kompletterad med stöd för bättre hälsa, inte bara vård.
Utveckling av fler mötesplatser och hälsocaféer likt hjärtats hus i länet	Förslag finns framtaget för spridning av de olika koncepten till hela länet och för hur budget medlen för detta kan fördelas.

Framgångsfaktorer: Bästa plats att växa upp och åldras på

Arbetet pågår med uppdrag och aktiviteter i Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård utifrån Budget och verksamhetsplan 2018, samt olika statsbidrag. Två workshopar är genomförda under våren och aktiviteter pågår.

Uppdrag/mål: *Primärvården ges ett ökat helhetsansvar för att säkerställa ett adekvat omhändertagande av multisjuka och äldre. Äldre och multisjuka med särskilda behov ska särskilt uppmärksammas på vårdcentralerna*

Aktiviteter	Analys
Ta fram en process för hur halkskydden ska upphandlas och delas ut.	Arbete med upphandling och planering för hur processen ska se ut är påbörjad för att finnas klar till hösten.
Kvinno- och barnhälsovården ska identifiera ohälsosamma levnadsvanor och motivera till goda levnadsvanor.	Arbetet med utveckling av kvinno- och barnhälsovården ingår i arbetet med uppdrag och aktiviteter i Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård utifrån Budget och verksamhetsplan 2018, samt riktade statsbidrag. Två workshopar är genomförda under våren och aktiviteter pågår.
Satsning på barnhälsovården utifrån uppdrag kopplat till statsbidrag.	Arbetet med uppdrag och aktiviteter i Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård utifrån Budget och verksamhetsplan 2018, samt riktade statsbidrag. Två workshopar är genomförda under våren och aktiviteter pågår.

Process och produktion

Strategiska mål: Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: *Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande*

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
◆ Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.	18%	12,4%	Under januari - april är 1 394 hälsosamtal genomförda vilket motsvarar 12% av populationen. För resterande del av året återstår 4 700 hälsosamtal för att nå målet på 50%.
◆ Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal	50%	13%	Målet för 2018 uppgår till 50 procent (för helåret). Andelen genomförda hälsosamtal är något lägre jämfört med föregående år (föregående år 19 procent). Åtgärder för att öka andelen hälsosamtal kommer att genomföras under 2018. Upplevelsen är att fler föräldrar tackar nej till erbjudandet utifrån att många arbetsplatser erbjuder detta inom sin företagshälsovård.

Aktiviteter	Analys
Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande	Handlingsplan jämlik hälsa är reviderad enligt plan och föremål för politisk behandling. Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård har genomförts med fokus på Hälsa för livet när det gäller koppling till Folkhälsa. Insatser för psykisk hälsa, kultur, integration, funktionsnedsättning, våld i nära relationer har genomförts enligt budget.
Barnhälsovården ska arbeta för att öka andelen förstagångsföräldrar som genomgår hälsosamtal	Ingår i Tillsammansarbetet.

Strategiska mål: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: *Kunskapsstyrning*

Aktiviteter	Analys
Starkt fokus på medicinska resultat	De ingrepp som är möjliga att i större omfattning fördela har genomförts, finns möjligen enstaka ingrepp med lägre volymer som kan omfördelas senare.

Uppdrag/mål: *Läkemedelsanvändning*

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbeta med kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och följsamhet till ordnat	Arbetet fortsätter med uppföljning och dialoger med verksamheterna och ordinerande läkare.

Aktiviteter	Analys
införande.	
Följa medicinsk utveckling som nationella riktlinjer och ordnat införande av läkemedel	Pågår löpande dialog med läkemedelskommittén.

Uppdrag/mål: *Fortsatt samverkan inom riskbruk, missbruk och beroende*

Aktiviteter	Analys
Mottagning för unga med beroende	Rapport under framtagande kring "Missbruksvård för barn och unga i Region Jönköpings län". Rapporten kommer att skickas på remiss till flera intressenter.

Uppdrag/mål: *Samverkan med kommunerna*

Aktiviteter	Analys
Strategigrupp Barn och unga	Strategigrupp barn och unga arbetar enligt framtagen handlingsplan tillsammans med kommunerna. T ex samverkan med skolhälsovården, ungdomsmottagningar, mini-maria.
Strategigrupp äldre	Fokus under våren har varit den nya processen kring Trygg och säker in och utskrivning.
Strategigrupp Psykiatri och missbruk	Arbetet enligt handlingsplan framtagen tillsammans med kommunerna. Projekt planeras kring PEER-support. Arbete planeras för revidering av länsöverenskommelsen riskbruk, missbruk och beroende.
e-Hälsoråd	Arbetet tillsammans med kommunerna för att utveckla gemensamma ehälsotjänster pågår.

Framgångsfaktorer: God cancervård

Uppdrag/mål: *Arbeta utifrån RCC sydöst sex löften till invånarna.*

Aktiviteter	Analys
Utveckling och uppföljning av löften för alla patienter	Arbetet ingår i det nationella, regionala och lokala arbetet med kunskapsstyrning.
Fortsatt utveckling och förvaltning av standardiserade vårdförlopp	SKL publicerar data för samtliga 28 vårdförlopp på webben, Regionalt cancercentrum i samverkan. Vi arbetar aktivt med kvalitetssäkring av data inom respektive verksamhet - stimulansmedel används. Valideringsarbete på nationellt plan via utdata har påbörjats.

Strategiska mål: Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer: Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål: *Säker vård alla gånger*

Aktiviteter	Analys
Patientsäkerhet Säker vård alla gånger	En modell för patientsäkerhetsronder är framtagen och testas nu i olika verksamheter enligt plan.

Verksamhetsstatistik

Primärvård	Tertial 1 2018	Tertial 1 2017	Förändring
Antal besök läkare	290 810	209 581	81 229
varav länets invånare	160 276	156 032	4 244
varav distansbesök	3 431		3 431
varav utomlänspatienter	130 534	53 549	76 985
varav distansbesök	126 435	49 003	77 432
Antal besök, annan personalkategori	284 308	271 594	12 714
varav länets invånare	270 705	268 106	2 599
varav distansbesök	646		646
varav utomlänspatienter	13 603	3 488	10 115
varav distansbesök	10 394	3	10 391
Specialiserad somatisk vård	Tertial 1 2018	Tertial 1 2017	Förändring
Antal besök läkare	143 085	141 728	1 357
varav länets invånare	136 850	136 135	715
varav utomlänspatienter	6 235	5 593	642
Antal besök, annan personalkategori	120 783	116 260	4 523
varav länets invånare	117 085	113 053	4 032
varav utomlänspatienter	3 698	3 207	491
Vårdtid i dagar	69 446	75 603	-6 157
varav länets invånare	67 869	73 650	-5 781
varav utomlänspatienter	1 577	1 953	-376
Vårdtillfällen	18 850	18 313	537
varav länets invånare	18 221	17 657	564
varav utomlänspatienter	629	656	-27
Disponibla vårdplatser (egna)	624	647	-23
Specialiserad psykiatrisk vård	Tertial 1 2018	Tertial 1 2017	Förändring
Antal besök läkare	9 022	9 288	-266
varav länets invånare	8 572	8 705	-133
varav utomlänspatienter	450	583	-133
Antal besök läkare annan personalkategori	38 225	37 176	1 049
varav länets invånare	37 449	36 256	1 193
varav utomlänspatienter	776	920	-144
Vårdtid i dagar	17 152	19 036	-1 884
varav länets invånare	16 546	18 629	-2 083
varav utomlänspatienter	606	407	199

Vårdtillfällen	1 505	1 545	-40
varav länets invånare	1 395	1 424	-29
varav utomlänspatienter	110	121	-11
Disponibla vårdplatser (egna)	136	144	-8

Primärvård

Antalet producerade läkarbesök fortsätter att öka kraftigt (38,8%) jämfört med perioden januari till april 2017 och det är distansbesök av utomlänspatienter som förklarar nästan hela ökningen. Länets invånare konsumerar drygt 4 000 (2,7 %) fler läkarbesök i år. Cirka 2 procent av läkarbesöken av länets invånare är distansbesök.

Antal producerade besök av annan personalkategori ökar också (4,7 %). Även för dessa besök förklaras en stor del av ökningen av att distansbesöken av utomlänspatienter ökar. Länets invånare ökar besöken med 1 procent.

Specialiserad somatisk vård

Inom den specialiserade somatiska vården ökar antalet producerade besök marginellt och länets invånare konsumtion ligger i nivå med 2017. Besök till annan personalkategori fortsätter att öka och till och med april gjorde länets invånare drygt 4 000 fler besök jämfört med samma period 2017.

Antalet vårdtillfällen ökar under årets första månader samtidigt som antalet vård dagar totalt sett minskar. Det innebär att medelvårdtiden minskar och en trolig förklaring är effekterna av ”trygg och säker hemgång” där antalet vård dagar med utskrivningsklara patienter minskar.

Specialiserad psykiatrisk vård

Inom den psykiatriska vården minskar läkarbesöken med nästan 3 procent. Det är både länets invånare och utomlänspatienter som gör färre besök. Besök till annan personalkategori ökar och länets invånare har under perioden januari till april gjort cirka 1 200 fler besök än 2017.

Inom slutenvården minskar konsumtionen av antalet vårdtillfällen och vård dagar, även antalet vårdplatser minskar.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer: Lärande i vardagen

Uppdrag/mål: *Anpassa verksamheten till nationella riktlinjer*

Aktiviteter	Analys
Utveckla arbetssätt för att följa nationella riktlinjer	Arbete pågår

Uppdrag/mål: *Använda och utveckla kliniskt kunskapsstöd*

Aktiviteter	Analys
Följer den nationella utveckling och genomför lokala anpassningar vid behov	Arbetssätt är under framtagande. Följer strukturen som är under framarbete kring kunskapsstyrning.

Framgångsfaktorer: Forskning och utveckling

Uppdrag/mål: *Stöd till klinisk forskning och kunskapsbaserad vård*

Aktiviteter	Analys
Studierektorsorganisation	Ny ledare för studierektorsorganisationen för ST. Organisation för AT håller på att revideras.
Klinisk prövningsenhet	Enheten är igångsatt

Uppdrag/mål: *Decentraliserad läkarutbildning*

Aktiviteter	Analys
Decentraliserad läkarutbildning i samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen.	Arbetet har startat och de första studenterna kommer i januari 2019.

TANDVÅRD

Strategiska mål: Bra munhälsa, God tandvård

Framgångsfaktorer: Integrera och utveckla det förebyggande arbetet för att nå hälsoeffekter hos befolkningen

Aktiviteter	Analys
Ansvara för att informera om tobakens och kostens inverkan på den allmänna hälsan och munhälsan	Denna information utgör i dagsläget en del av det sedvanliga omhändertagandet av våra patienter. Detta sker såväl på klinik som i den externa verksamheten.
Utföra screening av vårdbehovet på flyktingboenden som ger möjlighet att prioritera de mest behövande	I takt med att flyktingmottagandet avtagit så har möjligheten till undersökning på en ordinarie klinik ökat.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet och bra bemötande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
■ Andel nya patienter som fått tid till undersökning och behandling inom 180 dagar.	90%		Utveckling av ny och bättre mätmetod pågår.
■ Andel revisionspatienter som fått tid till undersökning och behandling inom 180 dagar från måldatum	90%		Utveckling av ny och bättre mätmetod pågår.
● Specialisttandvården: Andel akuta remisspatienter som väntat mindre än 7 dagar	90%	100%	Specialisttandvården har haft cirka 700 akuta patienter och alla har prioriterats och behandlats i tid.
■ Specialisttandvården: Antal remisspatienter som väntat mer än 60 dagar	0	379	Specialisttandvården är fullbemannad men till följd av fler inkommande remisser än tidigare finns en viss kösituation. Orsaken är en ökad efterfrågan på specialisttandvården bland annat till följd av att allmäntandvården inte är fullbemannad samt att allmäntandvården har fler tandläkare som är nyrekryterade och inte har erfarenhet av komplicerad tandvård. Dessutom ser vi inom barntandvården en ökad andel remisser till narkostandvård på grund av stor mängd karies. Vid årsskiftet var det 587 patienter som väntade.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med att förbättra tillgängligheten	Rekryteringen av alla yrkeskategorier fortgår med stora satsningar. Arbete pågår med strategier för att

Aktiviteter	Analys
	behålla befintlig personal. Parallellt med detta arbetas med att rätt yrkeskategori ska utföra rätt arbetsuppgifter. Friska patienter ska kallas mindre ofta.
I det uppsökande arbetet förbättra och utveckla samarbetet med sjukvård och socialtjänsten samt stimulera flera äldre till behandling	Arbetet enligt projektdirektivet fortlöper framgångsrikt. Ytterligare resurser har avsatts för att förstärka samarbetet med enhetschefer inom Socialtjänsten. Folk tandvårdens äldretandvårdsteam har under året besökt ca 80 % av länets vårdcentraler.

Ekonomi – Folkhälsa och sjukvård inkl tandvård

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-123 469 tkr	Budgetavvikelsen för FS nämndens ansvarsområden är minus 123,5 miljoner kronor efter fyra månader.
 Produktivitet mätt som produktionspoäng i förhållande till arbetade timmar	100 %	96,4 %	Måttet mäter allmäntandvårdens hela verksamhet. Produktiviteten mäts som produktionspoäng, vilket påverkas av antal åtgärder, åtgärdens värde och antal helårsanställda. Resultatet visar att produktiviteten mätt på detta sätt ökat med drygt 1 % från motsvarande period föregående år.

Nettokostnaden ökar med hela 7,5 procent jämfört med samma period 2017. Det är betydligt mer än vad som kompenserats i budget och förklarar att budgetavvikelsen växer. Orsaker finns på både intäktsidan och kostnadssidan och den försämrade budgetavvikelsen syns både centralt och hos verksamhetsområdena.

Intäkterna minskar för framförallt asylsökande men även för utskrivningsklara patienter. Jämfört med samma period 2017 är intäkterna cirka 30 miljoner kronor lägre 2018.

Stora delar av statsbidragen för 2018 har inte bokförts ännu utan det kommer att ske när handlingsplaner godkänts. Jämfört med 2017 innebär det en negativ avvikelse för FS nämnden.

Intäkterna för sålda digitala tjänster fortsätter att öka men innebär i princip samma kostnad då det samtidigt blir en köpt tjänst från de privata vårdgivarna.

På kostnadssidan är det i huvudsak köpt vård inom sjukvårdsregionen samt löner som bidrar till att kostnaderna ökar mer än budgeterat.

Även kostnaderna för inhyrd personal ökar jämfört med samma period föregående år trots ambitionen om ett oberoende.

Budgetavvikelse (tkr) till och med april 2017 och 2018			
Verksamhetsområde	Jan-april 2017	Jan-april 2018	Förändring
10 Regionens åtagande	7 866	-37 223	-45 089
20 Privata vårdgivare	-2 697	1 717	4 414
21 Vårdcentralerna Bra Liv	-10 941	-26 099	-15 158
27 Folktandvården	8 344	-1 511	-9 855
30 Medicinsk vård	-1 793	-18 145	-16 352
31 Kirurgisk vård	-9 959	-36 322	-26 363
32 Psykiatri, rehabilitering, diagnostik	4 443	-5 886	-10 329
Totalt	-4 738	-123 469	-118 731

Aktiviteter	Analys
Kostnad per patient införs i regionen	Pågår enligt plan för införande.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Prognos	0	-213 200 tkr	Efter ett par år av förhållandevis små negativa budgetavvikelser sett till omslutningen är prognosen för helåret minus 213 miljoner kronor, detta motsvarar 1,9 % av omslutningen.

Verksamhetsområdenas samlade bedömning är ett minusresultat på 159 miljoner kronor. En försämring på nästan 60 miljoner jämfört med 2017 samtidigt som det är betydligt bättre än en "rak framskrivning" av resultatet till och med april som skulle innebära ett minus på cirka 280 miljoner kronor istället för 159 miljoner. Orsaken till att underskottet är högre jämfört med 2017 är framförallt att årsarbetarna fortsätter att öka, kostnaden för bemanningsföretag är fortsatt hög och intäkter för bland annat asyl minskar.

I verksamhetsområdenas prognoser finns inga riktade statsbidrag med i bedömningen vare sig på kostnadssidan eller intäktssidan. Det handlar om 107 miljoner kronor som kommer att fördelas ut då handlingsplaner lämnats in och godkänts. Med tanke på den ekonomiska obalans som finns måste handlingsplaner genomföras utan att öka kostnadssidan och på så sätt begränsa den ekonomiska prognosen från minus 159 miljoner till minus 52 miljoner kronor.

Centrala poster beräknas gå från ett överskott på 42 miljoner 2017 till ett underskott på cirka 55 miljoner kronor. Det innebär en försämring på närmare 100 miljoner kronor. De största orsakerna till försämringen och budgetavvikelsen centralt är regionsjukvården. 2018 förväntas regionsjukvården gå minus med 38 miljoner. Det beror dels på en felperiodiserad faktura (ca 15 mnkr) men också att själva grundavtalet är underbudgeterat med närmare 20 miljoner kronor. Detta får hanteras vidare i budget 2019. Utöver regionsjukvården finns minusposter även för rikssjukvård psykiatri, samt handikapp och hjälpmedel (TeamOlmed).

En annan bidragande orsak till den stora resultatförsämringen för nämndens centrala anslag är förändrad hantering av de riktade statbidragen.

Verksamhetsområde inkl privata mnkr				
	Bokslut 2016	Bokslut 2017	Prognos 2018	Förändring
20 Privata vårdgivare	8,6	7,2	0,0	-7,2
21 Vårdcentralerna Bra Liv	-7,7	-26,6	-58,0	-31,4
27 Folktandvården	5,2	7,7	0,0	-7,7
30 Medicinsk vård	-46,7	-10,0	-30,0	-20,0
31 Kirurgisk vård	-78,0	-56,6	-54,0	2,6
32 Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	16,9	-15,0	-17,0	-2,0
Summa	-101,8	-93,3	-159,0	-65,7
10 Regionens åtagande/centrala poster	63,6	42,0	-54,2	-96,2
Totalt FS nämnd	-38,2	-51,3	-213,2	-161,9

Läkemedel

Läkemedel är ett viktigt verktyg i sjukvården för att skapa hälsoekonomiska vinster och ge patienter ökad livskvalitet. Det är också en stor kostnadspost där det är viktigt att ha en kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning.

Region Jönköpings län kommer under 2018 få tillbaka mer återbäring/rabatt än tidigare för läkemedel mot hepatit C, vilket begränsar kostnadsutvecklingen mellan åren. Trots detta förväntas den totala kostnadsutvecklingen bli över 5 %. Detta förklaras bland annat av ökade kostnader för blödarpreparat samt nya läkemedel inom onkologin. Prognosen är osäker eftersom det handlar om kostnadskrävande läkemedel till få patienter.

Vår kostnadsutveckling för läkemedel är något lägre än riket.

Tabell: Läkemedel (öppen- och slutenvård)

(Belopp i mnkr)	Tertial 1 2017	Tertial 1 2018	Förändring %	Prognos 2018	Diff mot budget
Läkemedel*	367,5	387,6	5,5%	1204	9,7
Beredningar/abonnemang eget sjukhusapotek	6,5	6,9	6,2%	19,9	0,0
Summa	374,0	394,5	5,5%	1223,9	9,7

* Motpart 1 läkemedel inom och utanför förmån (recept och rekvisition), inklusive rabatter/återbäringar

REGIONAL UTVECKLING

Det regionala utvecklingsuppdraget är brett och involverar verksamheter som drivs av Region Jönköpings län såsom Jönköpings länstrafik, Smålands musik och teater, våra egna skolor och verksamheter som Region Jönköpings län delfinansierar eller påverkar genom samverkan och samproduktion.

Mellan januari och april 2018 har revideringen av den Regionala utvecklingsstrategin (RUS) kommit in i slutfasen då planen är att ha en remissutgåva klar i juni. Samtidigt är uppföljning av den OECD-rapport som togs fram för Småland och Blekinge 2012 försenad och i dagsläget planerad till att vara klar i början av juni. Resultatet av OECD rapporten kan på grund av förseningen riskera att inte komma med i revideringen av RUS som var planerat från början. Arbetet med höghastighetståg inväntar nu besked från nationellt håll vad gäller den nationella samt den regionala transportplanen. Samordningen kring bredbandsutveckling, kompetensförsörjning och näringslivsutveckling är fortsatt prioriterade frågor.

Inom regional utveckling arbetar vi utifrån huvudområdena:

- Arbetsmarknad och näringsliv
- Kunskap och innovation
- Livsmiljö
- Samhällsplanering

Aktiviteter	Analys
Revidering av den regionala utvecklingsstrategin (RUS)	Arbetet med RUS pågår. Extern förankring har genomförts och nu arbetas det internt med innehållet samt med att ta fram en remissutgåva. Planen är att ha en remissutgåva klar juni 2018.
Förtydliga och ta fram kriterier, metoder och mätningar avseende projektmedel och andra stödformer	2019 kommer ett nytt handläggningssystem NYPS2020 lanseras för de statliga 1:1-medlen och i samband med det kommer vi i större utsträckning övergå till digitalt ansökningsförfarande. Det innebär också att uppföljning, kategorisering mm kommer att byggas in i det nya systemet. Arbeta pågår och kommer intensifieras under hösten.
Omvärldsbevakning och utbyte både i länet, nationellt och internationellt sker kontinuerligt.	Omvärldsbevakningsarbetet fortgår enligt plan. De demografiska utmaningarna kvarstår och 2017-2019 pågår ett nationellt projekt som heter Framsyn 2050 för att skapa kunskap och förberedelse för framtiden. Projektet leds av Reglab och involverar alla regioner i Sverige.

Arbetsmarknad och näringsliv

Inriktningsmål näringsliv och arbetsmarknad

- En attraktiv arbetsmarknad och ett utbildningsutbud med hög kvalitet anpassat efter befolkningens och arbetsmarknadens behov
- 2025 är Region Jönköpings län en konkurrenskraftig industriregion och har ett breddat näringsliv med betoning på kunskapsintensiva företag
- Länets välbefinnande byggs av ett dynamiskt och hållbart näringsliv med spetskompetens som skapar produkter och tjänster av hög kvalitet och efterfrågan på en internationell marknad.

Mätbara målvärden mäts årsvis och redovisas i årsredovisning

Mätetal	Analys
Antal nystartade företag per 1 000 invånare i länet ska vara över riksgenomsnittet	Jönköpings län hade 1,3 nystartade företag per 1 000 invånare januari-mars 2018, jämfört med rikets 1,7. Målet nås inte.

Aktiviteter	Analys
Stötta länets näringsliv	Arbete pågår enligt budget 2018 där vi aktivt stöttar länets näringsliv genom t ex Almi, Science Park, Coompanion, UF, Smålands Turism mm.
Stärka digitaliseringsprocessen inom näringslivet	Under våren har ett nätverk som letts av RJL dragits igång med aktörer i länet som verkar med olika erbjudanden mot näringslivet när det gäller digitalisering. Syftet med nätverket är att utöver att få kännedom om varandras erbjudanden, tillsammans kunna stötta näringslivet på ett bättre sätt i den nödvändiga digitaliseringen. Dels via nya gemensamma ansatser/projekt men också ökad samverkan mot målgruppen i befintliga insatser.
Arbete med regional skogsstrategi	Den regionala skogsstrategin är klar och lanserades den 25 januari 2018. Nu påbörjas arbetet med aktiviteterna i handlingsplanen och arbetet kommer att samordnas med Träregion Småland.
Fortsatt arbete inom Träregion Småland/Smart Housing Småland	Arbetet i Träregion Småland ligger till del i ett vänteläge i avvaktan på att den gemensamma samordnaren för Trä- och Skogsstrategin ska rekryteras. Intervjuer för tjänsten inleds i början av maj. Uppdatering av Bisnode-studien beställd av Träregion Småland med bokslutsdata för 2016 kom till regionerna i mitten av april. Regionerna var representerade vid Vinnovas "Vinnväxtmöte" den 25/4 med alla pågående Vinnväxt-initiativ. Denna gång möttes man i Växjö och värd var Smart Housing Småland.
IT-spåret	Driftsavtal är påskrivet för verksamhet 2018-2022 mellan Kommunal utveckling, Eksjö kommun Campus I12 och Samordningsförbunden Finnveden, Södra Vätterbygden och Höglandet.
Traineejobb och feriepraktikplatser inrättas för unga och arbetslösa i Jönköpings län.	Regional utveckling kommer arbeta med kommunerna och Ung Drive med en budget på 600 000 kronor. Nytt är att medfinansiering kommer krävas av kommunerna. Utbildning och kultur har en budget på 1,4 miljoner kronor för att stimulera till sommarjobb/praktik inom kulturen, föreningar, ideell sektor mm.

Kunskap och innovation

Inriktningsmål Innovation och kunskap

Alla människor har lika möjligheter att delta och bidra i ett tillgängligt, sammanhållande och hälsofrämjande samhälle, som präglas av jämlikhet, jämställdhet och mångfald.

Mätbara målvärden mäts årsvis och redovisas i årsredovisning

Aktiviteter	Analys
Arbeta vidare med systemet BRP+ (bruttoregionprodukt)	Vi deltar i RegLabs fortsatta lärprojekt för att utveckla kopplingen mellan BRP+ och Agenda 2030.
Näringslivet erbjuds valideringscheckar för att stärka och utveckla kompetensen.	Arbete har påbörjats och utformas under våren 2018.
Ett regionalt tillväxt- och innovationsråd skapas	Sammanställning över det företagsfrämjande systemet har gjorts. En översyn över alla råd görs.
Verka för att inrätta ett Industriellt utvecklingscentrum IUC	Planering pågår.

Livsmiljö

Inriktningsmål Livsmiljö

Jönköpings län ska ha en stark identitet, goda livsvillkor samt en god och sund arbetsmiljö som är attraktiv för alla som lever, verkar och bor i vårt län.

Mätbara målvärden mäts årsvis och redovisas i årsredovisning

Aktiviteter	Analys
Filmbyn Småland	Filmbyn öppnade juni 2017 och har fått fortsatt stöd fram till juni 2018. Samtal förs om hur en fortsatt finansiering kan se ut.
I samråd med spelkulturens aktörer genom en förstudie bilda ett spelkulturinstitut	Planering pågår.
Skapa förutsättningar för konstutövare	Regional utveckling och utbildning och kultur diskuterar hur ett framtida arbete bör och ska läggas upp. Kontakt med JU planeras inom kort
Projekt Vandringsleder i Småland	Region Jönköpings län är huvudman för 200 mil av länets vandringsleder. Under 2018 avsätts 250 000 kronor för fortsattstöd till vandringsleder.
Hållbar turismutveckling och friluftsturism	Projektet syftar till att arbeta fram hållbara natur- och kulturupplevelser för export. Arbete pågår enligt plan.
Bidrag till politiska ungdomsorganisationer	Beslut om bidrag till politiska ungdomsorganisationer för 2018 togs i nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet 24 januari 2018.
Bidrag till ungdomsorganisationer	Beslut om bidrag till ungdomsorganisationer för 2018 togs i nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet 24 januari 2018.

Internationellt arbete

Vi lever i en global värld där omvärldens förändringar snabbt avspeglas i vår vardag. Det internationella perspektivet är en viktig beståndsdel i det regionala utvecklingsarbetet.

Aktiviteter	Analys
Utländska direktinvesteringar	Arbete pågår enligt plan.
Model EU	Model EU är ett rollspel med syfte att ge gymnasieelever en större förståelse för hur arbetet i EU går till och hur komplext det är. Det är initialt ett samarbete mellan Europa Direkt Halland och Europa Direkt Jönköping. Den 23 mars 2018 ägde Model EU rum i Stadsbiblioteket i Halmstad. Klasser från Jönköpings län samt Halland träffades under rollspelet iklädda roller som parlamentariker från olika länder och partigrupper. Vinnande klass blev Kattegattsgymnasiet från Hallands län vilkas elever var de som bäst iklätt sig rollen som parlamentariker för ett annat land och visat förståelse för beslutsprocessen i EU men även hur kulturella skillnader påverkar politiken
Europaveckan	Europaveckan äger rum v. 19 i samverkan med länets kommuner.
Be Global	Arbete pågår för att bilda länets Regionala Exportcentra (REC), med planerad lansering den 30 maj. Formell intresseanmälan om att få bilda ett REC/RES, insändes till Tillväxtverket i april. En första workshop ihop med Tillväxtverket hölls den 17 april. Samtal har inletts med EEN om ett fortsättningsprojekt av Be Global med stöd från Regionala fonden

UTBILDNING OCH KULTUR

Medborgare och kund

Strategiskt mål: Medborgarnas intresse och engagemang i samhällslivet. Alla invånare ska ha möjlighet att vara delaktiga i kulturlivet, till kulturupplevelser och till eget skapande.

Framgångsfaktorer: Genom egna insatser och stöd till föreningslivet skapa engagerade och kulturintresserade medborgare och fler mötesplatser. Kulturverksamhet i alla kommuner i Jönköpings län.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Publik Smålands Musik och Teater - Kulturhuset Spira	28 000	24 253	Teaterföreställningen "Den sista Elden" skulle ha spelats under april men har flyttats till hösten. Den säsongsplan som låg till grund för budget och tertialmål har genomgått ett antal förändringar på grund av det negativa ekonomiska resultatet för Smålands Musik och Teater 2017. Vissa föreställningar har flyttats, andra har strukits. Därför är de målvärden som beslutades i budgeten för 2018 inte längre i fas med den faktiska verksamheten.
 Publik Smålands Musik och Teater - utanför kulturhuset Spira	7 000	6 892	Musikcaféserien har haft något lägre publiksiffror än förväntat.
 Publik vid föreställningar för barn och ungdom	6 500	10 035	Unga Spira har haft tre premiärer av nyskrivna/nyskapade verk under tertial 1. <i>Vem behöver en skatt</i> - barnopera för 3-6 åringar som har spelats för ca 1500 barn i Jönköping. <i>JBB + Dans = Sant</i> - med manus utifrån intervjuer med lågstadieelever om deras drömmar. Föreställningen spelades i Spira och på turné för ca 2700 barn. <i>A som i Anne Frank</i> - utdrag ur Anne Franks dagbok blandades med Sjostakovitj stråkkonsert i C-moll. Ca 1500 högstadieelever bevistade konserterna. <i>Unga Spira-dagen</i> genomfördes i januari med fokus på dans.
 Andel kommuner inom länet där det varit föreställningar eller annan kulturverksamhet	77%	100%	Kultur och utveckling har bedrivit verksamhet i alla länets kommuner. Smålands Musik och Teater har varit i 10 av 13 kommuner.

Process och produktion

Verksamhetsstatistik

Utbildning	Tertial 1 2018	Tertial 1 2017	Förändring
Egna folkhögskolor - elevveckor	8 397	8 586	-189
Uppdragsutbildning - folkhögskolor - elevveckor	852	479	373
Summa	9 249	9 065	184

Gymnasieutbildning naturbruk - elevveckor	7 366	6 966	400
Uppdragsutbildning naturbruk - elevveckor	1 363	1 153	210
Summa	8 729	8 119	610

Det har varit en god tillströmning av elever både vid folkhögskolorna och vid naturbruksgymnasierna. Det har även varit en god efterfrågan på uppdragsutbildningar.

Smålands Musik och Teater	Tertial 1 2018	Tertial 1 2017	Förändring
Totalt antal publik	31 145	38 161	-7 016
Totalt antal föreställningar	262	254	8
Publik per föreställning	119	150	-31

Som följd av det negativa ekonomiska resultatet 2017 har vissa planerade föreställningar 2018 senarelagts under året och andra har strukits. Detta har påverkat måloppfyllelsen det första tertialet. Publikantalet när det gäller barn har dock ökat jämfört med föregående år.

Ekonomi, ANA-nämnden

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	5 394tkr	Verksamhetsområdet Utbildning och kultur + 984 tkr. Centrala anslag + 4 409 tkr

Utfallet följer i stort sett förväntad utveckling för verksamhetsområdet Utbildning och Kultur.

För centrala anslag redovisas:

- Bidrag och stöd till olika organisationer
- Projektmedel (regionala utvecklingsmedel)
- Nämndens egna kostnader
- Statsbidrag (kulturbidrag) i form av intäkter

Överskottet under det första tertialet beror i huvudsak på låg förbrukning av projektmedel jämfört med budgeten som är periodiserad i tolfte delar. Kostnaderna avseende projektmedel bokförs vid beslutstillfället och varierar därför under året. Mindre överskott finns på ett par av anslagen där hela budgetanslaget inte är in-tecknat i form av fast bidrag. Erhållna statsbidrag uppgår till budgeterad nivå.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Prognos	0	2 300	Verksamhetsområdet Utbildning och kultur +1,3 mnkr och centrala anslag +1,0 mnkr

Helårsprognosen för verksamhetsområdet Utbildning och kultur visar ett sammantaget överskott på 1,3 mnkr. För våra egna folkhögskolor prognostiseras en budgetavvikelse på +1,4 mnkr. Avvikelsen förklaras till största del av det ökade statsbidraget avseende deltagarveckovolymer samt av att etableringskursen för nyanlända också ger ett intäktsöverskott. Etableringskursens omfattning kommer förmodligen att minska rejält under året.

För folkhögskolor som drivs av annan huvudman än regionen beräknas ingen budgetavvikelse i dagsläget. Det är först efter genomförd vårterminsfakturering i juni som denna bedömning kan göras. Smålands Musik och Teaters prognos ser inte riktigt ut att nå ekonomisk balans för innevarande år. Prognosen visar ett underskott på 0,6 mnkr. Anledningen är att konferensverksamheten för närvarande inte når upp till budgeterad nivå. Åtgärder med bland annat ökad marknadsföring genomförs för att försöka förbättra resultatet under resterande del av året. Inga budgetavvikelser vad avser vårens produktion.

Prognosen för övrig kulturverksamhet är ett överskott på 0,5 mnkr. Det beror främst på ökade statsbidrag till regionbiblioteksverksamheten.

Naturbruksgymnasiernas ekonomi är fortsatt stabil. Förskjutningar av planerade byggnationer, och därmed inte heller förhöjda hyresnivåer, gör att prognosen även för innevarande år kommer att vara positiv. Samtidigt har ett något större antal elever än vanligt hoppat av utbildningen vilket leder till minskade elevintäkter. Resultatet beräknas bli +2,5 mnkr men kan komma att förändras efter höstens antagning.

För centrala anslag prognostiseras ett överskott på 1,0 mnkr. För helåret 2018 förväntas ett mindre överskott för bidragen. Helårsprognosen för utnyttjande av projektmedel är svårbedömd efter bara fyra månader. I nuläget görs antagandet att hela anslaget på 14 mnkr kommer att förbrukas. Ett litet överskott kan förväntas för ett par av anslagen för verksamhetsstöd och bidrag eftersom dessa inte fullt ut är in-tecknade i form av fasta bidrag. Statsbidragen förväntas uppgå till budgeterad nivå.

Samhällsplanering

Samhällsplanering handlar om att skapa och utforma det framtida samhället. Området involverar många olika delar såsom infrastruktur, kommunikationer, bostadsplanering och attraktiva miljöer.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete inom vår regionala projektorganisation som arbetar med Sverigeförhandlingen	Nästa stora händelse för projektet är Regeringens beslut hur man ska gå vidare i frågan om nya stambanor. Nuvarande projekt kommer att fasas ut och avslutas under året.
Nordic Infra Center	Treårigt projekt som samlar utbildning, utveckling och företag kopplade till järnväg och infrastruktur under samma tak. Arbete pågår som planerat med syfte att bidra med utvecklings- och kontaktinsatser

Aktiviteter	Analys
	för järnvägsrelaterade verksamheter.
Ta initiativ till en utredning tillsammans med kommunerna för att utveckla och stärka möjligheterna till hållbart resande i länets landsbygdsområden	Ej påbörjat ännu
Utreda möjligheten och behovet av nya expressbusslinjer som utgår från länets funktionella stråk.	Ej påbörjat ännu
Framtagande av en länsplan för regional transportinfrastruktur	Inväntar beslut från Regeringen om definitiva ekonomiska ramar för den regionala transportplanen. Därefter kommer Region fullmäktige att fastställa innehållet i planen, troligtvis vid första mötet efter sommaren - 28 aug.
Ta fram och genomföra en regional handlingsplan för att integrera och stärka klimat- och miljöperspektiven i det regionala tillväxtarbetet för perioden 2017-2020.	En kartläggning och plan togs fram under 2017.
Alla länsinvånare har rätt till ett snabbt fungerande bredband från ett robust nät. Ta fram en regional bredbandsstrategi med tillhörande bredbandsmål	Regional bredbandsstrategi planeras vara klar för remiss under Q3 2018.
Den digitala agendans insatsområden	Arbete pågår i länet. Uppföljning i styrgrupp planeras före sommaren
Utredning av investeringskostnader för hushåll och företag	Förstudien är klar i slutet av januari 2018. Presenteras och utvärderas under våren 2018

KOLLEKTIVTRAFIK

Medborgare kund

Strategiska mål: Ökad andel kollektiva resor samt behovsanpassade serviceresor - för hållbar utveckling

Framgångsfaktorer: Konkurrenskraftiga restider och hög turtäthet. Prisvärt

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
◆ Prisvärdhet	50%	44%	Enkäten har gjorts om och besvaras nu via webben istället för via telefon. Det tillsammans med delvis omgjorda frågor har påverkat resultatet och jämförelsen mot tidigare år och mål. Målsättningen kommer föreslås att ändras. Resultatet är något lägre efter första tertialet än 2017.

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
◆ Andel nöjda kvinnor och män index NKI - allmän trafik - alla länsbor	60%	52%	Enkäten har gjorts om och besvaras nu via webben istället för via telefon. Det tillsammans med delvis omgjorda frågor har påverkat resultatet och jämförelsen mot tidigare år och mål. Målsättningen kommer föreslås att ändras. Resultatet är bättre efter första tertialet än förra året.
◆ Andel nöjda kvinnor och män index NKI - allmän trafik - resenärer	73%	61%	Enkäten har gjorts om och besvaras nu via webben istället för via telefon. Det tillsammans med delvis omgjorda frågor har påverkat resultatet och jämförelsen mot tidigare år och mål. Målsättningen kommer föreslås att ändras. Resultatet är något bättre efter första tertialet.
◆ Andel nöjda kvinnor och män index NKI - serviceresor	85%	78%	Något lägre resultat efter första tertialet än resultatet 2017.

Process och produktion

Strategiska mål: Ändamålsenlig och kostnadseffektiv trafik

Framgångsfaktorer: Andelen som reser med kollektivtrafik ska öka. Trafikutbud med högt resande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
■ Antal resor	Ökning med 2%	-1,8%	Resandet är lägre överlag för både buss- och tågtrafiken jämfört med samma period förra året, förutom i de mindre tätorterna där det ökar kraftigt, särskilt stadstrafiken i Värnamo
● Antal påstigande/mil	9	9,7	Resultatet ligger i nivå med föregående års första tertial.

Verksamhetsstatistik

Länstrafik (tusental)	Tertial 1 2018	Tertial 1 2017	Förändring
Antal resor - buss och tågtrafik	7 831	7 959	-128
Andel regelbundna resenärer (% av länets inv)	25%	25%	0%
Serviceresor (tusental)	237	232	5
Färdtjänstresor	188	176	12
Sjukresor	50	57	-7

Ekonomi, TIM-nämnden

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	3 186tkr	Totalt är budgetavvikelsen positiv efter april.

För **Länstrafiken** totalt är budgetavvikelsen positiv efter april, +2 607 tkr.

Uppdelat på Resultatenheterna ser det ut enligt följande:

Stab, ekonomi, marknad: +1 236 tkr. Överskott inom marknad samt central buffert.

Allmän trafik: -2 471 tkr. Biljettintäkterna når budgeterad nivå, överskott på intäkter på grund av viten från trafikföretag. Visst underskott på trafikknaster på bussidan på grund av indexuppräknning något mer än budgeterat. Inom Krösatågen beror underskott på inställda tågavgångar som ersätts med buss. Underskott inom Västtågen på grund av uppbokning efter nya prognoser från Västtrafik. Underskottet beror bl.a. på ökade knaster för reparationer. Överskott finns för övriga knaster, bl.a. på grund av lägre användning av upphandlingskonsulter än budgeterat.

Serviceresor: +3 842 tkr. Höga intäkter som följd av viten från trafikföretag. Visst överskott på trafikknaster pga att indexuppräknningen inte varit så hög som budgeterat inom Serviceresor.

Inom **centrala anslag** redovisas bidrag till Jönköpings flygplats (6 mnkr i helårsbudget), projektmedel och avgift för deltagande i nätverk (3 mnkr) samt nämndens egna knaster (1,3 mnkr).

För det första tertialet är resultatet + 579 tkr. Överskottet beror på låg förbrukning av projektmedel.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Prognos	0	2 500	Bedömningen är att nämnden som helhet prognostiseras göra ett litet överskott för helåret.

Bedömningen är att **Länstrafiken** som helhet har en budget i balans (+2 mnkr på helårsbasis) även om det finns poster som dras med underskott. Trafikknasterna inom allmän trafik prognostiseras göra ett underskott på grund av indexutvecklingen samt knaster för ersättningsbussar inom Krösatågen. Dessutom blir utfallet för Västtågen högre än budgeterat. Dessa underskott vägs upp bl.a. av intäkter från viten. Serviceresor prognostiseras hålla budget och ge ett överskott främst som följd av vitesintäkter.

För **centrala anslag** förväntas ett mindre överskott (500 tkr) om det inte tillkommer några större nya projektsatsningar under senare delen av året.

Framgångsfaktorer: Högt resandeunderlag

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Kostnad per resenär - km (serviceresor)	Inte öka mer än index 16,25 kr/km	16,53 kr/km	Kostnaden per resenärkilometer exkl index har ökat jämfört med föregående år. Fler fordon har tillkommit vilket ökar kilometerkostnaden. Kvalitetsavvikelser gör att samplaneringen försämras.
 Skattesubventionsgrad - allmän trafik	60 %	62%	Skattesubventionsgraden ligger ungefär på beräknad nivå.

MEDARBETARE

Strategiska mål: Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare

Framgångsfaktorer: Attraktiva arbetsplatser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Medarbetarsamtal	90%	91%	Målet uppnått totalt och för nästan samtliga verksamhetsområden.
 Personalhälsa - sjukfrånvaro	5,4%	5,7%	Sjukfrånvaron har ökat i jämförelse med samma period föregående år. De flesta verksamhetsområden har ökat och uppnår inte längre målet. Sett till personalgrupp fortsätter sjuksköterskor, läkare och psykologer att minska sin sjukfrånvaro medan övriga grupper ökar. Det är för tidigt att uttala sig om ökningen är tillfällig och beror på den relativt omfattande influensaperioden under våren eller om sjukfrånvaron kommer fortsätta öka. Arbete pågår i verksamheterna för att minska sjukfrånvaron.
 Kompetensutvecklingsplan	90%	86%	Målet delvis uppnått som helhet. Några verksamheter uppnår målet och arbete pågår för att nå målluppfyllelse i övriga.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt kompetensutveckling	Utbildning sker inom hela regionen.
Sjukfrånvaron ska minska	Ett antal initiativ pågår för att förbättra arbetsmiljön, öka hälsan och förebygga sjukfrånvaro bland regionens medarbetare. Det systematiska arbetsmiljöarbetet bedrivs tillsammans med utbildningar i arbetsmiljö, stöd i rehabilitering samt arbete med aktiva åtgärder löpande under året. Även två delvis externfinansierade projekt med särskilt fokus att öka kunskapen kring psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa samt skapa en mer aktiv rehabilitering pågår.

Framgångsfaktorer: Kompetensförsörjning säkras genom långsiktigt strategiskt arbete

Aktiviteter	Analys
En strategisk kompetensförsörjningsstrategi tas fram under 2018	Strategisk kompetensförsörjningsplan blir klar i juni månad och verkställs med början hösten 2018.

Framgångsfaktorer: Hälsa och arbetsmiljö

Uppdrag/mål: *Stärka rehabiliterande insatser för sjukskrivna.*

Aktiviteter	Analys
Ta tillvara arbetssätt från pågående projekt med förbättrat rehabiliteringsarbete genom bland annat	Arbetet pågår

Aktiviteter	Analys
tidig och aktiv samverkan med hälso- och sjukvården och övriga aktörer i rehabilitering.	

Framgångsfaktorer: Delaktiga och engagerade medarbetare, Chef och ledarskap

Uppdrag/mål: *Chefsutvecklingsprogram*

Aktiviteter	Analys
Nätverk för engagerat ledarskap	Fortsatt med nätverksträffar för första linjens chefer och påbörjat nätverksträffar för verksamhetschefer

Framgångsfaktorer: Lönebildning och anställningsvillkor

Aktiviteter	Analys
Inrätta ett pilotprojekt tillsammans med en eller flera arbetsplatser där olika arbetstidsmodeller prövas	Sker via 80-10-10 vid medicin och kirurgi.

Uppdrag/mål: *Införa resursenheter vid Höglandssjukhuset och Ryhov liknande den som sedan länge funnits i Värnamo för att hantera korttidsfrånvaro*

Aktiviteter	Analys
Utreda förutsättningar för hur resursenheter kan införas	Verksamhetsområde medicin utreder resursenhet i Värnamo och utifrån utredning kommer vi att analysera fortsatt utveckling av resursenheter.

Uppdrag/mål: *Heltid som norm*

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att kunna erbjuda heltid vid anställning	Arbetet med Heltid som norm pågår enligt plan. De önskemål om heltid som kommer hanteras enligt den framtagna rutinen. I april fanns det totalt ett 20-tal önskemål om heltid som håller på att tillgodoses.

Region Jönköpings län mäter antal anställda uttryckt i faktiska årsarbetare. Det visar hur många årsarbetare som varit i tjänst i genomsnitt under perioden. Hänsyn tas till både tjänstgöringsgrad och frånvaro.

I genomsnitt har regionen totalt ökat 163 faktiska årsarbetare under jan - apr 2018 jämfört med samma period 2017. Förändringen kan förklaras enligt nedanstående uppställning. Ökningen av anställda årsarbetare är 243 men eftersom frånvaron också har ökat med totalt 79 årsarbetare blir ökningen i faktiska årsarbetare lägre.

Tabell: Förändring av antalet årsarbetare, genomsnittsvärden för januari till april 2018-2017

	Årsarbetare
Ökning av tillsvidareanställda	222
Ökning av visstidsanställda	25
Minskning av timavlönade	-4

Summa förändring årsarbetare	243
Ökad frånvaro (färre i arbete)	-79
Ökning av faktiska årsarbetare	163

Nästan alla verksamhetsområden har ökat i faktiska årsarbetare i förhållande till samma period föregående år. Det har förekommit omorganisering/omkodningar som påverkar den interna fördelningen av personal mellan verksamhetsområdena och personalgrupperna. Ökningen jämfört med samma period föregående år har i huvudsak inte skett under perioden jan-april 2018 utan beror på den ökning som skedde under andra halvan av 2017 och som verksamheterna burit med sig i ingången av 2018. Jämfört med sista tertialet 2017 (sep-dec) så har faktiska årsarbetare minskat något.

Uppdelat på personalgrupp så är det en minskning av specialistkompetenta läkare, vårdadministratörer, fysioterapeuter, undersköterskor samt kök och service medan övriga grupper har ökat eller ligger på samma nivå som tidigare. Störst ökning är det inom grupperna ST-läkare, sjuksköterskor samt handläggare och administratörer.

Nedan finns en uppställning som visar förändringen uppdelat på personalgrupp. Tabellens första kolumn visar genomsnittligt faktiska årsarbetare för perioden jan-apr 2018 uppdelat per personalgrupp och den förändring som skett jämfört med samma period föregående år. Den andra kolumnen visar förändringen av årsarbetare – det påverkas av nya medarbetare eller en ökad sysselsättningsgrad. Den tredje kolumnen visar förändringar i frånvaro (sjukfrånvaro, föräldraledighet, utbildning och övrigt) – en ökad frånvaro innebär färre i arbete och en minskad frånvaro innebär fler i arbete. Den fjärde kolumnen visar förändringen i faktiska årsarbetare (det vill säga förändringen av årsarbetare och frånvaro tillsammans).

Personalstatistik

Personalgrupp	Faktiska årsarb genomsnitt jan-apr 2018	Förändring årsarb jämfört med samma period 2017	Förändring frånvaro årsarb jämfört med samma period 2017	Förändring faktiska årsarb jämfört med samma period 2017
Administration vård	535	-8,3	5,6	-13,9
AT-läkare och underläkare	140	18,5	0,2	18,2
Biomedicinska analytiker m fl	235	2,4	3,6	-1,2
Handläggare och administratörer	672	44,1	8,7	35,4
Kurator m fl	150	13,9	2,2	11,6
Kök och service	369	4,3	7,1	-2,8
Ledningsarbete	404	8,3	3,1	5,3
Psykologer	98	5,7	4,3	1,4
Sjukgymnast/ arbetsterapeut	301	0,9	4,1	-3,2
Sjuksköterskor	2 197	45,0	9,4	35,6
Specialistkompetent läkare	582	-13,9	-11,5	-2,4
ST-läkare	294	38,0	-0,6	38,6
Tandhygienist	77	-2,9	-2,0	-0,9
Tandläkare	153	4,5	3,5	1,0
Tandsköterskor m fl	291	10,8	2,3	8,5
Teknisk personal och hantv	360	13,1	3,1	10,0

Undersköterska/Skötare m fl	1 282	17,1	22,9	-5,8
Utb fritid och kultur	253	28,8	13,2	15,5
Övrig rehab och förebygg arb	120	9,8	2,5	7,4
Övrig vård- och omsorgsarbete	67	2,5	-2,6	5,1
Summa	8 582	243	79	163

Kostnaden för inhyrda läkare och sjuksköterskor uppgår efter första tertialet 2018 till drygt 63 miljoner kronor, vilket är 3 miljoner kronor högre än samma period 2017. Kostnaden har ökat inom primärvården och den somatiska vården medan den har minskat inom psykiatri och röntgen. Kostnaden för hyrsjuksköterskor, vilken ingår ovan, är till och med första tertialet 0,9 miljoner kronor, vilket är något lägre än förra året vid samma tid. Kostnaden för inhyrd personal motsvarar 3,8 procent av personalkostnaderna för första tertialet. Det är högre än den nationella indikatorn för oberoende av hyrpersonal från 2019, som ligger på 2 procent men en klar förbättring jämfört med helår 2017, där andelen låg på 4,3 procent.

MILJÖ, STÖD OCH SERVICE

Strategiska mål: Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer: Rätt beteende - avtal

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Avtalstrohet inköp	90%	93%	Fortsatt god måluppfyllelse

Hållbar utveckling 2017-2020

Inom ramen för regionens nya hållbarhetsprogram görs uppföljning av de inriktningsmål som lagts fast för programperioden (2017-2020). Inriktningsmålen har brutits ned till årsmål, där flertalet innebär successivt höjda mål mellan åren. 13 av målen/mätetalen följs för närvarande upp tertialvis. Resultatet per april 2018 visar att fyra av målen uppnås, sex av målen delvis uppnås och att tre av målen inte uppnås.

Energi: inom energiområdet uppnås minskningar både för regionens värme- och elförbrukning, med prognos att årsmålen på max 86,5 respektive 78,5 kWh/m² uppnås. Särskilda energibesparande åtgärder har genomförts under 2017 tillsammans med skärpta energikrav vid planerade nybyggnationer.

Tjänsteresor: användning av privatbil i tjänsten ökar totalt sett och inom fyra verksamhetsområden av tio. En central åtgärd är att de nya riktlinjerna för möten och resor aktivt kommuniceras ut inom respektive verksamhetsområde.

Livsmedel: flera av årsmålen inom livsmedelsområdet uppnås, bland annat när det gäller ökad andel svenskodlade frukt och grönsaker och ökad andel fisk och skaldjur som svarar upp på kriterier för hållbart fiske. Arbete pågår för att öka inköpen av svenskproducerat kött och förbättra måluppfyllelsen när det gäller ökad andel ekologiska livsmedel, bland annat genom fokus på omställning av icke-ekologiska produkter med de största inköpsvolymerna.

Byggmaterial: målsättningen att öka andel byggmaterial med hög miljöklassning (A+B enligt Sunda Hus) på 80 procent är högt ställd. Handlungsplan för att öka andelen pågår.

Framgångsfaktorer: Vi är klimatsmarta

Uppdrag/mål: *Energieffektiviteten ökar i vår verksamhet*

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Levererad energi värmeförbrukning	86,5 kWh/m ²	85,1 kWh/m ²	Prognos att målvärde för värmeförbrukning kommer att uppfyllas.
 Levererad energi elförbrukning	78,5 kWh/m ²	77,6 kWh/m ²	Prognos att målvärde för elförbrukning kommer att uppfyllas.

Uppdrag/mål: *Klimatpåverkan från våra egna transporter minskar*

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Tjänsteresor, antal	-10 %	5,7 %	Ökad användning av privatbil i tjänsten inom fyra verksamhetsområden av tio. Åtgärd genombl a

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
km egen bil (privatbil)			förstärkt information kring nya riktlinjer för möten och resor.
♦ Tjänsteresor, antal km poolbil (korttid)	-10 %	-1,9 %	Bilpoolsanvändningen ökar inom sex av tio verksamhetsområden, men minskar något totalt sett. Ökningar motiveras i flera fall av utvidgade uppdrag, t ex primärvårdens samordningsansvar.
♦ Andel miljöbilar inom regionen	80 %	74,6 %	I det nya ramavtalet ställs krav enligt regeringens miljöbilsdefinition.

Framgångsfaktorer: Vi bidrar till en sund livsmiljö

Uppdrag/mål: Vi arbetar strukturerat med att minska negativ påverkan från kemikalier i produkter och varor utifrån en tydlig kemikaliestrategi.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
■ Andel A- och B-klassade byggmaterial vid om- och nybyggnation.	80 %	64,7 %	Handlingsplan för att öka andelen A och B-klassade byggmaterial pågår. Arbete med att uppdatering av struktur och användarrättigheter ska göras och krav angående Sunda hus i upphandlingar ska tydliggöras och utbildningsprogram finns.

Uppdrag/mål: Vi väljer i första hand ekologiska livsmedel som uppfyller svenska krav avseende djurhållning och övriga livsmedelskrav. I andra hand väljer vi livsmedel som uppfyller svenska krav avseende djurhållning och övrig livsmedelskrav. I tredje hand väljer vi ekologiska livsmedel.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
♦ Andel svenskproducerat oberett kött, mjölk och ägg	90 %	86 %	Arbete fortskrider för ökad måluppfyllelse.
● Andel svenskodlad frukt och grönt	16 %	29,6 %	Mål uppnås.
● Andel MSC-märkt fisk och skaldjur	66 %	81,6 %	Mål uppnås.
■ Andel ekologiska livsmedel	50 %	40,5 %	Arbete fortskrider för ökad måluppfyllelse.
♦ Andel kaffe, te och kakao med sociala och etiska krav	90 %	89,9 %	Arbete fortskrider för ökad måluppfyllelse.

Aktiviteter	Analys
Inköpen av livsmedel bör anpassas efter säsong	Detta arbetas med kontinuerligt.

Uppdrag/mål: Genom krav i upphandling och andra åtgärder erbjuder vi hälsosamma val i våra restauranger och caféer.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
◆ Andel hälsofrämjande fikautbud för möten/konferens	20 %	19 %	Arbete fortskrider för ökad måluppfyllelse.
◆ Andel vegetariska portioner i regionens restauranger	18 %	17,3 %	Andel vegetariska måltider i nivå med mål. Restauranggäst kan välja vegetariskt lunchalternativ på buffé i alla regionens restauranger måndag till fredag

EKONOMI Region Jönköpings län

Strategiska mål: God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-58 932tkr	Resultatet efter april är - 6 miljoner kronor och avviker negativt från periodbudgeten med 59 miljoner kronor.

Resultatet något bättre än budget

Efter första tertialet redovisas ett underskott på 6 miljoner kronor, vilket är 59 miljoner kronor sämre än periodbudget. Det förklaras främst av att verksamhetens nettokostnad är 50 miljoner kronor högre än periodbudget. Skatter och generella statsbidrag visar 2 miljoner kronor bättre än budget.

Finansnettot för tillgångar visar 12 miljoner kronor sämre än periodbudget, främst beroende på reavinster/förluster samt att orealiserade nedskrivningar skett med minus 9 miljoner kronor. Finansnettot för skulder (värdesäkring pensioner) visar 1 miljon kronor bättre än periodbudget.

Resultatet till och med april är 49 miljoner kronor sämre än förra året vid samma tid trots att första tertialet 2018 innehåller en reavinst för försäljning av fastighet med 27 miljoner kronor.

Det prognostiserade årsresultatet visar ett överskott på 230 miljoner kronor vilket är 15 miljoner kronor bättre än den reviderade budgeten på 215 miljoner kronor. Däremot är det en resultatförsämring mot 2017 med 136 miljoner kronor. Prognosen hamnar i närheten av budget mycket beroende på riktade statsbidrag, netto cirka 107 miljoner kronor, som ännu inte fördelats ut i verksamheten och inte heller påverkar delårsresultatet. Förutsättningen för att prognosen ska hålla kräver att insatserna, som sker för statsbidragen, klaras med de resurser som finns och inte innebär kostnadsökningar av större omfattning, då verksamhetsområdenas kostnader visar nästan 150 miljoner kronor mer än budget.

Verksamhetens nettokostnad beräknas till 10 409 miljoner kronor vilket är 66 miljoner kronor lägre än budget. Skatter och generella statsbidrag beräknas till 10 688 miljoner kronor vilket motsvarar 4 miljoner kronor högre än budget.

Resultatet före finansnetto beräknas därmed till 269 miljoner kronor, vilket är 70 miljoner kronor bättre än budget.

Finansnettot för tillgångar beräknas bli positivt med 188 miljoner kronor, vilket är 58 miljoner kronor sämre än budget, och även 30 miljoner lägre än 2017. Främst beror budgetavvikelsen på att reaförluster och de orealiserade nedskrivningarna beräknas bli 65 miljoner kronor sämre än budget.

Kostnaden för värdesäkring av pensioner beräknas till 236 miljoner kronor vilket är 4 miljoner kronor lägre än budget.

Prognostiserat resultat motsvarar 2,2 procent av skatter och generella statsbidrag. Egenfinansieringsmålet beräknas inte kunna nås, då de prognosticerade investeringarna överstiger resultatet exklusive avskrivningar med 270 miljoner kronor.

Egenfinansieringsgraden blir 69 procent, vilket är i nivå med budget. Målet är i normalfallet och över tid 100 procent men i årets budget överstiger investeringarna resultatet exklusive

avskrivningar med 281 miljoner kronor, vilket motsvarar 69 procent. Resultatprognosen är i nivå med budget liksom bruttoinvesteringarna. Försäljning av anläggningstillgångar i form av fastigheter, vilket inte budgeterats, beräknas till 36 miljoner kronor bidrar till egenfinansieringen medan avskrivningarna, som också är en del av budgeterad egenfinansiering blir 38 miljoner lägre än budget

Totalt för åren 2015-2018 beräknas investeringar ha finansierats med egna medel med 170 miljoner kronors marginal.

Tabell: Resultaträkning (mnkr)

	Utfall Tertial 1:2018	Prognos 2018	Avvikelse årsbudget	Utfall Tertial 1:2017	Bokslut 2017
Intäkter	766	2 390		724	2 236
Kostnader	-4 217	-12 423		-3 956	-11 854
Avskrivning	-123	-376		-126	-398
Verksamhetens nettokostnad	-3 574	-10 409	66	-3 358	-10 016
Skatteintäkter	2 805	8 415	-41	2 709	8 154
Generella statsbidrag/kommunal utjämning	758	2 272	45	716	2 175
Verksamhetens resultat	-12	279	70	67	313
Finansnetto tillgångar	85	188	-58	44	218
Finansnetto skulder/pensioner	-79	-236	4	-68	-165
Årets resultat	-6	230	15	43	366

Verksamhetens nettokostnad kräver åtgärder och statsbidrag

Nettokostnaden beräknas bli 10,4 miljarder kronor, vilket är 66 miljoner kronor lägre än budget. Nettokostnadsökningen blir 3,9 procent att jämföra med den budgeterade ökningen på 4,6 procent. För att nettokostnaden ska hamna på denna nivå krävs att planerade åtgärder får effekt, då en fortsättning av första tertialets utfall pekar mot ett kostnadsutfall som är 85 miljoner kronor högre. Samtidigt får de riktade statsbidragens insatser inte innebära ökade kostnader i någon större omfattning.

Intäktsökningen för skatteintäkter, statsbidrag och utjämning utgör 3,5 procent.

Tabell: Nämndsavvikelser (mnkr)

Nämnd	Period- avvikelse	Prognos- avvikelse	Kostnads- omslutning	Avvikelse i procent
FS	-123	-213	-11 211	-1,9
varav verksamhetsområden	-88	-159	-9 399	-1,7
varav centralt	-35	-54	-1 813	-3,0
ANA	6	2	-493	0,5
varav verksamhetsområde	1	1	-440	0,3
varav centralt	5	1	-53	1,9
TIM	3	3	-1 291	0,2
Region Jönköpings län, Tertialrapport				39(43)

varav verksamhetsområde	3	2	-1 280	0,2
varav centralt	0	1	-10	4,9
RS	40	74	-2 667	2,8
varav verksamhetsområden	7	7	-2 412	0,3
varav centralt	33	67	-255	26,3
RSÖ	24	199	-86	230,5
varav riktade statsbidrag	9	131	-47	279,4
varav internränta/avskrivning mm	18	58	13	449,8
varav pensioner mm	-3	10	-52	19,4
RF	1	1	-16	9,2
Totalt	-50	66	-15 765	0,4

Prognosen efter tertial 1 avseende FS nämnden är beräknad exklusive tillskott från nya riktade statsbidrag. Dessa redovisas än så länge inom ramen för RSÖ (Regionstyrelsens övergripande anslag) beroende på att de som tillkom 2018 med nytecknade överenskommelser mellan SKL och staten inte fördelats ut ännu. Det innebär att FS nämndens resultat kommer att förbättras i takt med att statsbidragsmedlen fördelas ut enligt fastställd rutin. Samtidigt sjunker då resultatet för RSÖ i motsvarande omfattning. Detta kommenteras ytterligare under ekonomiperspektivet för Folkhälsa och sjukvård ovan.

Personalkostnader ökar mycket mer än avtalsökning

Personalkostnaderna, beräknas öka med 4,5 procent. Då ingår satsningar till följd av statsbidragsinsatser på 0,7 procent, motsvarande 30 miljoner kronor. Avtalsökningen inklusive överhäng från 2017 utgör 3,0 procent. Den prognosticerade kostnadsökningen är cirka 67 miljoner kronor högre än avtalsökningen.

Kostnaden för inhyrd personal uppgår efter första tertialet till 63 miljoner kronor, vilket är 3 miljoner kronor högre än samma period 2017. 2017 blev totalkostnaden 203 miljoner kronor. Kostnaden fortsätter öka inom primärvården och inom den somatiska vården medan en minskning har skett inom psykiatri och medicinsk service, främst radiologin.

Kostnaden för hyrsjuksköterskor, vilken ingår ovan, är till och med första tertialet 0,9 miljoner kronor, vilket är i nivå med förra årets 1 miljon kronor vid samma tid.

Skatteintäkterna når inte budget

Skatteintäkterna beräknas uppgå till 8 415 miljoner kronor 2018 vilket är 41 miljoner kronor lägre än budget. Prognosen bygger på Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) bedömning i april, vilken var 44 miljoner kronor högre än i februariprognosen.

Statsbidrag och utjämning bättre än väntat

Tabell: Statsbidrag och utjämning

Belopp i mnkr	Tertial 1 2018	Prognos20 18	Avvikelse årsbudget	Tertial 1 2017	Bokslut 2017
Inkomstutjämning	561	1 683	-3	549	1 648

Kostnadsutjämning	-108	-325	-6	-97	-292
Regleringsbidrag/avgift	-36	-108	61	-47	-140
Läkemedelsbidrag	317	952	-8	290	898
Välfärds miljard flyktingar	22	65	0	21	61
Livmoderhalsscreening	2	5	0	0	0
Summa	758	2 272	44	716	2 175

Avtalet avseende bidrag till läkemedelsförmånen för 2018 visar att regionen får nästan 976 miljoner kronor brutto. I avtalet ingår att 40 procent av erhållna läkemedelsrabatter inom förmånen kommer återbetalas till staten. Bedömningen är att detta motsvarar cirka 28 miljoner kronor. Regionen beräknas även få del av vinst/förlustmodellen för Hepatit-C med knappt 4 miljoner kronor. Totala läkemedelsbidraget 2018 beräknas därmed till knappt 952 miljoner, vilket är 8 miljoner kronor lägre än budget.

Bidragen och avgifterna inom utjämningsystemet visar 52 miljoner kronor bättre än budget på årsbasis, där den största avvikelsen avser regleringsavgiften vilken blir 61 miljoner kronor bättre än budget.

Välfärdsmedlen 2018 är på totalt 2 300 miljoner kronor till landstingen. De består av 900 miljoner kronor i generellt invånarbaserat stöd, vilket ger Region Jönköpings län 32 miljoner kronor i regleringsbidraget/avgiften. Välfärdsmedlen innehåller även 1 400 miljoner kronor avseende flyktingbaserat stöd. Regionen får cirka 65 miljoner kronor av dessa vilket särredovisats i tabellen ovan.

Som en del i överenskommelsen om förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa får landstingen 141 miljoner kronor som kompensation för uteblivna patientavgifter vid fri livmoderhalsscreening. Detta ger knappt 5 miljoner kronor, vilka hanteras som ett generellt bidrag då det 2019 kommer ingå i regleringsbidraget/avgiften.

Finansnettot sämre än budget

Till och med första tertiet redovisas ett positivt finansnetto för tillgångar på 85 miljoner kronor som för helår beräknas uppgå till 188 miljoner kronor. Det är 58 miljoner kronor lägre än budget, där 65 miljoner kronor avser realisationsförluster och nedskrivningar och 7 miljoner kronor avser högre intäkter för realisationsvinster, ränteintäkter, utdelningar och återlikvider.

Utöver det redovisade finansnettot finns per 2018-04-30 orealiserade värdeökningar på 645 miljoner kronor.

Avkastning på finansiella tillgångar tillsammans med orealiserade värdestegringar uppgår för fyra månader till 1,75 procent. Den prognostiserade årsavkastningen utgör 6,0 procent.

Finanskostnaderna för skulder, det vill säga värdesäkring av pensioner, visar till och med första tertiet en kostnad på 79 miljoner kronor. På helår beräknas kostnaden bli 236 miljoner kronor. Det är 4 miljoner kronor lägre kostnad än budget.

Egenfinansiering av investeringar

Årets prognostiserade resultat på 230 miljoner kronor jämte avskrivningsmedel på 376 miljoner kronor ger ett utrymme för egenfinansiering av investeringar på 606 miljoner kronor.

Då nettoinvesteringarna beräknas uppgå till 876 miljoner kronor innebär det att resultatet är 270 miljoner kronor för lågt för att årets investeringar ska finansieras med egna medel. Egenfinansieringsgraden beräknas bli 69 procent. I normalfallet och över tid är målet egenfinansiering till 100 procent. På grund av de höga investeringsplanerna var budgeten inte egenfinansierad utan investeringsbudgeten översteg budgetresultatet exklusive avskrivningar med 281 miljoner kronor, vilket motsvarar 69 procent.

Totalt för åren 2015-2018 beräknas investeringar ha finansierats med egna medel med 170 miljoner kronors marginal.

Bruttoinvesteringarna på 914 miljoner kronor är 4 miljoner kronor högre än budgeterat. Av de beräknade investeringarna utgörs 8 miljoner kronor av immateriella tillgångar i form av programvaror, 726 miljoner kronor av byggnader samt 180 miljoner kronor av övriga materiella tillgångar som IT-utrustning, medicinteknik, byggnadsinventarier och bilar. Utöver bruttoinvesteringarna så ingår försäljning av anläggningstillgångar, främst en fastighet, med 36 miljoner kronor samt en återbetalning på 2 miljoner kronor av föregående års bussdepåinvestering.

Under årets första tertial har bruttoinvesteringar genomförts för cirka 223 miljoner kronor.

Tabell: Beräknade större utbetalningar för fastighetsinvesteringar

Byggprojekt	Utbetalning 2018, miljoner kronor
Hus D1 Ryhov	290
Hus 37 Eksjö	190
Op-IVA Värnamo	60
Komponentbyten	60
Råslätt VC	35
Onkolog etapp 2	27
MR-kamera Värnamo	19

Ekonomisk ställning – fortfarande positiv soliditet

Det egna kapitalet beräknas öka under året motsvarande överskottet på 230 miljoner kronor. Det innebär att soliditeten som blev positiv för första gången någonsin 2016 kommer vara positiv även 2018 och ligga på 5,6 procent.

Kassaflödet under året beräknas bli negativt med 75 miljoner kronor, främst till följd av den höga investeringsnivån. Det ligger i nivå med de budgeterade minus 80 miljoner kronorna. Resultatet är högre än budget men det har gynnats av lägre avskrivningar och en reavinst vid försäljning, vilket inte påverkar likviditeten. Ur kassaflödeshänseende bidrar den löpande verksamheten med 45 miljoner lägre likvider än budget. Bruttoinvesteringarna ligger i nivå med budget medan försäljningen av anläggningstillgångar bidrar positivt med 36 miljoner kronor. I budgeten ingick även utbetalning av de för Båramo avsatta 16 miljonerna. Detta beräknas nu inte ske förrän 2019 varför årets kassaflöde påverkas positivt jämfört med budget.

Tabell: Nyckeltal

	Prognos 2018	Bokslut 2017
Soliditet %	+5,6	+3,8
Likviditet (omsättningstillgångar/kortfristiga skulder)	3,2	3,2

Balanskravsutredning

Region Jönköpings län redovisar pensionskostnader enligt så kallad fullfonderad modell. Då delårsrapporten främst bidrar till den interna styrningen och uppföljningen, redovisas detaljerade jämförande resultat och ställning enligt blandmodell endast i årsredovisningen. Det prognosticerade balanskravsresultatet enligt blandmodellen beräknas bli +93 miljoner kronor. Då Region Jönköpings län inte har några balanskravsunderskott kvar sedan tidigare år finns inget underskott att återställa.

Redovisningsprinciper

Redovisningen påverkas mellan åren mycket ryckigt av basbeloppsförändringar och eventuell så kallad bromseffekt på pensionerna. För att utjämna detta redovisas pensionernas finansiella kostnader som ett rullande genomsnitt för tre år, i enlighet med beslut i budget. För 2018 har detta medfört en minskad avsättning med 34 miljoner kronor och ackumulerat en ökad avsättning med 73 miljoner kronor.

I övrigt inga förändringar av redovisningsprinciper sedan årsredovisningen 2017.

Resultaträkning	Tertialutfall 2018T1	Prognosutfall 2018	Diff mot budget	Tertialutfall 2017T1	Utfall 2017
Verksamhetens intäkter	766,2	2 389,9		723,6	2 235,9
Verksamhetens kostnader	-4 217,1	-12 423,0		-3 956,2	-11 854,1
Avskrivningar	-123,5	-375,8		-125,6	-398,2
VERKSAMHETENS NETTOKOSTNAD	-3 574,4	-10 409,0	65,9	-3 358,2	-10 016,3
Skatteintäkter	2 805,1	8 415,3	-40,7	2 709,3	8 153,7
Generella statsbidrag o utjämningsystem	757,7	2 272,4	44,5	716,0	2 175,1
Res före finansnetto	-11,6	278,7	69,7	67,1	312,5
Finansiella intäkter tillgångar	100,8	260,5	6,5	56,0	272,6
Finansiella kostnader tillgångar	-16,2	-72,9	-64,9	-11,7	-55,0
Finansiella kostnader skulder (värdesäkring pensioner)	-78,8	-236,3	3,7	-67,9	-164,5
RES FÖRE EXTRAORDINÄRA POSTER	-5,8	230,0	15,0	43,5	365,7
Extraordinära poster	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ÅRETS RESULTAT	-5,8	230,0	15,0	43,5	365,7

Finansiella nyckeltal	Tertialutfall 2018T1	Prognosutfall 2018		Tertialutfall 2017T1	Utfall 2017
Likviditet	3,16	3,19		4,04	3,21
Soliditet fullfondering	3,7%	5,6%		1,6%	3,8%
Soliditet blandmodell		46,5%			47,2%
Nettokostnad/skatt o bidrag	100,3%	97,4%		98,0%	97,0%
Resultat före extraord./skatter o statsbidrag	-0,2%	2,2%		1,3%	3,5%
Nettkostnadsökning mot föregående år	6,4%	3,9%			5,5%
Nettkostnadsökning mot föregående år jämförbar	7,2%	4,0%			4,1%
Skatte-och statsbidragsökning mot fgår	4,0%	3,5%			5,1%
Egenfinansieringsgrad investeringar		69,2%			114,5%
Rörelsekapital	4 921 mkr	4 863 mkr		5 204 mkr	4 953 mkr
Rörelsekapital i förhållande till ext utgifter		38,0%			40,4%

Definitioner:

Likviditet: Visar landstingets betalningsförmåga på kort sikt. Omsättningstillgångar / Kortfristiga skulder

Soliditet: Visar landstingets betalningsförmåga på lång sikt. Eget kapital / Totala tillgångar

Egenfinansieringsgrad investeringar: Resultat före extraord.poster exkl avskrivningar - skuldökning pensionsansvarsförbindelse / nettoinvestering

Rörelsekapital: Avspeglar landstingets finansiella styrka. Omsättningstillgångar - Kortfristiga skulder

Rörelsekapital i förhållande till verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar: (Omsättningstillgångar - Kortfristiga skulder) / Verksamhetens kostnader

Uppgiftslämnare	Förvaltning/resultatområde		
	Regionen totalt		
BALANSRÄKNING (mnkr, en decimal)	Tertialbokslut per 2018-04-30	Prognos 2018	Bokslut 2017
<u>Tillgångar</u>			
A. Anläggningstillgångar			
I. Immateriella anläggningstillgångar 10xx	64,1	63,5	70,6
II. Materiella anläggningstillgångar			
1. Mark och byggnader 11xx	3 254,7	3 681,7	3 135,7
2. Maskiner och inventarier 12xx	760,3	775,3	784,0
III. Finansiella anläggningstillgångar 13xx	170,7	170,6	172,9
Summa Anläggningstillgångar	4 249,7	4 691,1	4 163,2
B. Omsättningstillgångar			
I. Förråd 14xx	49,7	49,3	48,6
II. Fordringar 15xx-17xx	745,5	754,5	739,6
III. Kortfristiga placeringar 18xx	5 889,6	5 764,5	5 831,3
IV. Kassa och bank 19xx	512,9	519,0	527,2
Summa Omsättningstillgångar	7 197,7	7 087,3	7 146,7
Summa Tillgångar	11 447,4	11 778,4	11 309,9
<u>Eget kapital, avsättningar och skulder</u>			
A. Eget kapital			
I. Landstingskapital	429,0	429,0	63,3
III. Årets resultat 3xxx-8xxx	-5,8	230,0	365,7
Summa Eget kapital	423,173	659,0	429,0
B. Avsättningar			
I. Avsättningar för pensioner 221x-222x	8 658,4	8 808,5	8 565,9
II. Övriga avsättningar 223x	16,1	16,1	16,1
Summa Avsättningar	8 674,6	8 824,7	8 582,0
C. Skulder			
I. Långfristiga skulder 23xx	72,9	71,0	74,2
II. Kortfristiga skulder 24xx-29xx	2 276,8	2 223,8	2 224,8
Summa Skulder	2 349,6	2 294,8	2 299,0
Summa Eget kapital, avsättningar och skulder	11 447,4	11 778,4	11 309,9

Ansvarsförbindelse:

Pensionsåtagande inklusive löneskatt	0,0	0,0
Pensionsåtagandeförändring	0,0	0,0
Borgensåtagande (motorvagnar m.m.)	74,4	74,4

Regionledningskontoret

Nämnden för folkhälsa och sjukvård
Nämnden för arbetsmarknad, näringsliv och
attraktivitet
Nämnden för trafik, infrastruktur och miljö

Tertialrapporter från Verksamhetsområden per april 2018

Efter april månad har förvaltningens verksamhetsområden lämnat en tertialrapport till regiondirektören. Dessa rapporter har legat till grund för den samlade tertialrapport efter april som regionstyrelsen lämnar till regionfullmäktige. Den eller de rapporter som avser verksamhetsområden inom nämndens ansvarsområde överlämnas som information.

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Tertialrapport

Tertial 1 2018

Kirurgisk vård

Dnr 2018/231
Kjell Ivarsson, Sjukvårdsdirektör
Kirurgisk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
2 Medborgare och kund	6
2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder	6
3 Process och produktion	10
3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete	10
3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	10
3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård	12
3.4 Kostnadseffektiv upphandling	13
3.5 Hållbar utveckling 2017-2020	14
4 Lärande och förnyelse	15
4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap	15
5 Medarbetare	17
5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare	17
6 Ekonomi	20
6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt	20

Bilagor

Bilaga 1: E1807_Ekonomiblanketter_2018_1_RO_31

Bilaga 2: E1807_verksamhetsstatistikblanketter_2018_RO_31

1 Inledning

Kirurgisk vård utvecklar verksamheten med målet en bättre och jämlik vård i hela länet. Arbetet görs i samstämmighet med hälso- och sjukvårdens omställning för att framtidssäkra vården, med bland annat förflyttning från sluten till öppen vård. Utmaningarna handlar närmast om samordning i länet, oberoende av bemanningsföretag och ordnat införande av nya metoder. Arbetet ska göras med fortsatt fokus på medicinska resultat och ge en ekonomi i balans.

Kirurgisk Vård har intensifierat arbetet med att tydliggöra uppföljning av samtliga verksamheter utifrån medicinska resultat, tillgänglighet, bemanning och ekonomi. Handlingsplaner är framtagna som varje månad stäms av och justeras.

Ett nära samarbete utvecklas ständigt med Medicinsk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik, där stabsfunktioner tillsammans arbetar med gemensam utveckling.

De kliniker som blivit länskliniker är nu inne i en fas där strukturen är satt och verksamheterna har börjat bygga processer som visar möjligheten till bättre arbetsfördelning mellan de tre sjukhusen. Ett exempel på detta är att Kirurgisk vård har bildat en beredningsgrupp för länsövergripande operationsplanering. Ett annat exempel är möjligheten att skapa en gemensam kö för koloskopier inom SVF.

Region Jönköpings läns satsning på ledarskapsutveckling är också i fokus inom Kirurgisk vård. En satsning på att följa arbetet görs i ledningsgrupp såväl som i individuella samtal. Kommunikativt ledarskap är en viktig del och arbetet med det har startats under första tertialet.

I Tillsammansarbetet pågår nu arbetet med att skapa centrum för prostatacancer. Kvinnosjukvården arbetar med kvinnohälsovård och förlossningsprocess samt ungdomsmottagning. Ungdomsmottagningen förberedde för start, månadsskiftet april/maj, av online-tjänst med tillgång till olika sjukvårdskompetenser genom ett digitalt vårdmöte, bland annat på kvälls- och helgtid.

Från den första maj påbörjas utvecklingen av barnortopediskt centrum (BORC) där Länssjukhuset Ryhov och Universitetssjukhuset i Linköping har uppdraget att samarbeta och utveckla verksamheten i den Sydöstra sjukvårdsregionen.

Kostnaderna för bemanningsföretag är i nivå med samma period föregående år och arbete pågår för oberoende.

Kirurgikliniken belönades i april med årets Event & Mötepris i Jönköping 2018 för Kirurgveckan.

En påtaglig minskning i vårdtider kan ses. Det beror på aktivt arbete med bland annat Rapid recovery samt Trygg och säker hemgång. Förskjutningen från läkarbesök till besök hos övriga professioner försätter.

Tillgängligheten till besök och operation är lägre jämfört med föregående år. Den är fortfarande påverkad av IT-införande och uppstart av operationsavdelning i Värnamo.

Budgetavvikelsen till och med april är minus 36 miljoner kronor. Prognos för helåret är -54 miljoner kronor, en förbättring jämfört med 2017. Verksamhetsområdet har inte lyckats minska antalet årsarbetare eller kostnader för bemanningsföretag på det sätt som krävs för att nå en budget i balans.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	1	9 %	3	27 %
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	5	46 %	5	46 %
Antal mätetal som inte är uppfyllda	5	46 %	3	27 %
Antal mätetal som mäts i delåret	11		11	

För 6 av 11 mätetal nås måluppfyllelse helt eller delvis. De mål som inte nås avser antal kilometer tjänsteresor, ekonomi, sjukfrånvaro och återbesök medicinskt måldatum.

Perspektiv:

2 Medborgare och kund

Tillgängligheten under det första tertialet, är sämre än under våren 2017. Den är sedan föregående höst på en lägre nivå än tidigare år, där insatser kring IT-utbildningar och ny operationsavdelning i Värnamo med medföljande minskat antal operationer under en period påverkar, men även en försämrad tillgänglighet inom ögonklinikerna och kirurgkliniken. Vid nationell jämförelse är tillgängligheten ändå på en god nivå. Väntetiden att inom 4 timmar lämna akutmottagningen nås till 75 – 80 procent. Det är samma nivå som under samtliga månader de senaste åren. Andelen genomförda återbesök fortsätter att vara långt ifrån målnivån. Det är främst inom ögonklinikerna och urologkliniken som det största antalet inte får återbesök inom utsatt tid.

Strategiska mål:

2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer:

2.1.1 Personcentrerad vård med hög tillgänglighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Kundtillfredsställelse - nationell patientenkät			Aktuell mätning saknas för 2017

Aktiviteter	Analys
VO Använda sig av resultatet i nationella patientenkäten	Klinikerna använder resultaten av nationella patientenkäten som underlag till förbättringsarbeten. De faktiska resultaten ger lägesbilden medan enkätens fritextsvar också kan tillföra uppslag till förbättringar.

Uppdrag/mål:

2.1.1.1 Utveckla och sprida goda exempel utifrån personcentrerad vård

Aktiviteter	Analys
 Genomföra utbildning i personcentrerad vård gemensamt för verksamhetsområde kirurgi, medicin och psykiatri, rehabilitering och diagnostik	En inledande dialog med utvecklingscheferna har påbörjats. Några gemensamma utbildningar har inte genomförts. En del av det personcentrerade arbetssättet har inkluderats i Tillsammans-arbetet. Flera enheter inom medicinsk vård genomför dessa utbildningar på egen hand.

Uppdrag/mål:

2.1.1.2 Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Faktisk väntetid	80%	73%	Resultatet ligger 7% lägre än samma period

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
till första besök i specialiserad vård			föregående år. Den största försämringen finns inom ögonsjukvård samt kirurgkliniken
  Faktisk väntetid till operation inom specialiserad vård	80%	74%	Resultatet ligger undermål nivå samt påtagligt sämre än samma månad 2017. Främst inom ortopedi och kirurgi som lägre resultat finns
  Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90%	79%	I nivå med föregående år. Som tidigare svårt att komma riktigt nära målet, är mycket beroende på den totala belastningen på akuten som dagligen varierar för hur snabbt patientens besök kan klaras av.
  Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90%	69%	Fortsatt långt ifrån målet. Dialog pågår löpande med klinikerna kring återbesök. En satsning på digitala återbesök skulle möjligen kunna förbättra läget.

Aktiviteter	Analys
VO Månatliga lägesavstämningar mellan sjukvårdsdirektör och verksamhetschef avseende bland annat tillgänglighet	Pågår enligt plan.

Uppdrag/mål:

2.1.1.3 Utveckla arbetssätt som stödjer e-Hälsa

Aktiviteter	Analys
VO Utveckling av digitalisering inom Kirurgisk vård	Ett regionövergripande arbete har under våren påbörjats inom detta område. Dialog med lämpliga pilotkliniker pågår, oklart i dagsläget om någon pilot startas inom kirurgisk vård
VO Vid månatliga lägesavstämningar utvärdera med användande av IT-system och digitalisering	Månatliga lägesavstämningar pågår. För tidigt att analysera, men återkommande sker dessa till viss del digitalt (Cisco)

Uppdrag/mål:

2.1.1.4 Använda sig av resultatet i nationella patientenkäten

Varje klinik tar fram handlingsplaner och genomför aktiviteter inom områden där resultat behöver förbättras.

Framgångsfaktorer:

2.1.2 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

42 uppdrag har fördelats av Regionledningen till verksamhetsområdena. För fyra av dessa är kirurgisk vård ansvarig. Övriga områden bemannas delvist av personal från Kirurgisk vård.

De fyra områden är Cancervård, Center för prostata, Ungdomsmottagning samt Kvinnohälsövård och förlossning. Under våren har arbete pågått med att formera grupper och starta upp arbetet för att komma vidare till vad man konkret ska göra.

Uppdrag/mål:

2.1.2.1 Från akuten till vårdcentralen

Aktiviteter	Analys
 Fortsätta arbetet genom att förtydliga primärvårdens uppdrag för akuta patienter	Arbetet bedrivs inom tillsammansprojektet. Statistiskt sett går det inte att se några tydliga effekter av arbetet.
VO Samverka med primärvården kring t ex med e-consulting	Ingår i "Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård". ÖNH planeras vara pilot i det fortsatta arbetet.

Uppdrag/mål:

2.1.2.2 Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
 Trygg och säker in och utskrivning från sjukhuset	Är en del av "Tillsammans för bästa möjliga hälsa" och kommer att avslutas som projekt och fortgå som ett arbetssätt i verksamheterna.
VO Aktivt delta i projekt trygg och säker omsorg	Är en del av "Tillsammans för bästa möjliga hälsa" och kommer att avslutas som projekt och fortgå som ett arbetssätt i verksamheterna. Vi ser redan nu effekter av arbetet. Uppföljning sker via chefssjuksköterskorna.

Uppdrag/mål:

2.1.2.3 Kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
VO Samverkan med primärvården kring kronisk sjuka	I "Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård" pågår ett samarbete mellan Medicinsk vård och primärvård. Planen är att även Kirurgisk vård deltar med en pilot.

Uppdrag/mål:

2.1.2.4 Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom

Aktiviteter	Analys
VO Samarbeta med verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik kring personer med somatisk och psykiatrisk sjukdom	Samarbete sker främst genom våra SVF. Flera andra områden har identifierats och kommer att arbetas med under våren.
 Utveckla arbetssätt för att upprättade hälsoplaner, hälsofrämjande insatser, samordnade vårdplaneringar	Samarbete med psykiatrin pågår.

Uppdrag/mål:

2.1.2.5 Arbeta med asyl och flyktingfrågor

Aktiviteter	Analys
VO Anpassa vård och omsorg, patientinformation	Ingår i "Tillsammans för bästa möjliga hälsa och

Aktiviteter	Analys
mm utifrån flyktingar och asylsökandes behov	jämlig vård".

Uppdrag/mål:

2.1.2.6 Utveckling av palliativ vård i samverkan

Aktiviteter	Analys
Deltar i länsövergripande arbetsgrupp	Arbetet pågår.

Uppdrag/mål:

2.1.2.7 Förbättra samverkan över huvudmannagränser för en utveckling av rehabiliteringskedjan för trygg och säker hemgång och uppföljning

Aktiviteter	Analys
VO Bidrar i Region Jönköpings läns arbete med en hållbar rehabiliteringskedja.	

Framgångsfaktorer:

2.1.3 Bästa plats att växa upp och åldras på

Uppdrag/mål:

2.1.3.1 Ungdomsmottagningar

Aktiviteter	Analys
VO Planerar utveckling av ungdomsmottagningar	Ingår som en del i arbetet med Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlig vård. Operativt ansvarig finns utsedd och är insatt i arbetet.

Perspektiv:

3 Process och produktion

Antalet vårdtillfälle är i nivå med föregående år, men vårdtiden är påtagligt kortare. Det beror sannolikt på förbättrade patientflöden för främst knä- och höftplastiker inom ortopedin och Trygg och säker hemgång, som har förkortat vårdtiden för stora grupper av patienter.

En mindre skillnad i antalet läkarbesök förklaras av arbete med att andra personalgrupper tar över vissa typer av återbesök.

Vårdproduktion uttryckt i DRG för januari till och med april 2018 har ökat med cirka 2 procent jämfört med motsvarande period föregående år.

Strategiska mål:

3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer:

3.1.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.1.1.1 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Aktiviteter	Analys
VO Deltar i länsövergripande aktiviteter kring tex screening	Arbete pågår i MPG för att få till en ökad samverkan mellan verksamheter.
VO Införa arbetssätt för att i varje patientmöte beakta förebyggande och hälsofrämjande arbete	Ett arbete pågår för att hantera barn som anhöriga.

Strategiska mål:

3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer:

3.2.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Aktiviteter	Analys
Uppföljningar av beläggning	Beläggning på vårdplatserna inom Kirurgisk vård de fyra första månaderna 2018 är cirka 4 procent lägre än motsvarande period 2017, trots att antalet disponibla vårdplatser är i genomsnitt 13 färre per dag under perioden (276 2018 jämfört med 289 2017). På en relativt kort period kan man inte dra för stora slutsatser kring detta. Detta är sannolikt en effekt av flera saker, exempelvis arbete inom ortopediklinikerna med en process för att snabbare få patienterna till sin ordinarie miljö efter en planerad höftoperation, har medfört en kraftigt förkortad medelvårdstid för denna grupp med

Aktiviteter	Analys
	bibehållen hög kvalitet. Även arbetet med Trygg och säker hemgång har gett effekter på vårdtidens längd.. Om detta kvarstår under året kommer behov finnas av att göra en översyn och minska antalet vårdplatser.
VO Utredda behov av gemensam antitumoral behandlingsenhet	Förnyad utredning kommer att påbörjas.

Uppdrag/mål:

3.2.1.1 Kunskapsstyrning

Aktiviteter	Analys
VO Medicinska programgrupper deltar i arbete med kunskapsstyrning	Inom sydöstra sjukvårdsregionen utvecklas hur detta arbete ska ske. Det är fortfarande oklart hur deltagande från verksamhetsområdets medicinska programgrupper kommer att se ut.

Uppdrag/mål:

3.2.1.2 Läkemedelsanvändning

Aktiviteter	Analys
 Fortsatt arbeta med kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och följsamhet till ordnat införande.	Klinikerna, framför allt onkologkliniken, har en god samverkan med läkemedelskommittén. På onkologen följs rätt förskrivning, rätt indikation och att läkemedlet sätts ut i tid tillsammans med läkemedelskommittén. På kliniken följs även överlevnad efter behandling jämfört med kliniska studier.
 Följa medicinsk utveckling som nationella riktlinjer och ordnat införande av läkemedel	Läkemedelsdialoger har genomförts på de kliniker som använder kostnadsdrivande läkemedel. Syftet är att säkerställa rätt indikationsanvändning, för nya och befintliga läkemedel, samt balans i ekonomin.

Uppdrag/mål:

3.2.1.3 Fortsätta arbetet med att gå från slutenvård till öppen vård

Aktiviteter	Analys
VO Identifiera områden och arbetssätt där dagkirurgi och annan öppenvård ersätter slutenvård	Klinikerna har i verksamhetsdialog fått uppdraget att se över områden för detta.

Uppdrag/mål:

3.2.1.4 Fortsätta arbetet med att gå från specialistsjukvård till primärvård

Aktiviteter	Analys
VO Aktivt deltagande i länsövergripande arbete	Vi deltar aktivt i "Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård".

Framgångsfaktorer:

3.2.2 God cancervård

Uppdrag/mål:

3.2.2.1 *Arbeta utifrån RCC sydöst sex löften till invånarna.*

Aktiviteter	Analys
 Utveckling och uppföljning av löften för alla patienter	Genom aktivt arbete i standardiserade vårdförlopp utlovas och följs löfterna.

Uppdrag/mål:

3.2.2.2 *Standardiserade vårdförlopp cancer*

Aktiviteter	Analys
 Fortsatt utveckling och förvaltning av standardiserade vårdförlopp	Införandet av standardiserade vårdförlopp går vidare enligt plan med goda resultat som ofta är bland de bästa på nationell nivå.
VO Införa 3-5 standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården	Arbete pågår.
VO Utvärdera pågående SVF	Arbete pågår.

Uppdrag/mål:

3.2.2.3 *Förebyggande arbete inom cancersjukvården*

Aktiviteter	Analys
 Cancerpreventionsplan	Ett planeringsarbete har genomförts inför Region Jönköpings län införande av HPV-analys vid gynekologisk cellprovtagning 1 februari 2018.

Uppdrag/mål:

3.2.2.4 *Cancerrehabilitering*

Uppdrag/mål:

3.2.2.5 *Medicinsk genetik*

Aktiviteter	Analys
VO Utveckling av onkogenetisk verksamhet	Pågår i samverkan mellan onkolog kliniken och universitetssjukhuset i Linköping.

Strategiska mål:

3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer:

3.3.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Aktiviteter	Analys
-------------	--------

Aktiviteter	Analys
Införande Cosmic TM	Samtliga opererande enheter arbetar sedan maj 2017 i TM. Under hösten 2017 startades kopplingen mellan TM och Metavision. Utvecklingsarbete och förbättringar kommer att pågå under lång tid framöver, men införandefasen får anses avslutad.

Uppdrag/mål:

3.3.1.1 Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Vårdprevention	90 %		Mätetalet har inte sammanställts på verksamhetsområdesnivå 2018

Aktiviteter	Analys
 Säker vård alla gånger	Arbetet hålls levande med hjälp av chefsläkare som har ett inslag varje ledningsmöte. Arbeta sker fortlöpande med de områden i "Säker vård - alla gånger" som är aktuella för respektive klinik.
VO Utveckla struktur kring avvikelshantering och strategi för återföring av kunskap till kliniker	Struktur för avvikelse har diskuterats i nätverk för utveckling. Arbeta pågår.

Strategiska mål:

3.4 Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer:

3.4.1 Rätt beteende - avtal

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Avtalstrohet inköp	90%	88%	Avtalstroheten har försämrats något. Genomgång görs av de största inköp som sker utanför avtal för åtgärder.

Aktiviteter	Analys
VO Teckna avtal med utvalda leverantörer	De största leverantörer där avtal saknas har listast för att i nästa steg teckna avtal alternativt byta leverantör.

Strategiska mål:

3.5 Hållbar utveckling 2017-2020

Framgångsfaktorer:

3.5.1 Vi är klimatsmarta

Uppdrag/mål:

3.5.1.1 Klimatpåverkan från våra egna transporter minskar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Tjänsteresor, antal km egen bil (privatbil)	-10 %	4 %	Antal resta kilometer med egen bil är cirka 10 procent lägre i tertial 1 2018 än tertial 3 2017 men något högre än tertial 1 2017, Satsning på resfria möten pågår.
 Tjänsteresor, antal km poolbil (korttid)	-10 %	9,7 %	Antal kilometer är lägre än tertial 3 2017 men högre än tertial 1 2017. En satsning på resfria möten pågår.

Aktiviteter	Analys
 Vi ska arbeta med hållbart resande.	Arbete sker enligt handlingsplan framtagen i reseanalysen där webb- och videomöten är ett viktigt område.

Framgångsfaktorer:

3.5.2 Vi är socialt hållbara

Framgångsfaktorer:

3.5.3 Vi bidrar till en sund livsmiljö

Uppdrag/mål:

3.5.3.1 Vi har en effektiv läkemedelsanvändning.

Se kommentarer och analys under rubrik 3.2.1.2 Läkemedelsanvändning.

Perspektiv:

4 Lärande och förnyelse

Strategiska mål:

4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer:

4.1.1 Lärande i vardagen

Aktiviteter	Analys
Farmaceuter som stödjer läkemedelsarbete på vårdavdelning	Från och med 2018-09-01 kommer konceptet med farmaceuter som stödjer läkemedelsarbete på vårdavdelning prövas på kirurgkliniken och ortopedkliniken på Högländssjukhuset.

Uppdrag/mål:

4.1.1.1 Anpassa verksamheten till nationella riktlinjer

Aktiviteter	Analys
 Utveckla arbetssätt för att följa nationella riktlinjer	Arbete pågår med riktlinjerna för endometriosis inom KK.

Uppdrag/mål:

4.1.1.2 Använda och utveckla kliniskt kunskapsstöd

Aktiviteter	Analys
 Följer den nationella utveckling och genomför lokala anpassningar vid behov	Vi är i en ständig utvecklingsfas för att genomföra lokala anpassningar vid behov.

Uppdrag/mål:

4.1.1.3 Öka användningen och uppföljningen av nationella kvalitetsregister

Ett starkt fokus finns inom verksamhetsområdet på medicinska resultat. Varje klinik har tagit fram minst två medicinska resultat som löpande ska följas upp och jämföras med resultaten på andra sjukhus och kliniker i syfte att behålla goda och förbättra mindre bra resultat. Uppföljning av detta sker varje månad mellan klinikledning och sjukvårdsdirektör.

Uppdrag/mål:

4.1.1.4 Fortsätta utvecklingen av systemförståelse, processförbättringar och resultatuppföljning i samverkan

Aktiviteter	Analys
VO Nätverk för verksamhetsutvecklare/vårdutvecklare	Ytterligare ett möte har genomförts med nätverket. Tema för dagen var hur man får med sig andra i förbättringsarbetet. Ytterligare datum planerades in för hösten. En arbetsgrupp har jobbat med att ta fram strategi

Aktiviteter	Analys
	för samarbeta om våra patienter hamnar rätt. Möte planeras genomföras under våren.
VO Dialogmöten	Alla chefer inom Kirurgisk vård får från hösten 2016 lära sig olika metoder för att leda dialoger. Metoderna är verktyg i ledarskapet som främjar det goda arbetsklimatet och förbättrar möjligheterna att tillsammans med medarbetarna utveckla verksamheten och nå mål.

Perspektiv:

5 Medarbetare

Region Jönköpings läns satsning på ledarskapsutveckling är också i fokus inom Kirurgisk vård. En satsning på att följa arbetet görs i ledningsgrupp såväl som i individuella samtal. Kommunikativt ledarskap är en viktig del och arbetet med det har startats under första tertialet.

Utgångspunkten för detta arbetet för helheten:

- Verksamhetsperspektiv
- Medarbetarperspektiv
- Arbetsgivarperspektiv

Strategiska mål:

5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare

Framgångsfaktorer:

5.1.1 Attraktiva arbetsplatser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Medarbetarsamtal	90%	92%	Målluppfyllelse för andel medarbetarsamtal uppnås
 Kompetensutvecklingsplan	90%	89%	Andel kompetensutvecklingsplaner når inte upp till målvärdet. Redovisning av andel kompetensutvecklingssamtal per verksamhet sker regelbundet i Kirurgisk vård ledningsmöten. Andel kompetensutvecklingsplaner skiljer sig åt från andel medarbetarsamtal vilket sannolikt beror på att man missar att registrera båda samtalen.
 Personalthälsa - sjukfrånvaro	4,9%	5,6%	Under första tertialet har sjukfrånvaron påverkats av en långdragen och intensiv influensaperiod. Sjukfrånvaron är i april lägre och närmar sig 2017-års nivåer.

Aktiviteter	Analys
VO Kontinuerlig uppföljning av utfall på medarbetarsamtal	Redovisning av utfall per klinik sker varje månad i verksamhetsrådets ledningsgrupp samt i klinikernas ledningsgrupper.
VO Kontinuerlig uppföljning av antal genomförda kompetensutvecklingsplaner	Uppföljning av andel registrerade medarbetarsamtal och kompetensutvecklingssamtal sker på varje ledningsmöte. Redovisningen sker ner på klinisknivå för att tydliggöra vilka som behöver arbeta vidare för att nå målluppfyllelse.
VO Identifiera framgångsfaktorer hos enheter med låg sjukfrånvaro	Med stöd av EU-medel kommer en HR-specialist inom rehabilitering tillsammans med AME att få ett uppdrag att arbeta med rehabilitering med fokus på förebyggande åtgärder. Fokus kommer att vara mot

Aktiviteter	Analys
	psykisk ohälsa.

Framgångsfaktorer:

5.1.2 Kompetensförsörjning säkras genom långsiktigt strategiskt arbete

Aktiviteter	Analys
VO En utvecklad kompetensförsörjningsplan tas fram för respektive verksamhet inom Kirurgisk vård.	En regiongemensam plan för detta är under framtagande. Kirurgisk vård inväntar detta arbete.

Uppdrag/mål:

5.1.2.1 Handlingsplan för att uppnå oberoende av bemanningsföretag till utgången av 2018.

Aktiviteter	Analys
VO Handlingsplaner för oberoende upprättas som beskriver skifte av arbetsuppgifter för samtliga yrkesgrupper med olika kompetenser. Planen ska utgå ifrån kapacitets- och produktionsstyrning med ett länsövergripande ansvar.	Arbetet pågår inom detta område, för tidigt att analysera effekten av insatserna.

Uppdrag/mål:

5.1.2.2 Gott och nära samarbete med lärosäten. Verksamhetsförlagd utbildning

Uppdrag/mål:

5.1.2.3 Kapacitets- och produktionssyrning (KPS, Rätt använd kompetens (RAK))

KPS pilot 2 påbörjad på Onkologen och Klinisk fysiologi.

Kompetensförsörjning inom sjukvården är en utmaning, speciellt på vårdavdelningar med dygnetruntverksamhet. Inriktningen är att utveckla arbetssätt, öka samarbete och flexibilitet inom och mellan sjukhusen samt åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare.

Ett exempel på rätt använd kompetens, RAK, är sjuksköterskor som injicerar läkemedel i ögat på patienter med åldersförändring i gula fläcken. Indikationen har vidgats och antalet injektioner har nästan fördubblats på två år. De gjordes tidigare av läkare. Exemplet illustrerar att det finns mer möjligheter till utveckling genom RAK.

Framgångsfaktorer:

5.1.3 Hälsa och arbetsmiljö

Uppdrag/mål:

5.1.3.1 Arbete med resultat och handlingsplaner från medarbetar- och säkerhetskulturerundersökningen 2016.

Aktiviteter	Analys
VO Aktiv rehabilitering i samverkan	Arbetet pågår i verksamheterna
VO Arbetsmiljöprojekt - Hållbart hälsosamt arbetsliv	Arbetet pågår i verksamheterna

Aktiviteter	Analys
(ESF) och Innovativ samverkan i rehabilitering för minskad sjukfrånvaro (SKL)	

Framgångsfaktorer:

5.1.4 Delaktiga och engagerade medarbetare

Aktiviteter	Analys
VO Dialogmöten som involverar medarbetare	Material med metoder för dialogövningar är framtaget som flertalet kliniker använder. Metoderna används av ledningsstaben och i ledningsgruppen för att utveckla verksamheten.

Framgångsfaktorer:

5.1.5 Chef och ledarskap

Aktiviteter	Analys
VO Deltagande i nätverk för engagerat ledarskap	Enhetschefer och verksamhetschefer deltar i nätverk för engagerat ledarskap för utveckling av eget ledarskap och för kollegialt stöd i strategiska frågor.

Framgångsfaktorer:

5.1.6 Lönebildning och anställningsvillkor

Uppdrag/mål:

5.1.6.1 Heltid som norm

Aktiviteter	Analys
 Arbeta med att kunna erbjuda heltid vid anställning	Utsedd HR inom verksamhetsområdet bevakar de ansökningar som kommer in. Ytterst få personer har ännu inte kunna erbjudas heltid.

Perspektiv:

6 Ekonomi

Budgetavvikelsen till och med april är minus 36 miljoner kronor.

Prognos för helåret är - 54 miljoner kronor. Budgetavvikelsen i bokslut 2017 var 56,6 miljoner kronor.

Det negativa avvikelsen beror till största delen av högre personalkostnader än budgeterat och kostnaden för hyrpersonal. Intäkter för asyl är betydligt lägre än 2107.

Kostnader för röntgen har ökat och analys av effekter av införande av standardiserade vårdförlopp behöver göras ihop med medicinsk diagnostik.

Verksamhetsområdet har inte klarat av att reducera antalet årsarbetare. I samband med arbetet med RAK och stöd till förändrad schemaplanering kommer viss reduktion av årsarbetare att kunna ske.

Strategiska mål:

6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer:

6.1.1 Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-36 322tkr	Budgetavvikelsen tom april på 36 mnkr beror bland annat på: Lägre intäkter än föregående år (17 mnkr). 1 mnkr högre OB än budget och än föregående år 9 mnkr högre regioninterna köp än budgeterat främst radiologi Högre köp av material och varor än budget varav ca 3 mnkr avser "lös utrustning" till nya lokaler för OP/IVA Värnamo. I genomsnitt januari till och med april har verksamhetsområdet 34 fler årsarbetare (1,8%) tom april 2018 än 2017. Ökningar avser ST-läkare och sjuksköterskor. 10 kliniker har ökning av ST-läkare med sammanlagt 14 faktiska årsarbetare. Även för sjuksköterskor är förändringen summan av ökningar på många kliniker. Detta med sammanlagt 18 faktiska årsarbetare.
 Prognos	0	-54 000	Efter utfall till och med april prognostiseras en negativ budgetavvikelse på helår med 54 miljoner kronor. Den prognostiserade budgetavvikelsen är något lägre än budgetavvikelsen i bokslut 2017 på ca -57 miljoner kronor Prognosen bygger på att några kliniker med underskott får genomslag på planerade åtgärder främst kring vårdplatsanvändande och

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			bemanningsföretag. Åtgärder för oberoende av bemanningsföretag, vårdplatsreducering, schemagenomgångar har ännu inte gett lägre kostnader i någon större omfattning. Arbete med dessa punkter kommer att intensifieras under sommaren och hösten.

Åtgärder för ekonomi i balans pågår och effekter följs upp vid månatliga lägesavstämningar med samtliga kliniker. Hittills nås effekter mest utifrån varje enskild kliniks arbete. Under sommaren och hösten kommer en mer sammanhållen plan tas fram och genomföras för effekter främst för anpassning av vårdplatser och bemanning.

Post (mnkr)	2018	2019
Oberoende av bemanningsföretag netto	10	20
Schemaläggning efter behov	2	5
Förtätning av lokaler	1	2
Anpassning av vårdplatser efter nya förutsättningar	7	10
Lägre kostnader interna köp	5	8
Åtgärdsplaner per klinik som ej ingår i poster ovan	5	5
Summa	30	50

Aktiviteter	Analys
Ordinarie verksamhetsdialoger och patientsäkerhetsdialoger med respektive klinik	Verksamhetsdialoger, MPG-forum, patientsäkerhetsdialoger genomförs enligt plan. Dessutom genomförs månatliga lägesavstämningar med fokus på medicinska resultat, tillgänglighet, kompetensförsörjning och ekonomi.
Läkemedelsdialoger per specialitet eller klinik	Pågår enligt plan
 Kostnad per patient införs i regionen	Data är inlämnat för somatisk vård till SKL. Arbete behöver nu inriktas på att analysera materialet och benchmarka resultaten inom klinik, mellan kliniker inom regionen och med kliniker inom andra landsting och regioner.

Tertialrapport

Tertial 1 2018

Medicinsk vård

Dnr 2018/231
Agneta Ståhl, Sjukvårdsdirektör
Medicinsk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
2 Medborgare och kund	6
2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder	6
3 Process och produktion	11
3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete	11
3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	11
3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård	16
3.4 Kostnadseffektiv upphandling	17
3.5 Hållbar utveckling 2017-2020	18
4 Lärande och förnyelse	20
4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap	20
5 Medarbetare	22
5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare	22
6 Ekonomi	27
6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt	27

Bilagor

Bilaga 1: E1807_verksamhetsstatistikblanketter_2018_RO30

Bilaga 2: E1807_Ekonomibblanketter_2018_1

1 Inledning

”Tillsammans skapar vi hälsa”, så lyder Medicinsk vårds verksamhetsidé.

Under 2016 gjordes flera omorganisationer inom länets medicin- och geriatrikklinker, vilka resulterade i en minskning av antalet vårdplatser och årsarbetare, enligt tidigare uppdrag. Det upprättades samtidigt en handlingsplan för kostnadsreducering och varje klinik/enhet arbetade med att få en ekonomi i balans. Arbetet med kostnadsreducering intensifierades under 2017 och målet att få ekonomin i balans uppnåddes inom flera verksamheter.

Verksamhetsområdet har till och med första tertiet 2018 ett budgetunderskott om 18,1 mnkr (föregående år samma period budgetunderskott 1,8 mkr). Målet för 2018 är att få en ekonomi i balans på samtliga kliniker. Det finns dock ett par verksamheter som fortsatt har för höga kostnader i förhållande till budget. En av dessa verksamheter är ambulanssjukvården. En översyn är gjord inom ambulanssjukvården och rapporten som blev klar nu i maj månad har överlämnats till nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Under 2017 genomfördes ett par organisationsförändringar. En länsövergripande enhet, SSIH (Specialiserad sjukvård i hemmet) bildades och innefattar palliativa mobila team och mobila team. SSIH ska under 2018 fortsätta att utvecklas i samverkan med primärvård och kommun. Barnhälsovården bildade en länsövergripande enhet och barnmottagningarna tillsammans med barn- och ungdomshälsan bildade en länsövergripande enhet. Fortsatt arbete ska ske under året för att utveckla dessa verksamheter för att nå ambitionen att Region Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp på. För att utveckla och förbättra vården för våra äldre planeras ett Geriatriskt kompetenscentrum, detta i samverkan med övriga verksamheter i regionen, länets primärvård och de tretton kommunerna.

Under 2018 ska arbetet fortsätta med att utveckla kliniska processer och förbättra medicinska resultat. Personcentrerad vård, arbete med ”rätt använd kompetens” samt arbete med att titta på olika lösningar vad gäller scheman och arbetstidsmodeller är andra områden som det arbetas med. Gröna korset och patientsäkerhetsdialoger fortsätter att vara verktyg för att bedriva en patientsäker vård.

Produktion

- Antalet läkarbesök har inom somatisk vård ökat med 1 584 stycken (3,8 procent).
- Antalet vårdtillfällen har ökat med 292 stycken (3,4 procent). Vid en jämförelse med samma period 2016 så har vårdtillfällena minskat med 576 stycken (6,2 procent).
- Ambulansverksamheten har till och med första tertiet 2018 utfört 1 170 fler ambulansuppdrag (7,4% procent) jämfört med samma period föregående år. Främst så är det prioritet 2 och 3 som har ökat, medan antalet prioritet 1 uppdrag minskat något.

Medarbetare

- Faktiska årsarbetare har under april minskat med 16 stycken jämfört med samma period 2017.
- Sjukfrånvaron uppgår till 5 procent, jämfört med samma period 2017 så fortsätter sjukfrånvaron att minska.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som	4	28%	2	18%

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
är uppfyllda				
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	1	7%	3	27%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	9	65%	6	55%
Antal mätetal som mäts i delåret	14	100%	11	100%

Perspektiv:

2 Medborgare och kund

Strategiska mål:

2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer:

2.1.1 Personcentrerad vård med hög tillgänglighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Kundtillfredsställelse - nationell patientenkät			Alla klinik/enheter arbetar med sina handlingsplaner kring NPE (nationell patientenkät). De är redovisade vid verksamhetsdialoger under 2016-2017.

Uppdrag/mål:

2.1.1.1 Utveckla och sprida goda exempel utifrån personcentrerad vård

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Användande av daganteckning vårdplan			Används inte av alla kliniker. Det finns utmaningar med detta mätetal då en person kan ha flera daganteckningar. Ingår i Tillsammans-arbetet.
Omr.  jd lksjd lksjd l			

Aktiviteter	Analys
VO Förbättra journalmallen daganteckning vårdplan	Ändringar i journalmallen är genomförda.
Synliggöra journalmallen daganteckning vårdplan i mallträdet	Underlaget är framtaget och inskickat till IT-centrum för fortsatt handläggning.
 Genomföra utbildning i personcentrerad vård gemensamt för verksamhetsområde kirurgi, medicin och psykiatri, rehabilitering och diagnostik	En inledande dialog med utvecklingscheferna har påbörjats. Några gemensamma utbildningar har inte genomförts. En del av det personcentrerade arbetssättet har inkluderats i Tillsammans-arbetet. Flera enheter inom medicinsk vård genomför dessa utbildningar på egen hand.
VO Delta aktivt i Esther-arbetet	Deltar i aktiviteter utifrån strategigrupp äldres handlingsplan.

Uppdrag/mål:

2.1.1.2 Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård	80%	60%	Drygt 370 patienter (451 patienter samma månad föregående år) har under april väntat mer än 60 dagar. Tillgängligheten uppgår i genomsnitt till 60 procent under perioden januari till och med april 2018. Tillgängligheten till första besök uppgår under

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			april till 65 procent. Tillgängligheten har ökat under det första tertialet jämfört med samma period föregående år. Verksamhetsområdet når inte målet om 80 procents tillgänglighet inom 60 dagar. Det är främst inom området hudsjukdomar som målet inte nås. Hudkliniken har rekryterat ST-läkare samt fortsatt fokus på remissbedömningar. Bland annat så har detta bidragit till en förbättrad tillgänglighet. Hudklinikens prognos är en tillgänglighet runt 60 procent under året. De patienter som behöver ett snabbt besök får alltid komma inom rätt tid och det är de oprioriterade remisserna som får längre väntetider. Några patientsäkerhetsrisker kopplade till tillgänglighetsproblemet ser vi alltså inte. Inte heller inom området allergisjukvård, reumatologi och hjärtsjukvård når verksamhetsområdet upp till målet. Även här beror det på läkartillgänglighet. Inom kardiologi, lungmedicin och reumatologi pågår rekrytering.
 Faktisk väntetid till operation inom specialiserad vård	80%	50%	Under april har 18 patienter av totalt 39 väntat mer 60 dagar. Det är i huvudsak undersökningar avseende gastrokopier och koloskopier (18 patienter) som inte når tillgänglighetsmålet. Tillgängligheten uppgår i genomsnitt till 50 procent under perioden januari till och med april 2018. Tillgängligheten till undersökning uppgår under april till 54 procent.
 Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90%	74%	I genomsnitt uppgår tillgängligheten till 74 procent under perioden januari till och med april 2018. Antal läkarbesök på akutmottagningarna (vuxen) i länet har ökat med drygt 300 stycken tom april 2018 jämfört med samma period föregående år. Läkar- och övriga besök har ökat med knappt 1 000 besök jämfört med samma period föregående år. Tillgängligheten under april uppgår i länet sammantaget till 76 procent. Tillgängligheten i april : • Akuten Ryhov: vuxen 73 procent & barn 88 procent • Akuten Eksjö: 69 procent • Akuten Värnamo: 84 procent
 Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90%	61%	Under perioden januari till och med april 2018 uppgår genomförda återbesök inom medicinskt måldatum genomsnitt till 61 procent. Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum uppgår under april till 62 procent. Av knappt 4 400 patienter kom under april drygt 2 700 patienter in inom medicinskt måldatum. Inom kardiologin pågår arbete med KPS för att förbättra tillgängligheten.

Aktiviteter	Analys
-------------	--------

Aktiviteter	Analys
VO Stödja kliniker att aktivt arbeta med kapacitets- och produktionsstyrning	Pilot 2 ska påbörjas, (onkologen och klinisk fysiologi). Medicinsk vård sitter med i projektgruppen och bevakar hur piloten fortgår.

Uppdrag/mål:

2.1.1.3 Utveckla arbetssätt som stödjer e-Hälsa

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Antal anslutna webbtidbok			Antalet anslutna till webbtidbok i länet har ökat med cirka 15 procentenheter under 2017. Det behöver till fortsatt arbete för att fler medborgare ska ansluta sig. Pilot för webbtidbok 2.0 kommer att påbörjas under 2018.
VO  Användare av Journalen på nätet			Inom Medicinsk vård har Reumatologmottagningen på Länssjukhuset Ryhov flest användare av 1177 vårdguidens e-tjänster. Därefter kommer Medicinmottagningen på Värnamo sjukhus och neurologmottagningen på Länssjukhuset Ryhov.

Aktiviteter	Analys
VO Sprida goda exempel på E-hälsoarbete	Spridning av pågående e-hälsosatsningar via månadsbrevet "Bäst tillsammans". Kontinuerlig rapportering på ledningsgrupper kring e-hälsoarbetet.
VO Alla kliniker ska erbjuda webbtidbok	Information till ledningsgruppen är på gång där nya mer offensiva riktlinjer ska presenteras.
VO Utveckla arbetsprocesser för digitala besök	Det finns ett uppdrag och en arbetsgrupp inom ramen för Tillsammansarbetet.

Uppdrag/mål:

2.1.1.4 Alla verksamheter följer regelbundet upp patientnöjdhet.

Uppdrag/mål:

2.1.1.5 Alla verksamheter arbetar utifrån barnkonventionens intentioner

Framgångsfaktorer:

2.1.2 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Uppdrag/mål:

2.1.2.1 Från akuten till vårdcentralen

Aktiviteter	Analys
 Fortsätta arbetet genom att förtydliga primärvårdens uppdrag för akuta patienter	Projektet är avslutat och ingår i ordinarie verksamhet.

Uppdrag/mål:

2.1.2.2 Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
 Trygg och säker in och utskrivning från sjukhuset	Arbetet övergår i förvaltning. Fortfarande finns utmaningar för slutenvården vad gäller att ange beräknad vårdtid. Antalet utskrivningsklara har minskat drastiskt framförallt på Länssjukhuset Ryhov. Vårdprocessen behöver dock fortfarande utvecklas.

Uppdrag/mål:

2.1.2.3 Kroniska sjukdomar

Uppdrag/mål:

2.1.2.4 Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom

Aktiviteter	Analys
VO Följer arbetet som sker med fokus på kommunerna	Deltar i arbetsgrupper inom Tillsammansarbetet.
 Utveckla arbetssätt för att upprättade hälsoplaner, hälsofrämjande insatser, samordnade vårdplaneringar	Deltar i grupper inom ramen för Tillsammans arbetet.

Uppdrag/mål:

2.1.2.5 Arbeta med asyl och flyktingfrågor

Aktiviteter	Analys
VO Barnhälsovården arbetar aktivt med att alla nyanlända barn ska genomgå hälsoundersökning och vaccination	Handlingsplan är framtagen och en kartläggning är gjord. Pågår inom Tillsammans-arbetet.

Uppdrag/mål:

2.1.2.6 Utveckling av palliativ vård i samverkan

Aktiviteter	Analys
Uppstart av SSiH-verksamhet (Specialiserad vård i hemmet) i länet	Utvecklingsdagar är genomförda för både palliativ vårdenhet (PVE) och mobila team (MT). Fortsatt arbete med fokus på målgrupper och syftet med verksamheten. Det är framförallt i tidigare enheter inom mobila geriatriska team (MGT) där målgrupp och syftet diskuteras. Förslag är ute på remiss inom enheterna.

Uppdrag/mål:

2.1.2.7 Förbättra samverkan över huvudmannagränser för en utveckling av rehabiliteringskedjan för trygg och säker hemgång och uppföljning

Aktiviteter	Analys
-------------	--------

Aktiviteter	Analys
VO Bidra i Region Jönköpings läns arbete med en hållbar rehabiliteringskedja	En del i Tillsammansarbetet. Medicinsk vård är representerad.

Framgångsfaktorer:

2.1.3 Bästa plats att växa upp och åldras på

Uppdrag/mål:

2.1.3.1 Arbeta för en jämlik barnhälsovård.

Aktiviteter	Analys
VO Inrätta tjänst för arbeta med Barnrättigheter	50 % tjänst inrättat från och med 1 februari 2018.
VO Barnhälsovården ska identifiera särskilda satsningar för jämlik hälsovård	En del i Tillsammans arbetet. Projektgrupp bildad.

Uppdrag/mål:

2.1.3.2 Etablera Familjecentraler

Aktiviteter	Analys
VO Delta i planering och utveckling av familjecentraler i varje kommun	Medicinsk vård deltar i arbetsgrupper som arbetar med planeringen.

Perspektiv:

3 Process och produktion

Strategiska mål:

3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer:

3.1.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.1.1.1 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal	50%		Andelen förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal under första tertialet 2018 uppgår till 13 procent. Målet för 2018 uppgår till 50 procent (för helåret). Prognosen för helåret uppgår till 40 procent. Andelen genomförda hälsosamtal är något lägre jämfört med föregående år (föregående år 19 procent). Åtgärder för att öka andelen hälsosamtal kommer att genomföras under 2018. Upplevelsen är att fler föräldrar tackar nej till erbjudandet utifrån att många arbetsplatser erbjuder detta inom sin företagshälsovård.

Aktiviteter	Analys
VO Barnhälsovården ska arbeta för att öka andelen förstagångsföräldrar som genomgår hälsosamtal	Ingår i Tillsammansarbetet.

Strategiska mål:

3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer:

3.2.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.2.1.1 Kunskapsstyrning

Aktiviteter	Analys
MPG/processgrupper skapar länsövergripande arbetssätt	Verksamhetscheferna deltar aktivt i processgrupperna. Detta har skapat en bättre utveckling för likartade arbetssätt.

Aktiviteter	Analys
Införande och följsamhet till nationella vårdprogram	Medicinsk vård är ansvarig för nationell programgrupp barn.

Uppdrag/mål:

3.2.1.2 Läkemedelsanvändning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Användande av Cefotaxim på rätt indikation.	90 %	155,18 %	Användandet av antalet dygnsdoser av antibiotika ligger cirka 10 procent högre första kvartalet 2018 än motsvarande period 2017. Det behövs fortsatt arbete och dialog med verksamheten för att vända trenden.
VO  Läkemedelskostnad per klinik			Klinikerna inom verksamhetsområdet har återkommande möten med representanter för läkemedelskommittén för att diskutera klinikernas läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
VO Uppföljning av Antibiotikaföreskrivning	STRAMA gör regelbundna uppföljningar av antibiotika föreskrivningen. Pågår diskussion spridning av projekt antibiotikarond.
 Fortsatt arbeta med kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och följsamhet till ordnat införande.	Klinikerna och medicinska programgrupper har regelbundna träffar med representanter från läkemedelskommittén.
VO Regelbundna Läkemedelsdialoger	Sker på kliniknivå tillsammans med representant för läkemedelskommittén.

Uppdrag/mål:

3.2.1.3 Fortsätta arbetet med att gå från slutenvård till öppen vård

Aktiviteter	Analys
VO Varje verksamhet analyserar vilka processer som kan förflyttas från slutenvård till öppenvård	Subakuta mottagningar har inrättats för patienter som sökt på akutmottagningen. Pågår gemensamt arbete med verksamhetsområde kirurgi för att samordna dagvårdsenheter. Klinikerna arbetar med att flytta slutenvård till dagvård exempelvis behandling av vissa hematologiska sjukdomar.

Uppdrag/mål:

3.2.1.4 Fortsätta arbetet med att gå från specialistsjukvård till primärvård

Aktiviteter	Analys
VO Varje verksamhet arbetar aktivt med sina processer för att optimera en möjlig förflyttning av specialistsjukvård till primärvård	Arbete och utredning pågår om att flytta benskröhetsutredningar från specialistsjukvård till klinisk fysiologi och primärvård. I Tillsammans arbetet pågår projekt kring hjärtsvikt.

Uppdrag/mål:

3.2.1.5 Hemtagning av behandlingar från Universitetssjukhuset i Linköping

Aktiviteter	Analys
 Endobronkiellt ultraljud (EBUS)	Utrustningen har installerats under våren 2018. En del av utredningarna är hemtagna från Linköping. Utbildning av medarbetare pågår.

Uppdrag/mål:

3.2.1.6 Valfungerande ambulanssjukvård

Aktiviteter	Analys
 Uppföljning av lättvårdsambulans	Beläggningen är drygt 60 % och ökar successivt.

Uppdrag/mål:

3.2.1.7 Alla kliniker arbetar med Rätt använd kompetens

Aktiviteter	Analys
VO Apotekare i vården	Det finns apotekare i vården på samtliga enheter inom medicin-och geriatrikklíníken Eksjö samt på tre av fyra enheter inom medicin-geriatrikklíníken i Värnamo. Barnkliniken har infört 20 procent apotekare med fokus på barnavårdsenheten. Apotekare saknas på akutvårdsenheten.

Uppdrag/mål:

3.2.1.8 Utveckla ändamålsenlig och likvärdig dokumentation

Aktiviteter	Analys
VO Tillsätta gemensam grupp för utvecklingsarbete av dokumentation	Är en del av Tillsammans-arbetet. Infektionskliniken har provat att analysera sitt dokumentationsarbete utifrån en speciell modell.

Framgångsfaktorer:

3.2.2 God cancervård

Uppdrag/mål:

3.2.2.1 Arbeta utifrån RCC sydöst sex löften till invånarna.

Aktiviteter	Analys
Samverkan Antitumoral behandlingsenhet	Utredning pågår. Ett skriftligt uppdrag kommer inom kort från sjukvårdsdirektörerna för medicinsk vård respektive kirurgisk vård.
 Utveckling och uppföljning av löften för alla patienter	Är en del av standardiserade vårdförlopp. Det utbildas bland annat kontaktsjuksköterskor. Medicinsk vård har en bra uppföljning med hjälp av kontaktsjuksköterskor.

Uppdrag/mål:

3.2.2.2 Standardiserade vårdförlopp cancer

Aktiviteter	Analys
 Fortsatt utveckling och förvaltning av standardiserade vårdförlopp	Möte är inplanerat avseende övergång till förvaltning.

Uppdrag/mål:

3.2.2.3 Förebyggande arbete inom cancersjukvården

Aktiviteter	Analys
 Cancerpreventionsplan	Hudkliniken deltar i information kring hälsosamma solvanor.

Uppdrag/mål:

3.2.2.4 Cancerrehabilitering

Uppdrag/mål:

3.2.2.5 Medicinsk genetik

Aktiviteter	Analys
VO Uppdrag till MPG Medicin geriatrik att analysera behov och möjligheter	En analys är genomförd inom kardiologi och rapport kommer att skrivas och vara klar senast under juni 2018 avseende vilka åtgärder som kommer att genomföras.
VO Uppdrag till MPG Barn att analysera behov och möjligheter	En analys är genomförd och rapport kommer att skrivas och vara klar senast under juni 2018 avseende vilka åtgärder som kommer att genomföras.

Framgångsfaktorer:

3.2.3 Rätt Diagnos och rätt behandling

Uppdrag/mål:

3.2.3.1 Alla kliniker arbetar med värdeskapande diagnostik

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Laboratoriekostnader/röntgenkostnader			Uppföljning : se under Ekonomiavsnittet.

Framgångsfaktorer:

3.2.4 Vård på rätt vårdnivå

Uppdrag/mål:

3.2.4.1 Alla verksamheter skapar förutsättningar att öka dagsjukvård och öppenvård

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
---------	----------	----------	--------

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Antal vårdtillfällen i specialiserad slutenvård	2 000	2 246	Antalet vårdtillfällen minskar över tid. Det är också en del i Tillsammansarbetet då vårdplaneringar inte ska behöva ske inne på sjukhusen. Medelvårdtiden minskar då utskrivningsklara inte blir liggande inne på sjukhuset. Under första tertialet har en ökning av vårdtillfällen skett. Framförallt i april i jämförelse med samma period föregående år.

Aktiviteter	Analys
VO Utbildningsaktiviteter för egenvård	Det pågår utbildningsinsatser på ett flertal av klinikerna för att öka egenvård.

Framgångsfaktorer:

3.2.5 Rätt beteende Läkemedelsanvändning

Uppdrag/mål:

3.2.5.1 Rätt antibiotika i rätt tid till rätt person

Aktiviteter	Analys
VO Analysera möjligheter till att utöka projekt antibiotikaronder.	Analys pågår med inriktningen på hur ett införandet av arbetssättet kan göras. Pilotprojekt är avslutade med goda resultat.

Framgångsfaktorer:

3.2.6 Läns-gemensamma processer

Uppdrag/mål:

3.2.6.1 Det finns beskrivet vilka läns-gemensamma processer som finns

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Andel läns-gemensamma processer		14%	Verksamhetsområdet har till och med första tertialet 2018 implementerat 8 länsprocesser av de 56 "större" processer som finns inom verksamhetsområdet. En ökning med 5 länsprocesser jämfört med tredje tertialet 2017. SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) är en ny läns-gemensam process. Det pågår arbete med att samordna inriktningen på verksamheten i länet. Det diskuteras gemensam patientgrupp innan nästa steg blir att hitta gemensamma processer och arbetssätt. Övriga läns-gemensamma processer är t.ex. hud, ambulanssjukvård, pacemaker, hjärtsjukdomar, lungcancerutredningar, blodcancer sjukdomar, reumatologi.

Strategiska mål:

3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer:

3.3.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.3.1.1 Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Vårdprevention	90 %	90,35 %	På sjukhusnivå ligger personer i risk mellan 65-70 procent. Det talar för att det behövs ett fortsatt förebyggande arbete. Mer än 90 procent med risk inom något område får en förebyggande åtgärd insatt.

Aktiviteter	Analys
VO Projekt för färre trycksår	Det finns ett påverkansdiagram för arbetet att förebygga trycksår. Det innehåller bland annat områdena: medarbetare har rätt kompetens, positiv attityd, patient är delaktig i förebyggande av trycksår, det finns snabb återkoppling och resultat, ledningens stöd och engagemang. Det genomförs regelbundna utbildningar och det finns utsedda trycksårsombud.
VO Alla verksamheter arbetar med att minska trycksår, fall, undernäring och ohälsa i munnen	Kontinuerligt arbete pågår kring vårdprevention.
VO Delta i strategiskt utvecklingsarbete inom patientsäkerhetsområdet	Utvecklingschefen deltar i referensgrupp för patientsäkerhet. Flera patientsäkerhetsronder har genomförts under våren. Arbetet leds av chefsläkarorganisationen.
 Säker vård alla gånger	Arbetet med Säker vård fortsätter på enheterna. Patientsäkerhetsutbildning har startats.

Uppdrag/mål:

3.3.1.2 Införa en välfungerande vårdkedja för Sepsis

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Andel som får antibiotika inom 60 minuter vid Sepsis			Mätningen påbörjas i juni 2018.

Aktiviteter	Analys
VO Utbildningsinsatser kring sepsiskedjan	Cirka 3000 medarbetare har genomgått utbildning i sepsiskedjan. Det har gjorts inom regionens vårdverksamheter, slutenvård och primärvård.

Framgångsfaktorer:

3.3.2 God kunskap om patientsäkerhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Antal Avvikelser i Synergi	300	264	Det rapporteras in fler avvikelser första kvartalet 2018 än föregående kvartal. Det har uppmärksammats att fler avvikelser ska rapporteras för att skapa ett bra underlag för lärande och förbättringsarbete.

Framgångsfaktorer:

3.3.3 God säkerhetskultur

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Resultat patientsäkerhetskulturmätning			Genomgående bra resultat i mätningen för verksamhetsområde Medicinsk vård. Samtliga enheter arbetar med handlingsplaner utifrån de resultat där förbättringsmöjligheter finns.

Aktiviteter	Analys
VO Alla verksamheter arbetar med Gröna Korset	Diskussion avseende användandet av gröna korset genomförs på verksamhetsdialogerna. Det är infört på de flesta avdelningarna. Även mottagningarna har börjat införa gröna korset.

Strategiska mål:

3.4 Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer:

3.4.1 Rätt beteende - avtal

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Avtalstrohet inköp	90%	94%	Under perioden januari till och med april 2018 uppgår tillgängligheten i genomsnitt till 94 procent. Inköp utan avtal uppgår under perioden januari till och med april till 4,4 mnkr av totalt inköp om 74 mnkr. Det är i huvudsak inköp av patienttransporter (flygtransporter) som inte följer kriterierna som är uppställda för att nå målet för avtalstrohet. Upphandling av flygtransporter har nu genomförts i sydöstra sjukvårdsregionen.

Strategiska mål:

3.5 Hållbar utveckling 2017-2020

Framgångsfaktorer:

3.5.1 Vi är klimatsmarta

Uppdrag/mål:

3.5.1.1 Klimatpåverkan från våra egna transporter minskar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Tjänsteresor, antal km egen bil (privatbil)	-10 %	29,1 %	Antalet körda kilometer med egen bil i tjänsten har ökat jämfört med samma period föregående år (ökat med knappt 1 300 mil under perioden, 29 procent).
 Tjänsteresor, antal km poolbil (korttid)	-10 %	0,7 %	Antalet körda kilometer med poolbil (korttid) har ökat jämfört med samma period föregående år (ökat med drygt 90 mil under perioden, 0,7 procent).

Aktiviteter	Analys
Mäta tjänsteresor med privat bil i syfte att få ett underlag till eventuella åtgärder	Mätning sker tertialvis.
Utreda tjänsteresandet i syfte att ta fram åtgärder för att minska dessa	Intentionen är att öka användandet av bland annat Lync och Cisco-meeting för att minska tjänsteresandet.
 Vi ska arbeta med hållbart resande.	Verksamhetsområdet har beslutat att använda Lync och Cisco-meeting som alternativt mötessätt. Vid fysiska möten ska samåkning ske i största möjliga mån.

Framgångsfaktorer:

3.5.2 Vi använder våra resurser klokt

Uppdrag/mål:

3.5.2.1 Vår material- och livsmedelsförsörjning bidrar till ett hållbart samhälle.

Aktiviteter	Analys
Inte öka mängden brännbart avfall jämfört med 2015	I dagsläget kan inte verksamhetsområdet Medicinsk vård mäta utfallet. Det är endast mätbart på sjukhusnivå.

Framgångsfaktorer:

3.5.3 Vi är socialt hållbara

Framgångsfaktorer:

3.5.4 Vi bidrar till en sund livsmiljö

Aktiviteter	Analys
Förekomst farliga kemiska produkter	Inventering pågår av leksaker (ur ett miljöperspektiv) som erbjuds barn i vården.
Förbättringsförslag i Synergi avseende miljö	För att öka antalet förbättringsförslag har varje klinik fått i uppdrag att skriva fler förbättringsförslag avseende miljö.

Uppdrag/mål:

3.5.4.1 Vi har en effektiv läkemedelsanvändning.

Perspektiv:

4 Lärande och förnyelse

Strategiska mål:

4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer:

4.1.1 Lärande i vardagen

Uppdrag/mål:

4.1.1.1 Anpassa verksamheten till nationella riktlinjer

Aktiviteter	Analys
VO Delaktighet vid utveckling av samt införande och följsamhet till relevanta nationella vårdprogram	Ingår i Tillsammansarbetet med uppdrag kunskapsstyrning.
 Utveckla arbetssätt för att följa nationella riktlinjer	Arbete pågår i samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen.

Uppdrag/mål:

4.1.1.2 Använda och utveckla kliniskt kunskapsstöd

Aktiviteter	Analys
VO Påbörja information och spridning av kunskapsstöd	En grupp är tillsatt för arbetet med implementering.
 Följer den nationella utveckling och genomför lokala anpassningar vid behov	Arbete pågår på regionövergripande nivå.

Uppdrag/mål:

4.1.1.3 Öka användningen och uppföljningen av nationella kvalitetsregister

Aktiviteter	Analys
VO Analysera täckningsgrad i relevanta kliniska kvalitetsregister	Det är bildat en gemensam arbetsgrupp för att utreda förutsättningarna.

Uppdrag/mål:

4.1.1.4 Fortsätta utvecklingen av systemförståelse, processförbättringar och resultatuppföljning i samverkan

Aktiviteter	Analys
VO Ta fram strategi för kompetensutveckling i förbättringskunskap	Utvecklingscheferna deltar numera i chefsutbildningar för att stödja utvecklingen av förbättringskunskap.

Uppdrag/mål:

4.1.1.5 Alla verksamheter följer upp studentnöjdheten

Framgångsfaktorer:

4.1.2 Använda statistik för utveckling

Framgångsfaktorer:

4.1.3 Snabb spridning av bra arbetssätt

Uppdrag/mål:

4.1.4 Utveckla ett geriatriskt kompetenscentrum

Perspektiv:

5 Medarbetare

Strategiska mål:

5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare

Framgångsfaktorer:

5.1.1 Attraktiva arbetsplatser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Personalomsättning			Mätning sker på helår. Under våren 2018 togs beslut om att följa personalomsättningen avseende extern rörlighet för de medarbetare som har en tillsvidareanställning inom Medicinsk vård. Personalomsättningen avser rörlighet där medarbetare lämnar Region Jönköping för annan arbetsgivare eller för pension. Under våren 2018 ligger personalomsättningen på cirka 9 procent inklusive pension, vilket är på samma nivå som Region Jönköpings län.
  Medarbetarsamtal	90%	91%	Andelen medarbetarsamtal uppgår under april 2018 till 91 procent, vilket kan anses tillfredsställande. Under våren 2017 gjordes en insats för att påminna om och uppmärksamma vikten av genomförande av medarbetarsamtal och vikten av rapportering i Heroma.
  Kompetensutvecklingsplan	90%	85%	Andelen registrerade kompetensutvecklingsplaner ökar och följer nästintill utvecklingen avseende medarbetarsamtal.
  Personalthälsa - sjukfrånvaro	5,3%	5%	Sjukfrånvaron för perioden januari till och med april 2018 ligger på totalt 5 procent, motsvarande siffra föregående år uppgick till 5.3 procent. Under våren 2018 får samtliga enheter erbjudande om att genomföra en medarbetarenkät, minienkät. För verksamheterna finns också valmöjlighet att genomföra strukturerade dialoger om arbetsmiljö. I diskrimineringslagstiftningen från och med 2017 utökades kraven på arbetsgivaren att arbeta med aktiva åtgärder för att förebygga diskriminering och främja mångfald, jämställdhet och likabehandling på arbetsplatsen. Enheter har under våren fått information och tagit del av vilka åtgärder som arbetsgivaren bör arbeta aktivt med för att förebygga diskriminering och främja mångfald, jämställdhet och likabehandling.

Aktiviteter	Analys
-------------	--------

Aktiviteter	Analys
Kompetensutvecklingsstege införs för sjuksköterskor	Modeller för kompetensutveckling för sjuksköterskor är framtagna på flera av de större klinikerna. Bland annat har Barnkliniken en befattnings utveckling enligt strukturen OLIVIA (organisatoriskt lärande i vårdens inre arbete). Det bygger på ett antal kompetensområden som belyser de färdigheter, kunskaper och förmågor som förekommer på respektive enhet. Som bas för befattnings utvecklingen ligger verksamhetens mål.
Översyn av schemamodeller	Pilotprojekt förändrad schemamodell, projekt uppstart februari 2018 Värnamo och Eksjö i samarbete med verksamhetsområde Kirurgi. Kompetensförsörjningen av framför allt sjuksköterskor, och i viss mån undersköterskor, har varit svår under de senaste åren på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Syftet med pilotprojektet är att: •säkerställa den framtida kompetensförsörjningen •möta elektiva och akuta behov av i första hand slutenvård
Hälsoinspiratörer i verksamheterna	Hälsoinspiratörer finns inom delar av verksamheten och arbetar förebyggande med hälsofrämjande aktiviteter

Uppdrag/mål:

5.1.1.1 Alla verksamheter följer och utvecklar schemamodeller

Framgångsfaktorer:

5.1.2 Kompetensförsörjning säkras genom långsiktigt strategiskt arbete

Uppdrag/mål:

5.1.2.1 Handlingsplan för att uppnå oberoende av bemanningsföretag till utgången av 2018.

Uppdrag/mål:

5.1.2.2 Gott och nära samarbete med lärosäten. Verksamhetsförlagd utbildning

Uppdrag/mål:

5.1.2.3 Kapacitets- och produktionssyrning (KPS, Rätt använd kompetens (RAK))

Aktiviteter	Analys
VO Starta projekt "När tiden får styra".	Pilot 2 påbörjad på Onkologen och Klinisk fysiologi. Inväntar start på kliniker inom Medicinsk vård.
VO Projekt RAK på kliniker	RAK (rätt använd kompetens) – akutvårdsavdelningen arbetar med att ta fram en prioriteringsordning för vilka arbetsuppgifter som kan plockas bort vid för hög arbetsbelastning. Deras

Aktiviteter	Analys
	omvårdnadsgrupp tittar just nu på om uppdelningen mellan sjuksköterskors och undersköterskors arbetsuppgifter fortfarande gäller. I arbetet med den nya organisationen i hus D1/D2 planeras för att införa RAK fullt ut (dvs att verksamhetsstöd och service tar över arbete med förråd och tvätt). Ett arbete som pågår är samverkan med hjälpmedelscentralen vad gäller utlämning av hjälpmedel. Bristen på sjuksköterskor leder till att undersköterskor tar över allt mer i den basala omvårdnaden och sjuksköterskor fokuserar på den specifika omvårdnaden. Diskussion pågår om vårdadministratörer kan ta över delar av registerarbetet.

Framgångsfaktorer:

5.1.3 Hälsa och arbetsmiljö

Uppdrag/mål:

5.1.3.1 Arbete med resultat och handlingsplaner från medarbetar- och säkerhetskulturerundersökningen 2016.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
■ Avvikelser arbetsmiljö			Följs upp på respektive klinik.

Aktiviteter	Analys
VO Nya chefer och skyddsombud utbildas i Hälsa och arbetsmiljö	Arbetsmiljöteamet kommer att genomföra utbildningar under 2018. Grundläggande arbetsmiljöutbildning två dagar och fem tillfällen (fullbokat). Arbetsmiljöteamet har i uppdrag att se över möjligheterna till ytterligare tillfällen under året. Uppdaterande arbetsmiljöutbildning en dag och fyra tillfällen.
VO Upprätta en hälso- och arbetsmiljöplan	Arbete pågår med hälso-och arbetsmiljöplan.
VO Kliniker kommer att erbjudas möjlighet att genomföra mini-enkät	Under våren 2018 får samtliga enheter erbjudande om att genomföra medarbetarenkät, minienkät. För verksamheterna finns också valmöjlighet att genomföra strukturerade dialoger om arbetsmiljö.

Framgångsfaktorer:

5.1.4 Delaktiga och engagerade medarbetare

Framgångsfaktorer:

5.1.5 Chef och ledarskap

Aktiviteter	Analys
VO Ledarskapsallians medicinsk vård	Chefsdag genomförd med bra uppslutning och nöjda chefer.
VO Skapa möjligheter för delat ledarskap	Verksamhetsområdet arbetar för och främjar möjligheter för delat ledarskap där det anses lämpligt. I dag finns delat ledarskap inom några enheter.
VO Nätverksträffar för chefer	Nätverksträffar för chefer, Region gemensam. Syfte: Att medvetandegöra och levandegöra värdegrund och chefspolicy i det vardagliga ledarskapet. Med fokus på: –Genomförandekraft –Trygghet och balans i chefsrollen –Förståelse och samhörighet

Framgångsfaktorer:

5.1.6 Lönebildning och anställningsvillkor

Uppdrag/mål:

5.1.6.1 Heltid som norm

Aktiviteter	Analys
 Arbeta med att kunna erbjuda heltid vid anställning	Arbete med heltid som norm fortsätter och det finns nu en rutin och informationen finns och följs via Regionens Rekryteringsportal. HR bevakar och följer sina områden. Inom Medicinsk vård har vi till stor del kunnat erbjuda heltid till de som önskat. Det region gemensamma projektet heltid som norm fortsätter och intensifierar sitt arbete under 2018, bland annat kommer projektet att arbeta med : Hur kan vi få bemanning över verksamhetsgränser/arbetsplatser att utvecklas?

Framgångsfaktorer:

5.1.7 Goda utvecklingsmöjligheter

Aktiviteter	Analys
 Teamsjukskötersketjänster för erfarna sjuksköterskor	I början av maj 2018 publiceras de första annonserna för verksamhetsområdet där vi söker teamsjuksköterskor till våra vårdavdelningar Medicin- och geriatrikliniken i Eksjö och Värnamo.

Aktiviteter	Analys
	Uppdraget som teamsjuksköterska innebär att vara ett stöd för sjuksköterskor så att verksamheten, rutiner och patientsäkerheten fortsatt fungerar väl genom att: •Coacha andra sjuksköterskor. •Initiera samtal om arbetssätt. •Samordningsansvar för introduktionen av nyanställda sjuksköterskor. •Aktivt delta i utvecklingsarbetet i teamet och på avdelningen. För att bli aktuell för roll som teamsjuksköterska ska du vara •Grundutbildad sjuksköterska. •Minst fem års klinisk erfarenhet inom området . •Intresse och förutsättningar för att handleda och coacha kollegor på kliniken. •Pedagogisk utbildning eller motsvarande är meriterande. •Meriterande att ha erfarenhet från flera verksamhetsområden.

Framgångsfaktorer:

5.1.8 Bra och säker arbetsmiljö

Perspektiv:

6 Ekonomi

Strategiska mål:

6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer:

6.1.1 Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-18 145tkr	Budgetunderskott till och med april: 18,1 mnkr Budgetöverskott i perioden april: 1,7 mnkr Den huvudsakliga orsaken till budgetunderskottet 18,1 mnkr : Nedan avser ackumulerade värden. Lönekostnaderna har ökat i fast pris (utöver index) med: 3,2 mnkr Kostnaden för bemanningsföretag har ökat med: 2,3 mnkr Lab-kostnaderna har ökat (utöver index) med: 2,7 mnkr Ersättningar för asylsökande och klinikfärdiga patienter har minskat med: 12,8 mnkr Kostnader från IVA (interndebitering) har ökat utöver index (ej kompenserat i budget): 1,2 mnkr (helår 3,6 mnkr) Summa ökade kostnader och minskade ersättningar: 22,2 mnkr Under perioden april erhöll verksamhetsområdet läkemedelsrabatter om 13,6 mnkr. Därav den positiva budgetavvikelsen (1,7 mnkr) i april. Lönekostnader I fast pris har lönekostnaderna inklusive för bemanningsföretag till och med april ökat med cirka 5,6 mnkr (1,2 procent) jämfört med samma period föregående år. Ökningen av kostnaderna beror bland annat på ett ökat inköp från bemanningsföretag men även ett ökat antal anställda. Antalet anställda har från och med mars börjat minska och förväntas fortsätta att minska även under andra halvåret 2018. Verksamhetsområdet förväntar sig en minskning ner till budgeterad nivå avseende antalet anställda. Antalet anställda är för tillfället drygt 30 stycken fler än budgeterat. Bemanningsföretag Kostnaden för bemanningsföretag har till och med april uppgått till 6,4 mnkr (föregående år samma period 4,1 mnkr). Bemanningsföretag har främst anlåtats inom medicin- och geriatrikliniken på

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Högländssjukhuset (3,3 mnkr) och medicin- och geriatrikklíniken på Värnamo sjukhus (2,2 mnkr). Kostnaden för verksamhetsområdet har totalt ökat med 2,3 mnkr jämfört med samma period föregående år. Främst är det inom hjärtsjukvården (kardiologi) som bemanningsföretag har anlitats. Aktiviteter pågår för att minska beroendet av bemanningsföretag. Bland annat så pågår utlandsrekryteringar av läkare. Läkemedelskostnader Läkemedelskostnaderna har till och med april ökat med 0,4 mnkr (0,2 procent) jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna uppgår under perioden till 159,4 mnkr (föregående år 159 mnkr). Kostnadsökningen sker inom rekvisitionsläkemedel (13 mnkr). Beror till viss del på ett eftersläp (ca 4 mnkr) av rabatter för läkemedel inom reumaverksamheten. Kostnaderna för receptläkemedel har minskat med 12,6 mnkr. Anledningen är ökade rabatter. Kostnaden avseende smittskyddsläkemedel för behandling av bland annat hepatit C uppgår till 10,3 mnkr, vilket är en minskning av kostnaderna med 2,2 mnkr jämfört med samma period föregående år. Läkemedel: budgetöverskott om 4 mnkr till och med april. Lab och röntgen Kostnaderna för lab har till och med april ökat med 4,2 mnkr (10 procent) jämfört med föregående år. En ökning utöver index med 2,7 mnkr (6,4 procent). Främst är det lab-prover inom klinisk kemi och genetiska analyser som kostnaden har ökat. Kostnaden för radiologi har minskat med 0,3 mnkr (0,6 procent). Åtgärder för ekonomi i balans Verksamhetsområdet genomför varannan månad uppföljningar med respektive klinik avseende kostnadsutvecklingen. En begränsning i antalet anställda per klinik har införts under våren och beräknas få lönekostnaderna att minska under andra halvåret 2018.
 Prognos	0	-30 000	Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 30 mnkr för 2018. Detta är ett ökat underskott med 20 mnkr jämfört med helåret 2017. Den huvudsakliga anledningen till det ökade underskottet är minskad asylersättning samt ersättning för klinikfärdiga patienter jämfört med 2017. Till och med april så har ersättningarna minskat med 12,8 mnkr. Denna minskning kommer verksamhetsområdet inte att kunna kompensera för under innevarande år. Övriga kostnader som har ökat till och med april förväntas inte öka i samma

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			takt. Lönekostnaderna förväntas minska under andra halvåret 2018.

Aktiviteter	Analys
 Kostnad per patient införs i regionen	Pågår enligt planering, nästa steg är att presentera data för klinikerna.

Uppdrag/mål:

6.1.1.1 Alla verksamheter har en plan för att hålla budget i balans.

Tertialrapport

Tertial 1 2018

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Dnr 2018/231
Micael Edblom, Sjukvårdsdirektör
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
2 Medborgare och kund	6
2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder	6
3 Process och produktion	13
3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete	13
3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	14
3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård	20
3.4 Kostnadseffektiv upphandling	20
3.5 Hållbar utveckling 2017-2020	21
4 Lärande och förnyelse	24
4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap	24
5 Medarbetare	28
5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare	28
6 Ekonomi	33
6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt	33

Bilagor

Bilaga 1: verksamhetsstatistikblanketter_2018_ro32_t1

Bilaga 2: ekonomibblanketter_t1_ro32_180524

1 Inledning

Rehabiliteringsmedicinska kliniken framstår som ledande i landet inom sitt område vad gäller personcentrerad vård liksom kvalitetsarbetet med stöd av den internationella ackrediteringen CARF. Efterfrågan på rehabiliteringsresurserna inom rehabiliteringscentrum ökar. Ett viktigt uppdrag att utveckla och förbättra rehabkedjan har påbörjats. Habiliteringscentrum ser en ökad efterfrågan på utredningar kring bla autism och neuropsykiatriska funktionsvariationer vilket utmanar både tillgänglighet och fysiska utrymmen.

Tillgängligheten till både diagnostik och första besök är god. BUP ser att omkring 50% avslutas efter endast två besök, talande för att behov inte är på specialistnivå.

Utvecklingsarbete är påbörjat för att förbättra flödet enligt ”en väg in”. Efterfrågan på NP-utredningar är stor och överstiger befintlig kapacitet. Patienter erbjuds alltid insatser i väntan på utredning och individer med akuta och medicinskt högprioriterade behov, får omgående hjälp.

Inom VUP pågår arbete vad gäller förstärkning öppenvård med mobila, digitala lösningar för att minska behovet av slutenvård. Inom tillsammansarbetet satsas på samarbetet specialistvård-primärvård-kommun. Den ökade psykiska ohälsan bedöms framförallt beröra första linjens psykiatri.

Digitala vårdmöten testas och efterfrågan på integrerat IT-stöd är stor. Ett nationellt projekt pågår, iGuide, som skall guida beställare till rätt använd diagnostik. Systemet stödjer även att prioritera lågstrålade undersökningar.

Samarbetet med övriga verksamheter kring SVF har fortsatt fungera väl. Det råder stora utmaningar vad gäller svarstider inom histopatologi. Stora volymer granskas externt. Nya tekniska lösningar hoppas kunna stimulera ökad arbetsfördelning och geografiskt oberoende nivåstrukturering.

Ökningen av avvikelser ses som ett positivt tecken på att våra medarbetare har ökad benägenhet att bidra till utveckling och förbättring, något som även syns i registrerade förbättringsarbeten och en forskning med många vetenskapliga publikationer.

När det gäller patientinflytande så utvecklas arbetet med bland annat; patient och närstående som del i teamet, individuell rehabplan, Peer support, brukarstyrd inläggning och personer med egen erfarenhet som är med i utvecklingsarbete.

Tjänsteresor ökar samtidigt har resfria möten blivit allt mer vanliga. En del i förklaringen är att medarbetare vid länskliniker i större omfattning deltar i arbetet på mer än en ort.

Kostnaderna för bemanningsföretag minskar. Behovet av hyrläkare är stort vid VUP i Jönköping, men en försiktig positiv utveckling kan ses. Den strategiska satsningen på ST-läkare under lång tid inom röntgen resulterar i att behovet av hyrläkare upphör under året.

Sjukskrivningstalen är fortfarande höga, men flera verksamheter kan ändå se att sjuktalen minskar och att medarbetare uppskattar de insatser som gjorts för att förbättra arbetsmiljö.

Den största utmaningen för ekonomi i balans finns inom VUP Jönköping och handlingsplan är framtagen.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som	9	28%	9	41%

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
är uppfyllda				
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	7	22%	6	27%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	16	50%	7	32%
Antal mätetal som mäts i delåret	32	100%	22	100%

Att antal mätetal har ökat jämfört med föregående beror på att det vid den fördjupade månadsuppföljningen efter april 2017 enbart ingick systemmätetal. Det som nu mäts är samtliga mätetal inklusive verksamhetsområdets egna.

Perspektiv:

2 Medborgare och kund

Strategiska mål:

2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer:

2.1.1 Personcentrerad vård med hög tillgänglighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Kundtillfredsställelse - nationell patientenkät			Utfall saknas

Uppdrag/mål:

2.1.1.1 Utveckla och sprida goda exempel utifrån personcentrerad vård

Aktiviteter	Analys
 Genomföra utbildning i personcentrerad vård gemensamt för verksamhetsområde kirurgi, medicin och psykiatri, rehabilitering och diagnostik	En inledande dialog med utvecklingschefer har påbörjats. Inga gemensamma utbildningar har genomförts. En del av det personcentrerade arbetssättet har inkluderats i Tillsammans-arbetet. Arbete pågår också inom främst psykiatriska kliniken höglandet, som utbildar medarbetare inom personcentrerad vård. Inom habiliteringen pågår en uppföljning av tidigare satsning på personcentrerad kommunikation med bland annat bildstöd och utveckling av kallelser.

Uppdrag/mål:

2.1.1.2 Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård	80%	87%	Verksamhetsområdet uppvisar fortsatt mycket god tillgänglighet totalt sett, där majoriteten av verksamheterna uppnår målet och har gjort så under lång tid. Den enda kliniken som har haft svårigheter att hålla tillgänglighetsmålet de senaste månaderna är Psykiatriska kliniken i Jönköping, men även där uppvisar man åter en positiv riktning och är nu fem procentenheter ifrån att nå målvärdet.
VO  Faktisk väntetid till första besök alla professioner, exklusive läkare.	80 %	89%	Samtliga verksamheter uppnår målet.
  Faktisk väntetid till besök inom barn och ungdomspsykiatri	90%	69%	Av de totalt 535 barn som varit aktuella för ett första besök under perioden januari-april, har 360 barn fått tid inom 30 dagar. 49 stycken har själva valt att

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			vänta till ett senare datum. Av de kvarvarande 126 barnen har 107 barn fått tid inom intervallet 31-60 dagar. Verksamheten arbetar på ett mycket tydligt sätt utifrån behovet hos varje enskild individ. Högst prioriterade patienter kommer först, och dessa får alltid tid inom 30 dagar. Det är framför allt i Jönköping som utmaningen finns, lokal handlingsplan är upprättad. Tack vare det intensiva arbete som pågår för att förbättra tillgängligheten, noteras en stark positiv trend för tredje månaden i rad. Verksamheten har också identifierat att det saknas ett systematiskt, gemensamt sätt att triagera till rätt vårdnivå. Detta medför att mycket tid ägnas åt att sortera patienter rätt, och att BUP ofta blir både första och sista nivå. Förbättringsarbete planeras kring detta.
  Faktisk väntetid för utredning/behandling inom barn- och ungdomspsykiatri samt habiliteringen	90%	28%	Ingen av länets BUP-mottagningar har i nuläget en utredningskapacitet som matchar efterfrågan. Flera psykologer har slutat och nya har ej kunnat rekryteras. Åtgärdsplaner på olika nivåer har utformats och ska följas upp. Viktigt att poängtera är att behandlande insatser/åtgärder påbörjas direkt - det är alltså inte så att patientprocessen står stilla i väntan på att utredningen ska starta. Arbete pågår för att kvalitetssäkra registreringsrutiner kring detta.
  Väntetid till undersökning inom radiologi och klinisk fysiologi	90%	90%	Klinisk fysiologi Klinisk fysiologi uppfyller målet delvis och ligger på 70%. Även om den förbättrade tillgängligheten har mattats av under inledningen av 2018 ligger man på betydligt högre nivåer än under 2017. Hög sjukfrånvaro under inledningen av året är en förklaring till avmattningen. Röntgen Väntetiderna ser bra ut generellt med 93%. Vi kör en del extra för att gå in i sommaren med så bra förutsättningar som möjligt.
  Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90%	73%	Bibehållet gott resultat i Eksjö som har legat stabilt mellan 90 och 100% under lång tid. Jönköping uppnår knappt 70% under april månad. Dock skiljer sig arbetssätt och öppettider åt i Eksjö jämfört med Jönköping, vilket man behöver ha i beaktande vid jämförelse över länet. Läns-gemensamt förbättringsprojekt pågår kring de psykiatriska akutmottagningarna, som en del av arbetet med Jämlig Psykiatrisk Vård.
  Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90%	69%	Utfallet har totalt legat relativt konstant runt 70% under lång tid, med stora inbördes skillnader inom de olika verksamheterna. Med stor sannolikhet handlar det om registreringsrutiner -

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			förbättringsarbete kring detta har genomförts inom Psykiatriska kliniken i Värnamo med gott resultat, detta arbete skulle behöva spridas till flera verksamheter.
VO  Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum alla professioner, exklusive läkare.	90 %	78%	Nytt mätetal. Arbete påbörjas nu i respektive verksamhet med att analysera utfall och planera för åtgärder.
VO  Svarstid inom klinisk fysiologi	90 %	73,2 %	Under april uppfylls inte målet. Utfallet ligger på 73,2% vilket är något sämre än föregående månad. Nedgången delvis kan förklaras av sjukfrånvaro och ökat inflöde av remisser.
VO  Svarstider inom röntgen	90%	62,8%	Uppfyller inte målet. Datortomografi, MR och mammografi har just nu bra svarstider. Problem finns i hela länet att hålla svarstiderna för konventionell röntgen och där pågår kökortningsinsatser.
VO  Svarstider inom laboratoriemedicin	95%	85,2%	Problem med instrument för Allmänkemi under våren. Diskussioner med leverantören pågår.
VO  Svarstider inom patologi	90 %	27 %	Motsvarande siffra för mätning avseende 10 arbetsdagar är 48%, Inom 15 arbetsdagar är 92% besvarade. Flera olika arbeten förbättringsarbeten är både pågående och avslutade men tyvärr har det inte ännu gett utslag i dessa mätningar.

Aktiviteter	Analys
VO Förbättringsarbete för att öka tillgängligheten/svarstider.	Flera åtgärder för att förbättra tillgänglighet och produktivitet pågår i verksamheterna, såsom ökad användning av gruppbehandling, åtgärder inom RAK inom områden där vi har resursbrist etc.

Uppdrag/mål:

2.1.1.3 Utveckla arbetssätt som stödjer e-Hälsa

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt utveckling av e-hälsotjänster och digitala arbetsprocesser.	Arbete pågår inom t ex radiologi genom test av beslutsstödet iGuide samt digital bildgranskning och ytterligare utveckling av webbtidbok. Inom psykiatri och rehabmedicin pågår arbete med digitala vårdmöten (antingen mellan behandlare till behandlare, eller mellan patient och behandlare). Inom rehabiliterings- och habiliteringsverksamheterna sker kontinuerlig utveckling av informationen på 1177 (prioritering och förenkling av information samt utveckling av

Aktiviteter	Analys
	filmer etc). Efterfrågan finns avseende ett godkänt och spridningsbart stöd för effektiva digitala vårdmöten, främst mellan patient och behandlare.

Uppdrag/mål:

2.1.1.4 Jämlik rehabilitering - fortsatt utveckling

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt arbete med att utveckla jämlik rehabilitering utifrån patienternas behov, i såväl primärvård som specialistvård.	Inom Rehabiliteringscentrum pågår ett arbete med att upprätta rehabiliteringsriktlinjer. Likaså är en nulägesanalys inom RJL-uppdraget för att utveckla rehabiliteringskedjan påbörjad i maj månad. Detta görs tillsammans med representanter från kommun, primärvård samt specialistsjukvård.

Uppdrag/mål:

2.1.1.5 Jämlik psykiatrisk vård

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt arbete med prioriterade utvecklingsområden inom "Jämlik psykiatrisk vård"	Kommentar angående prioriterade åtgärder i Handlingsplan Jämlik psykiatrisk vård: arbetet genomförs planenligt, men med viss fördröjning i några av deluppdragen. Flera deluppdrag har fått uppdragsbeskrivningarna reviderade med förtydligande om att arbetet ske resultera i minskat behov av psykiatrisk slutenvård. Samtliga kliniska programområden har startats upp. Mallar och annat stöd är under uppbyggnad. FouU-råd är under bildande och samordnare tillträder i september

Uppdrag/mål:

2.1.1.6 Fortsatt utveckling av patient- och närståendeflytande

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt utveckling av patient- och närståendeflytande inom psykiatri	Flertal åtgärder pågår, t ex: • Utvärdering och utveckling av Peer-funktion i arbetsgrupper och utvecklingsarbete. • Pilotprojekt "Peer Support" (projektanställa person med egen erfarenhet som resurs) • Utveckling och spridning användandet av brukarstyrda brukarrevisioner • Utarbetande av s k Inflytandeplaner för förstärkt brukarsamverkan på flera nivåer inom specialistpsykiatri • Utveckling av Inflytanderådets funktion och arbetssätt • Införa och pröva en modell för brukarstyrd

Aktiviteter	Analys
	inläggning

Uppdrag/mål:

2.1.1.7 Etablering av teambaserad obesitasenhet

Aktiviteter	Analys
VO Uppföljning av pilotprojektet för en etablering av teambaserad obesitasenhet	Arbete pågår enligt plan. De första teambesöken utförs under april månad. Tre gruppinformationstillfällen och tre lärcaféer är inplanerade under våren och sommaren.

Uppdrag/mål:

2.1.1.8 Fortsatt utveckling av en rehabiliteringsmedicinsk dagrehabilitering på tre platser i länet

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt införande enligt plan av dagrehabilitering	Dagrehabilitering finns nu enligt plan på tre platser i länet. Logoped- och psykologkompetens saknas, främst i Värnamo. Beroende av samarbetspartner för att få till denna kompetens (delad tjänst).

Uppdrag/mål:

2.1.1.9 Säkerställa dokumenterade individuella vårdplaner.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Vårdplan	80%	8%	Intensivt arbete pågår i arbetsgruppen som arbetar med det länsövergripande uppdraget kring vårdplaner. Konkreta åtgärdsförslag har tagits fram och ansvar har fördelats ut för att få till dessa åtgärder i praktiken.

Uppdrag/mål:

2.1.1.10 Säkerställa att en aktuell Samordnad Individuell Plan (SIP) finns för patienter med behov av samordning mellan flera aktörer.

Aktiviteter	Analys
VO Säkerställa att en aktuell Samordnad Individuell Plan (SIP) finns för patienter med behov av samordning mellan flera aktörer.	Flera åtgärder pågår bl a: Inom Habiliteringscentrum: Habiliteringen gör få antal SIP (Samordnad individuell plan) men genomför många nätverksmöten för att få till en god samverkan kring patienten. Utreder dels användningen och dokumentationen av SIP vid nätverksmöten samt granskar dels även kvalitén i upprättade SIP. Inom BUP: Samverkansavvikelser upprättas och analyseras och utvärderingsmöte mellan region och kommun har nyligen ägt rum Inom främst VUP: Arbete pågår för en ökad användning av SIP vid utskrivning från heldygnsvård,

Aktiviteter	Analys
	inom ramen för trygg och säker utskrivning, men även för vårdtunga patienter.

Uppdrag/mål:

2.1.1.11 Öka samverkan med patienter, närstående och vårdgrannar/remittenter.

Aktiviteter	Analys
VO Utveckla samverkan med patienter, närstående och vårdgrannar/remittenter för utveckling av effektiva vårdflöden och personcentrerade arbetssätt	Flera initiativ har tagits och ska tas, t ex inom Rehabiliteringscentrum där personer med patienterfarenhet medverkar vid utveckling av rehabiliteringen tex i arbetet med jämlik rehabilitering psykiatri samt med implementering av nationella riktlinjer MS och Parkinson. Personer med patienterfarenhet från "levande bibliotek" var med vid Rehabcentrums utvecklingsdagar i april. Dialoger med patientföreningar är också en prioriterad åtgärd som är aktiv. Inom Habiliteringscentrum är målet satt att varje enhet ska utforma och genomföra minst ett utvecklingsarbete med brukarinvolvering. Inom psykiatrin pågår flertalet initiativ (se separat uppdrag kring personcentrerad vård). Inom flertalet verksamheter sker även kontinuerliga kund-/remittentdialoger, för att synliggöra behov av utveckling/förändrade arbetssätt/service.

Framgångsfaktorer:

2.1.2 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Uppdrag/mål:

2.1.2.1 Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
 Trygg och säker in och utskrivning från sjukhuset	Projektet kring vårdsamordning är nu i förvaltning, men fortsatt utvecklingsarbete behövs inom bl a de psykiatriska klinikerna.

Uppdrag/mål:

2.1.2.2 Kroniska sjukdomar

Uppdrag/mål:

2.1.2.3 Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt spridningsarbete inom hela länet i samverkan mellan den specialiserade psykiatriska vården, primärvården och kommunen utifrån lärdomarna i pilotprojektet 2016-2017	Arbete pågår. Klinikansvariga utsedda inom specialistpsykiatrin. Spridningsnätverk på gång att etableras och lägesrapport ska ges till Strategigrupp psykiatri missbruk den 16 maj.

Aktiviteter	Analys
	Fortsatt lokal förankring och anpassning behövs inom kommunerna och framförallt inom primärvården. Prioriterat är att etablera stöd för uppföljning av åtgärder och effekter, förslagsvis på samverkanswebben, men förutsätter stöd för att kontinuerligt ta fram relevanta nyckeltal samt publicering av desamma.
 Utveckla arbetssätt för att upprättade hälsoplaner, hälsofrämjande insatser, samordnade vårdplaneringar	Arbete pågår.

Uppdrag/mål:

2.1.2.4 Utveckling av palliativ vård i samverkan

Aktiviteter	Analys
VO Medverkar i Region Jönköpings läns arbete med en utveckling av den palliativa vården, särskilt med fokus på rehabilitering.	Kan komma att ingå i uppdraget som gäller att utveckla och förbättra rehabiliteringskedjan. Nulägesanalys påbörjad maj.

Uppdrag/mål:

2.1.2.5 Förbättra samverkan över huvudmannagränser för en utveckling av rehabiliteringskedjan för trygg och säker hemgång och uppföljning

Aktiviteter	Analys
VO Medverkar i Region Jönköpings läns arbete med en utveckling av rehabiliteringskedjan.	Arbete med kartläggning/nulägesbeskrivning är påbörjad. Nästa möte med arbetsgruppen är inbokat v.21, med ambitionen att då kunna slutföra denna första del av uppdraget och gå vidare med gap-analys.

Perspektiv:

3 Process och produktion

Produktion

Avseende besök inom somatisk vård har dessa ökat med 7,7 % vilket motsvarar 98 stycken fler läkarbesök samt 1 969 fler besök av övriga kategorier. Inom psykiatrisk vård har besöken ökat med 2,3 % vilket motsvarar 250 färre läkarbesök samt 1 388 fler besök inom övriga personalkategorier. Vårdtillfällen har minskat med 2 samt 45 st inom somatisk respektive psykiatrisk vård.

Antal disponibla vårdplatser har minskat med 8,3 vilket motsvarar 5,4 %. Det är inom framförallt psykiatrisk vård där det finns en minskning och specifikt inom psykiatriska kliniken på Högländet som haft svårigheter att bemanna kliniken. Även psykiatriska kliniken i Jönköping har en likartad problematik. Uppdrag har getts till psykiatriska kliniken i Jönköping med att, som första klinik i länet, reducera behovet av slutenvård motsvarande en vårdavdelning.

Vad gäller laboratoriemedicin, röntgen och klinisk fysiologi har antalet underökningar ökat med 888 st. Produktionen har ökat med 0,1% för labb, 2,0% för röntgen samt minskat med 1,3% för klinisk fysiologi.

.

Strategiska mål:

3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer:

3.1.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.1.1.1 Minska uteblivna besök/sena återbud

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Andel uteblivna besök/sena återbud		13 %	Mätning som i nuläget avser psykiatriska klinikerna i Eksjö och Värnamo. Kvalitetssäkring pågår för att mäta motsvarande även för psykiatriska kliniken i Jönköping. Andelen uteblivna besök och sena återbud har visat sig vara högt vid jämförelser med andra regioner och landsting. Mätningen är ett led i att förbättra kapacitetsutnyttjandet och korta väntetider.

Strategiska mål:

3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer:

3.2.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Aktiviteter	Analys
VO Förbättra kapacitets- och produktionsstyrning samt arbeta med behovsanpassade scheman.	Laboratoriemedicin Ej påbörjat. Alla resurser av denna typ läggs på kalkyleringen. Radiologi Arbetet fortsätter med en del förbättringsåtgärder. Klinisk fysiologi Deltar i pilotprojekt med Astrada. Därefter kan utvärdering ske kring fortsatt arbete. Prioriterat är att lyckas med styrningen i KPS arbetet.

Uppdrag/mål:

3.2.1.1 Kunskapsstyrning

Aktiviteter	Analys
VO Delaktighet vid utveckling av samt införande och följsamhet till relevanta nationella vårdprogram	Arbete pågår inom samtliga verksamheter. Remisshanteringen av nya/reviderade vårdprogram kan förbättras. Utvecklingsarbete kommer att kopplas till RIL-uppdraget kring "Kunskapsstyrning".

Uppdrag/mål:

3.2.1.2 Läkemedelsanvändning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Förskrivning läkemedel: Antal genomförda läkemedelsdialoger	6	0	De psykiatriska klinikerna planerar samtliga för att genomföra dialoger senare under 2018, tillsammans med stöd av Läkemedelskommittén samt klinisk farmaceut.

Aktiviteter	Analys
VO Genomföra läkemedelsdialoger	Förnyat initiativ tillsammans med Läkemedelskommittén för att etablera läkemedelsdialoger under 2018. Upplägget bygger på ett tidigare beprövat koncept utarbetat av Läkemedelskommittén. Ytterligare statistik och underlag på klinik- och förskrivarnivå ska tas fram med stöd av Läkemedelskommittén. Tjänsteköp under 2017 av klinisk farmaceut som en resurs för länets psykiatriska kliniker Beslut om fortsatt satsning på denna kompetens 2018.

Aktiviteter	Analys
 Följa medicinsk utveckling som nationella riktlinjer och ordnat införande av läkemedel	Läkemedelsdialoger planeras att genomföras på samtliga psykiatriska kliniker samt inom Rehabmedicin.
VO Fortsatt utveckling och uppföljning av arbetet med kliniska farmaceuter inom psykiatrisk vård.	Fördelning av resursen över länets psykiatri är beslutad och plan för prioriterad aktiviteter är under framtagande.

Uppdrag/mål:

3.2.1.3 Fortsätta arbetet med att gå från slutenvård till öppen vård

Aktiviteter	Analys
VO Ingår som deluppdrag i satsningen för jämlik psykiatrisk vård	Se "Jämlik psykiatrisk vård"
VO Minskad slutenvård	Mobila team finns i alla tre länsdelarna.

Uppdrag/mål:

3.2.1.4 Fortsatt utveckling av samarbetet med primärvård och kommun

Aktiviteter	Analys
VO Utveckla samarbetet samt rutiner för direkt konsultation primärvård – specialistpsykiatri.	Arbetet inlagt i ett av uppdragen som utgår från den statliga satsningen på psykisk hälsa. Påbörjat men strukturen ej klar.

Uppdrag/mål:

3.2.1.5 Optimal användning av rättspsykiatriska vårdplatser i Vadstena

Aktiviteter	Analys
VO Omlokalisering av patienter som idag vårdas på annan ort till Vadstena.	Arbetet pågår men hänsyn måste tas till varje enskild individ. Vadstena har ej kunnat tillhandahålla platser enligt avtal pga problem med försenad byggnation. Med anledning av detta kommer också en ekonomisk analys att genomföras.

Uppdrag/mål:

3.2.1.6 Habiliteringens lokaler i Värnamo

Aktiviteter	Analys
VO Översyn och arbete pågår med plan för hela habiliteringens verksamhet	Lokalfrågor i Värnamo har ännu ej fått någon lösning. I översiktsplanen för Värnamo sjukhus finns det en plan att Habiliteringen ska flytta in i hus 09. Tidsperspektivet för den lokalförändringen är dock så lång att det finns frågetecken om habiliteringscentrum kan fortsätta sin verksamhet i befintliga lokaler eftersom dessa inte bedöms vara optimala vad gäller patientsäkerhet och arbetsmiljö. I Jönköping finns behov av att samordna

Aktiviteter	Analys
	syncentralens verksamhet med övriga delar av habiliteringscentrum. Även i hus M4 finns behov av förbättrad reception/entré samt ett generellt utrymmesproblem. I klinikens samverkansforum har lokalfrågorna lyfts som ett arbetsmiljöproblem.

Uppdrag/mål:

3.2.1.7 Fortsatt samverkan inom riskbruk, missbruk och beroende

Aktiviteter	Analys
 Enhet för omhändertagande av berusade personer etableras (Tillnyktringsenhet TNE)	Enhet med 2-3 vårdplatser beräknas starta i tillfälliga lokaler på Ryhov efter sommaren 2018.
 Integrerad beroendemottagning	Samma läge som tidigare, lokalfrågan ej löst.

Uppdrag/mål:

3.2.1.8 Fortsatt utveckling avseende en samlad och strukturerad kunskapsbas för rehabilitering

Aktiviteter	Analys
VO Åtgärder kopplas till uppdraget "Jämlik rehabilitering"	Åtgärder kopplas till uppdraget "Jämlik rehabilitering"

Uppdrag/mål:

3.2.1.9 Inom habiliteringsverksamheten tillgodose de ökade behov som är effekten av en förbättrad överlevnad som i sin tur beror på den medicinska utvecklingen.

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt resurs- och kompetensförstärkning samt processutveckling för att tillgodose behov.	Varje enhetschef har utifrån sina verksamhet fått möjlighet att prioritera inom vilka områden och vilken profession som man har bedömt att man har störst behov utav. Prioriterade patientgrupper är "överlevarna" samt barn och unga med autism, men resurserna har kommit samtliga målgrupper till del, både barn och vuxna. Flertalet anställda har kunnat rekryteras samtidigt som personalomsättningen är hög. Bedömningen är dock att fler patienter och grupper får del av resurserna än tidigare.

Uppdrag/mål:

3.2.1.10 Bevaka och säkerställa att information och fakta inom diagnostiken blir tillgänglig i relevanta kunskapsstöd.

Aktiviteter	Analys
VO Åtgärder ska kopplas till pågående arbete inom kunskapsstyrning och Fakta-arbetet.	Åtgärder kopplas till pågående arbete inom kunskapsstyrning och Fakta-arbetet.

Uppdrag/mål:

3.2.1.11 Ökad samverkan inom sydöstra sjukvårdsregionen avseende medicinsk diagnostik.

Aktiviteter	Analys
VO Nyttja och vidareutveckla de möjligheter som tekniken erbjuder för att underlätta fortbildning samt ett ökat samarbete inom sydöstra sjukvårdsregionen.	Laboratoriemedicin Vi fortsätter arbetet med att införa digital patologi. Arbetar mycket utifrån Kalmar-modell gällande hur vi scannar och lagrar. NGS-teknik (Next generation sequencing) finns hos oss och vi ingår i samverkansgrupper om hur detta ska fördelas i sydöstra sjukvårdsregionen. Transfusionsmedicin installerar ny teknik som innebär högre automation av komponentberedning. Samma teknik finns även i Linköping och vi drar nytta av Regionsamverkan. Vi arbetar med uppkoppling av PNA-instrument (Patientnära) för att minska manuella moment för vården. Flera områdeschefer och några medarbetare deltog i RMPGs dag (Framtidskonferens för laboratoriemedicin) för att få inspiration till samarbeten och gemensam användning av resurser/utrustning. Röntgen Utnyttjar nätverken inom SÖRAD (radiologisamverkan i sydöstra sjukvårdsregionen) för PET-CT-satsning, gemensamma utbildningar för såväl ST-läkare som specialister. Generellt har vi en god dialog inom SÖRAD, och begynnande samarbete inom utbildning (inkl organspecialisering), HR, inköp, och IT. Dock långsamma processer.

Uppdrag/mål:

3.2.1.12 Effektivisering av processen för neuropsykiatriska utredningar för snabbare, effektivare handläggning, diagnos, behandling

Aktiviteter	Analys
VO Effektivisering av processen för neuropsykiatriska utredningar för snabbare, effektivare handläggning, diagnos, behandling	Inom VUP och BUP har kliniskt programområde neuropsykiatri nya sk programområdsledare. Formering av programgrupper pågår och ett prioriterat område är att förnya arbete kring effektivisering av utredning och behandling med fokus på främst innehåll, RAK och ledtider. Inom Habiliteringen och BUP har ett samverkansprojekt inletts med Barnhälsovården för att förbättra samarbetet kring och stödet till barn med neuropsykiatriska frågeställningar/diagnoser.

Uppdrag/mål:

3.2.1.13 Fortsatt utveckling av länsgemensamma arbetssätt och processutveckling.

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt utveckling av länsgemensamma	Inom BUP och VUP har arbetet kring de sk kliniska

Aktiviteter	Analys
arbetssätt i samverkan med vårdgrannar och patienter, för en jämlik vård vad gäller tillgänglighet, diagnostik och behandling.	programområdena utvecklats och 7 kliniska programgrupper etableras under våren. En viktigt uppgift för varje grupp är att utarbeta länsövergripande arbetssätt som sedan verksamheten har att implementera. Tydlig koppling till de nationella programområdena inom psykisk hälsa. I bildandet av länsklinik BUP har en handlingsplan tagits fram. Arbete pågår med att kartlägga nuläget och de rutiner som finns för att nyttja de resurser man har på ett klokt och effektivt sätt. HAB och BUP ska under våren/hösten följa upp den ansvarsfördelning som fastslogs 2016. Inom diagnostik-verksamheterna (Labmedicin, Röntgen resp Klin fys) samt Rehabmedicin fortsätter läns-samverkan och utvecklingsarbetet enligt plan. Verksamheternas certifierings- alt ackrediterings-arbete är en stor framgångsfaktor i detta. Inom Rehabcentrum har länsövergripande nätverksträffar planerats med fokus på att fortsätta utvecklingen av fler läns-gemensamma arbetssätt.

Framgångsfaktorer:

3.2.2 God cancervård

Uppdrag/mål:

3.2.2.1 Arbeta utifrån RCC sydöst sex löften till invånarna.

Aktiviteter	Analys
 Utveckling och uppföljning av löften för alla patienter	Ingår i arbetet med standardiserade vårdförlopp. Utmaning att följa upp ledtider inom diagnostiken.

Uppdrag/mål:

3.2.2.2 Standardiserade vårdförlopp cancer

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt medverkan i arbetet med att förbättra processer inom cancerutredning, behandling och rehabilitering.	Laboratoriemedicin Fortsatt deltagande om än i minskad skala i olika SVF-processgrupper. Egna mätningar gällande ledtider. Arbete pågår med ledtidsrapportering inom patologiprocessen till SKL, där RJK är en av de nationella piloterna. Röntgen Stort och varierande inflöde, där vi justerar bokningsscheman löpande. Störst problem på mammografi, där vi inte kan planera efter behovet, på grund av läkarbrist. Tillfällig lösning under våren (förskjutning av planerade ettårskontroller), och vi

Aktiviteter	Analys
	tror det blir bättre i höst (då anställda läkare kommit in i verksamheten). Fortsatt inflöde av en del remisser som är felaktigt märkta med SVF. Också svårighet att följa upp ledtider per SVF-förlopp. Båda dessa hade kunnat förhindras om bättre lösning i ROS hade funnits.

Uppdrag/mål:

3.2.2.3 Installation av PET-CT på Ryhov

Aktiviteter	Analys
VO Samordning av nuklearmedicinsk verksamhet på Ryhov för PET-CT- samt SPECT-CT-undersökning.	Röntgen Fortsatt arbete enligt plan. Studiebesök inplanerat till Göteborg/Malmö 31/5-1/6. Hospitering inbokad i Linköping för samtliga röntgensjuksköterskor i projektet.

Uppdrag/mål:

3.2.2.4 Förebyggande arbete inom cancersjukvården

Aktiviteter	Analys
 Cancerpreventionsplan	Verksamhetsområdet fokuserar särskilt på följande områden: - pilotprojekt för en etablering av en teambaserad obesitasenhet - utveckling av arbetssätt för att upprätta hälsoplaner samt genomföra hälsofrämjande insatser för att förbättra den somatiska hälsan för personer med psykisk sjukdom

Uppdrag/mål:

3.2.2.5 Cancerrehabilitering

Aktiviteter	Analys
VO Processgrupp cancerrehabilitering arbetar vidare med att utveckla en trygg personcentrerad, behovsriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet.	Rehabiliteringscentrum • Kartläggning av rehabresurser onkologi. • Planering cancerrehabiliteringsdialog kirurgi. • Information prostatacancerpatienter urologi-onkologi • Cancerrehabiliteringsdialog medicin Värnamo • Styrgrupp SVF
VO Kompetensnätverk för snabbare spridning av kunskap, erfarenheter och arbetssätt ska etableras.	Rehabiliteringscentrum Avvaktar för nystart i maj.

Strategiska mål:

3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer:

3.3.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.3.1.1 Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Vårdprevention	90 %		Utfall saknas. Ska rapporteras på regionövergripande nivå, men rapportör och rapportering saknas. Definition: <i>"Andel riskpatienter som efter bedömning i Senior Alert, erhållit förebyggande åtgärd (inom fall, nutrition och trycksår)"</i>

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt utvecklingsarbete, t ex genom egenkontroller av patientsäkerheten vid dialoger och ronder, samt utveckling av arbetssätt för riskhantering	Inom diagnostikens verksamheter har patientsäkerhetsfrågor fortsatt att ingå i t ex arbetsmiljöronderna och labbgångar etc. Gröna korset används som en metod för att bli öka riskmedvetenheten inom några av verksamheterna, men det finns alltså flera verksamheter som inte har prövat metoden. Arbete pågår tillsammans med chefläkar och patientsäkerhetsenheten för att sprida information och goda exempel.

Uppdrag/mål:

3.3.1.2 Fortsatt arbete med markörbaserad journalgranskning (MJG) inom psykiatri.

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt arbete med markörbaserad journalgranskning (MJG) inom psykiatri.	Journaler granskas i tvärprofessionella team vid samma tidpunkt varje månad inom länets psykiatriska klinik (totalt 25 st journaler). Gransknings- och lärandeprocessen utvecklas kontinuerligt, med gott stöd av chefläkare och patientsäkerhetsenheten. Resultaten rapporteras också till SKLs nationella databas.

Strategiska mål:

3.4 Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer:

3.4.1 Rätt beteende - avtal

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
---------	----------	----------	--------

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Avtalstrohet inköp	90%	81%	Två kliniker inom området når målet för avtalstrohet medan flera med höga kostnader för inköp inte gör det. Det finns en del frågetecken kring registreringar men bedömningen är att det saknas avtal för flera stora leverantörer. Exempel på det är leverantörer av distansgranskning. Även synhjälpmedel är ett område där det finns en förbättringspotential. Översyn och analys av utfall kommer att ske och fortsatt dialog med inköp kring orsaker behöver ske. Från flera verksamheter kommer det signaler om att de går igenom och lyfter upp frågor kring registreringar men att dessa inte åtgärdas på kort sikt. Även detta behöver vi ha dialog med inköp kring.

Aktiviteter	Analys
VO Kontinuerlig dialog med inköp samt upprättande av avtal där behov finns.	Avtalstroheten följs kontinuerligt och flertalet kliniker har arbetssätt för att säkra att avtal finns och är aktuella. Problem som återkommer är att kopplingen mellan avtalsdatabasen och fakturadatabasen hela tiden behöver ses över och justeras. Exempelvis kan en avtalsleverantör byta organisationsnummer vilket då måste justeras i avtalsdatabasen. Här finns en förbättringspotential i kontakterna med inköp.

Strategiska mål:

3.5 Hållbar utveckling 2017-2020

Framgångsfaktorer:

3.5.1 Vi är klimatsmarta

Uppdrag/mål:

3.5.1.1 Klimatpåverkan från våra egna transporter minskar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Tjänsteresor, antal km egen bil (privatbil)	-10 %	74,3 %	Ökningen med 74,3 % är delvis svårtolkad eftersom flera kliniker inom området har minskat sitt resande med egen bil. Psykiatriska kliniken i Jönköping har dock enligt statistiken ökat resandet med egen bil med över 9 000 km under årets första fyra månader jämfört med samma period föregående år. En förklaring till den stora ökningen är att det tidigare har funnits någon form av felregistrering. Utfallet behöver dock analyseras mer innan åtgärder kan vidtas. Generellt sett rekommenderas alltid att

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			använda sig av poolbilar alt resfria möten.
 Tjänsteresor, antal km poolbil (korttid)	-10 %	11,1 %	Målet med en minskning med 10 % nås inte. Flera av klinikerna inom området är länskliniker vilket innebär att resandet i vissa fall blir en naturlig del av verksamheten. Generellt sett rekommenderas resfria möten men möten där medarbetare träffas fysiskt är också viktiga. Exempelvis BUP är en nybildad länsklirik och därför sker det en ökning av resandet som man bedömer kommer att kunna minska när rutiner kring länssamverkan etablerats. Dialog med områdeschefer i hela organisationen för att hitta alternativa arbetssätt bedöms vara ett sätt att kunna minska resandet.

Aktiviteter	Analys
VO Internutbildning i digital mötesteknik för att minska resandet.	Genomgång av befintliga hjälpmedel på intranätsida har genomförts för ledningsgruppen och fortsatt planering för information och användning av tekniska hjälpmedel kommer att genomföras.
 Vi ska arbeta med hållbart resande.	Psykiatriska kliniken Högländet Såväl Cisco meeting som vidiokonferens är ett etablerat arbetssätt vid kliniken både i patientarbete och möten. Vi är dock beroende av en del externa mötessamordnare som ännu ej etablerat tillräcklig utrustning och kompetens för att möta våra önskemål fullt ut. Vi ställer alltid frågan vid kallelser/deltagande om vi kan möta upp på video vilket ibland är möjligt. Psykiatriska kliniken Jönköping Mer användande av webb och videdomöten Rehabiliteringscentrum Arbete pågår med att använda teknik för att möjliggöra resfria möten, tex vid samverkansgrupp och arbetsmöten. Rehabiliteringsmedicinska kliniken Vi minimerar resandet med hjälp av videokonferenser. Videokonferensanläggningar finns i Värnamo, Nässjö och Jönköping. Förutom administrativa möten som ledningsgrupp, samverkansgrupp och nätverksgrupper så görs planeringsmöten tillsammans med försäkringskassan, arbetsförmedlingen, primärvård, och patienter. Vi följer regionens resepolicy genom att använda tåg, buss och regionens hyrbilar. Rehabinstruktörer med anpassade bilar har tillåtelse att använda dessa i tjänsten.

Framgångsfaktorer:

3.5.2 Vi är socialt hållbara

Framgångsfaktorer:

3.5.3 Vi bidrar till en sund livsmiljö

Uppdrag/mål:

3.5.3.1 Vi arbetar strukturerat med att minska negativ påverkan från kemikalier i produkter och varor utifrån en tydlig kemikaliestrategi.

Uppdrag/mål:

3.5.3.2 Vi har en effektiv läkemedelsanvändning.

Perspektiv:

4 Lärande och förnyelse

Strategiska mål:

4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer:

4.1.1 Lärande i vardagen

Uppdrag/mål:

4.1.1.1 Anpassa verksamheten till nationella riktlinjer

Aktiviteter	Analys
 Utveckla arbetssätt för att följa nationella riktlinjer	Förbättringsarbete kommer att kopplas till uppdraget och arbetsgruppen inom RJL kring "Kunskapsstyrning". Inom psykiatrin har under 2018 s k programområdesledare utsetts, en ny roll för att leda och samordna utvecklingsarbetet inom ett antal kliniska programområden. Dessa grupperingar ligger i linje med de nationella programområdena.

Uppdrag/mål:

4.1.1.2 Använda och utveckla kliniskt kunskapsstöd

Aktiviteter	Analys
 Följer den nationella utveckling och genomför lokala anpassningar vid behov	Verksamheterna finns representerade inom FAKTA samt RMPG, förutom Habiliteringen. Hab har dock ett väl utvecklat nationellt samarbete, men ska också se över möjligheterna att etablera ett nätverk inom den sydöstra sjukvårdsregionen. Inom psykiatrin har under 2018 s k programområdesledare utsetts, en ny roll för att leda och samordna utvecklingsarbetet inom ett antal kliniska programområden.

Uppdrag/mål:

4.1.1.3 Öka användningen och uppföljningen av nationella kvalitetsregister

Aktiviteter	Analys
VO Användning av samt analys av resultat i nationella kvalitetsregister.	Arbete pågår, men är varierande för olika verksamheter. Inom t ex Rehabcentrum ska ett kartläggningsarbete påbörjas för att förstå vilka register som fånga rehabiliteringsrelaterade insatser samt hur man kan lära av dessa. Inom psykiatrin kommer de nyetablerade kliniska programmen bl a att fokusera på hur man förbättra användning och analys utifrån befintliga kval-

Aktiviteter	Analys
	register.

Uppdrag/mål:

4.1.1.4 Fortsätta utvecklingen av systemförståelse, processförbättringar och resultatuppföljning i samverkan

Aktiviteter	Analys
VO Aktivt utvecklingsarbete i en stimulerande förbättringsmiljö i processgrupper/team/mikrosystem inom samtliga enheter	Mycket arbete pågår, t ex: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Bildandet av en gemensam Barn-och ungdomspsykiatrisk klinik är i sig en stor förbättringsprocess. Grupper som arbetar med Cosmic-övergång och Intranätsida är i gång. Flera processgrupper inom ramen för Jämlik psykiatri, stadsbidrag 2018, Faktagrupsarbete, Nationellt projekt med Barnhuset pågår. Psykiatriska kliniken Högländet Personcentrerad vård (4 enhetschefer examen i nationell utbildning 180307) med stöd av Esther förbättringscoacher steg I-II utförs inom slutenvård, Remiss och bedömningsenheten samt en öppenvårdsmottagning i Vetlanda. Rehabiliteringsmedicinska kliniken Kliniken arbetar kontinuerligt med utveckling. Detta görs lokalt på kliniken enheter, övergripande på kliniken, regionalt samt i Sydöstra sjukvårdsregionen. Utvecklingsarbeten pågår i processområden såsom för olika diagnosgrupper, men även inom utvecklingsgrupper och professionsgrupper. Labmedicin: Har en etablerad organisering av förbättringsarbete inom s k mikrosystem med stöd av processamordnare. Kontinuerlig utveckling av såväl arbetssätt, roller och former för uppföljning. Varje månad finns dokumenterade förbättringsarbeten. Kliniken har även ett mycket aktivt forskningsarbete, och dessa delar går ibland hand i hand och kompletterar varandra. Klinisk Fysiologi: Metodgrupper och processgrupper finns etablerade. Via SWEDAC-ackrediteringen sker granskning att verksamheten kontinuerligt utvecklar och underhåller processer och metoder. Radiologi: Nya chefer har kommit in som processägare, och nya medarbetare som processledare i viktiga processer. Förbättrat koppling av Synergi-ärenden inkl förbättringsförslag till faktiskt förbättringsarbete samt utvärderingen av vidtagna åtgärder.

Aktiviteter	Analys
VO Utarbeta RJL-gemensamma strategier för kompetensutveckling i förbättringskunskap och projektledning	Planering pågår såväl tillsammans med utvecklingschefer som med Qulturum för att samordna och erbjuda utbildningsstöd och erfarenhetsutbyte inom RJL. Flera verksamheter har satt som mål att medarbetare och chefer ska genomgå RJLs e-utbildningen i förbättringskunskap.

Uppdrag/mål:

4.1.1.5 Att dokumenterade förbättringsarbeten enligt PGSA-modellen ska öka för att möjliggöra uppföljning och lärande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Genomförda och dokumenterade förbättringsarbeten	33	78	Flera verksamheter arbetar med att såväl kompetensutveckla medarbetare och chefer inom förbättringskunskap, som att upprätta rutiner för hur förbättringsarbeten dokumenteras och följs upp. Flera större uppdrag pågår inom ramen för särskilda RJL-uppdrag alt via riktade statsbidrag. Inom länets psykiatri pågår ett flertal förbättringsarbeten (Se "Jämlik psykiatrisk vård") Inom Laboratoriemedicin har 64 förbättringsarbeten genomförts under tertial 1, en ökning jämfört med föregående år. Flera arbeten har t ex genomförts inom patologi i samband med införandet av primär HPV-screening.

Uppdrag/mål:

4.1.1.6 Möjliggöra ett ökat lärande från registrerade avvikelser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Avvikelser registrerade i synergi	825st	1 097st	En ökning jämfört med motsvarande tertial föregående år, vilket ses som en positiv trend att benägenheten att rapportera ökar. A och O att åtgärder kopplas till rapporterade händelser, där så är relevant.

Uppdrag/mål:

4.1.1.7 Inhämta och sprida kunskap om och till omvärlden

Aktiviteter	Analys
VO Samverkan i Sydöstra sjukvårdsregionen	Fortsatt positiv utveckling inom RMPG psykiatri, RMPG rehab-smärta samt RMPG medicinsk diagnostik. Inom Habiliteringen ska ett initiativ tas för att försöka etablera ett nätverk inom den sydöstra sjukvårdsregionen. Etablerad struktur för gemensamt arbete inom radiologin via SÖRAD. Planering för utökat samarbete

Aktiviteter	Analys
	inom patologi med bl a distansgranskning. Inom nuklearmedicin samarbete avseende personal mellan Jönköping och Linköping i väntan på PET/CT i Jönköping.

Uppdrag/mål:

4.1.1.8 Forskning och utveckling i kliniskt patientnära områden

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Vetenskapliga publikationer under 2018			Mäts årsvis

Uppdrag/mål:

4.1.1.9 Att synpunkter från patienter, närstående och kunder registreras för att möjliggöra ett ökad lärande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Patient-/kundsynpunkter registrerade i Synergi	50	76	Antal registrerade synpunkter har ökat, vilket delvis kan bero på att enskilda klagomål nu också ska registreras i Synergi, men också tack vare att verksamheterna uppmuntrar medarbetare att registrera synpunkter i Synergi.

Perspektiv:

5 Medarbetare

Strategiska mål:

5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare

Framgångsfaktorer:

5.1.1 Attraktiva arbetsplatser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Medarbetarsamtal	90%	93%	All personal erbjuds medarbetarsamtal. Stabil och bra process.
 Personalhälsa - sjukfrånvaro	5,9%	6%	Fortsatt alltför många långtidssjuka samt influensaperiod i början av året.
 Kompetensutvecklingsplan	90%	90%	Hög måluppfyllelse enligt plan.

Aktiviteter	Analys
VO Handlingsplaner för hälsofrämjande och attraktiva arbetsplatser	Aktiva HFA-punkter på samtliga enheter. Fortsatt arbete pågår för attraktiva arbetsplatser. Rehabiliteringsmedicinska kliniken har haft värdegrundsfrukostar som fortsätter med inriktning på kliniken motto, strategiska mål etc är påbörjat 2018 Reflektionstid finns avsatt

Framgångsfaktorer:

5.1.2 Kompetensförsörjning säkras genom långsiktigt strategiskt arbete

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Minskade totala kostnader för personal och köpta tjänster	432 629 tkr	439 810 tkr	Till och med april har personalkostnaden inklusive köpta tjänster en negativ budgetavvikelse på 1 700 tkr. Kostnadsförändringen mellan åren totalt är högre med 15 600 tkr eller 4 %. I förändringen ligger både löneindex för egen personal och förändringen av sociala avgifter. Kostnaden för egen personal är högre med 8 900 tkr (2,2 %), då hänsyn är tagen till löneindex och sociala avgifter. Största förändringen ligger inom psykiatri och röntgen. Antalet faktiska årsarbetare har ökat inom båda specialiteterna. Röntgens ökning är enligt plan dvs en ökning av egen personal och färre hyrläkare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Kostnaden för köpta tjänster är lägre med 5 900 tkr jämfört samma period föregående år. Alla enheter har lägre kostnader för köpta tjänster.

Uppdrag/mål:

5.1.2.1 Handlingsplan för att uppnå oberoende av bemanningsföretag till utgången av 2018.

Aktiviteter	Analys
VO Strategisk kompetensförsörjning ST läkare	Psykiatri, rehabilitering och diagnostik Nyanställningar av ST-läkare inom flera specialistområden pågår. Viss svårighet med handledning då det saknas specialister.

Uppdrag/mål:

5.1.2.2 Gott och nära samarbete med lärosäten. Verksamhetsförlagd utbildning

Aktiviteter	Analys
VO Mätning, uppföljning och analys inom samtliga verksamheter avseende studentnöjdhet för att vidta ev förbättringsåtgärder.	Studentnöjdheten mäts oftast terminsvis. På flera kliniker finns det redan en etablerad "student-/VFU-process" med kontinuerligt återkoppling kring styrkor och svagheter. På några kliniker har detta inte varit lika tydligt eller etablerat, varför man nu har påbörjat/utvecklat samarbetet med studentansvariga och den kontinuerliga feedbacken kring VFU- och randningsperioder.

Uppdrag/mål:

5.1.2.3 Kapacitets- och produktionssyrning (KPS, Rätt använd kompetens (RAK))

Aktiviteter	Analys
VO Arbete med "Rätt Använd Kompetens" i samtliga verksamheter för ett effektivt resursnyttjande	Laboratoriemedicin Ledningsgruppen har aktualiserat den gemensamma planeringen kring kompetens. Tidigare beslut om kompetensnivå i primärvården ligger fast - medarbetare som saknar formell laboratorieutbildning utför de arbetsuppgifter som har definierats kunna göras utan formell laboratorieutbildning och detta fungerar utmärkt. Vi arbetar på att hitta bra utbildningsformer/introduktion för annan kompetens än Biomedicinska analytiker i primärvården. Inom mikrobiologi har vi under tertial 1 genomfört överföring av städrutiner i form av flytt av vårt risk- samt sorterings avfall från BMA/lab.ingenjör till service avd. Psykiatriska kliniken Värnamo Vi undersöker aktivt möjlighet att anställa "extratjänst". Arbetet leds av vik verksamhetsutvecklare.

Aktiviteter	Analys
	180509 startar kliniken upp en serie "yrkesgruppsdialoger", där en fråga är RAK Röntgen Planering att utöka sonografverksamhet i Eksjö. Breddinföra röststyrd diktering, försenat pga långsam leverans av licenser. Ankomstterminaler på alla enheter, pågår enligt plan. Utbildning pågår för att andra kategorier än läkare skall kunna remittera till röntgen. Här vore iGuide bra att kunna ha som stöd för riktig beställning, Rehabiliteringscentrum Arbete pågår inom en rad områden. Tex pågår arbete med att utbilda undersköterskor till rehabcoacher tex inom ortopedkliniken i Eksjö. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter utbildas för att ansvara för uppföljning av patienter med nydebuterad reumatisk sjukdom Rehabiliteringsmedicinska kliniken Inför varje nyrekrytering görs bedömning om vilken kompetens som kliniken behöver. Inför varje möte med närstående och patient görs en bedömning av vilken kompetens som behöver medverka

Uppdrag/mål:

5.1.2.4 Strategiska kompetensförsörjningsplaner tas fram inom samtliga verksamheter

Aktiviteter	Analys
VO Strategiska kompetensförsörjningsplaner tas fram inom samtliga verksamheter	Psykiatri, rehabilitering och diagnostik Arbete för kompetensförsörjningsplaner inom verksamhetsområdet skjuts till hösten efter att en regiongemensam modell för kompetensförsörjningsplan tagits fram.

Uppdrag/mål:

5.1.2.5 Strategiska kompetensutvecklingsplaner

Aktiviteter	Analys
VO Strategiska kompetensutvecklingsplaner tas fram inom samtliga områden.	Psykiatri, rehabilitering och diagnostik Arbete med en strategisk kompetensutvecklingsplan pågår inom psykiatrin som ett av uppdragen inom Jämlik psykiatrisk vård.

Framgångsfaktorer:

5.1.3 Hälsa och arbetsmiljö

Uppdrag/mål:

5.1.3.1 Arbete med resultat och handlingsplaner från medarbetar- och säkerhetskulturerundersökningen 2016.

Aktiviteter	Analys
VO Uppföljning av handlingsplaner och resultat av Medarbetarskaps- och säkerhetsenkät	Rehabiliteringsmedicinska kliniken De handlingsplaner som togs fram har genomförts och följts upp i samverkansgruppen. Minidialoger har införts 4 ggr/år och följs upp i samverkansgruppen. Rehabiliteringscentrum Arbete pågår enligt plan inom respektive område/enhet. Röntgen Fortlöpande arbete. Verksamhetschef, biträdande VC och HR har varit ute på alla orter och träffat tvärprofessionella referensgrupper för att lyssna in deras åsikter om arbetsmiljö och ledarskap (lokalt och klinikövergripande). Givande dialoger, inte mycket nytt framkom (vilket visar att vi har bra kommunikation), men några förbättringsområden identifierades. Återkoppling till områdeschefer har skett, och återkoppling till referensgrupperna planeras skriftligt inom en månad samt muntligt vid nästa planerade träff i höst. Således återkommande.

Framgångsfaktorer:

5.1.4 Delaktiga och engagerade medarbetare

Aktiviteter	Analys
VO Medarbetare ska involveras för engagemang, utveckling och lärande.	Flera verksamheter har satt som mål att alla medarbetare och chefer ska genomgå e-utbildningen i förbättringskunskap. Inom kliniska och externa projekt- och utvecklingsarbeten, deltar många engagerade medarbetare som såväl projektmedlemmar som uppdrags-/projektledare.

Framgångsfaktorer:

5.1.5 Chef och ledarskap

Uppdrag/mål:

5.1.5.1 Chefer och ledare ska delta i RJs chefs-/ ledarutvecklingsprogram, nätverksträffar etc.

Aktiviteter	Analys
-------------	--------

Aktiviteter	Analys
VO Chefer och ledare ska delta i RJs chefs-/ ledarutvecklingsprogram, nätverksträffar etc	Psykiatri, rehabilitering och diagnostik Samtliga verksamhetschef har erbjudits att medverka vid Regionens nätverk för engagerat ledarskap. 15 chefer är anmälda till Kulturmets ledarskapsprogram till hösten 2018.

Framgångsfaktorer:

5.1.6 Lönebildning och anställningsvillkor

Uppdrag/mål:

5.1.6.1 Heltid som norm

Aktiviteter	Analys
 Arbeta med att kunna erbjuda heltid vid anställning	Psykiatri, rehabilitering och diagnostik För närvarande finns inga önskade deltidsanställningar. Heltid är norm.

Perspektiv:

6 Ekonomi

Strategiska mål:

6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer:

6.1.1 Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-5 886tkr	Totalt sett redovisar område psykiatri, rehabilitering och diagnostik en negativ budgetavvikelse för januari till och med april med -5,9 mnkr Vad gäller diagnostik så är den samlade bilden att det är en positiv budgetavvikelse med 1,6 mnkr till och med april. Kostnaden för hyrläkare och extern granskning har minskat redan nu trots bedömningen att röntgens handlingsplan för ekonomi i balans får störst effekt i slutet av året. Klinisk fysiologi har en negativ budgetavvikelse och orsaken till det är delvis att hög sjukfrånvaro har medfört bortfall av produktionskapacitet och därmed minskade intäkter. Bedömningen är dock att läget kommer att förbättras under våren och hösten. För laboriemedicin ser läget positivt ut mot föregående år med en total kostnadsökning på 3,0 % och en intäktsökning på ca 7%. Det ger en resultatförbättring motsvarande ca 4 mnkr. För rehabilitering (Habilitering, rehabcentrum samt rehabmedicin) ser inledningen av året försiktigt positiv ut utan negativa budgetavvikelser på kliniknivå. Kostnadsutvecklingen är strax under 2,0 % jämfört med samma period föregående år vilket bedöms vara inom ram. Svårigheten i bedömningen är dock att det finns ett samlat underskott i somatisk vård inom området som inte ligger på kliniknivå. Fortsatt analys och dialog kring detta kommer att ske och redovisas fortlöpande under 2018. För psykiatrisk vård är budgetavvikelsen negativ med ca 10 mnkr. Den absolut största delen av denna avvikelse finns inom psykiatriska kliniken i Jönköping samt en mindre del inom BUP. Handlingsplan finns för kliniken i Jönköping vilken följs kontinuerligt under året. En betydande resultatförsämring uppstod under senare delen av förra året vilket innebär att en jämförelse med inledningen av 2018 mot 2017 är svår att göra. En bedömning pekar dock på att kostnaden minskar något jämfört med läget under hösten 2017. Vid behov kommer fler och nya åtgärder att vidtas för att långsiktigt nå ekonomi i balans. En viktig del i handlingsplanen är att

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			begränsa beroendet av hyrläkare samt att minska antalet faktiska årsarbetare totalt sett. Kliniken har satt ett tak på 361 faktiska årsarbetare och i dagsläget ligger man på ca 366. Övrigt som påverkar resultatet: Sifvert och asylersättningar har minskat jämfört med föregående år med 4,6 mnkr till 1,4 mnkr. Kostnaden för läkemedel har ökat med 2,3 mnkr och kostnader för labbmateriel har ökat med 1,9 mnkr vilket också är kopplat till den ökade produktionen för laboratoriemedicin. Handlingsplaner för ekonomi i balans: Psykiatriska kliniken i Jönköping har tagit fram en handlingsplan som innebär ökat fokus på uppföljning av faktiska årsarbetare. Man har också satt ett bemanningstak och jobbar nu med att minska antalet anställda till den nivå som var aktuell under 2016 och inledningen av 2017. En viktig del i handlingsplanen är att minska beroendet av hyrläkare. För att uppnå en mer stabil läkarbemanning har man satsat på fler ST – läkare vilka nu är på plats. Bedömningen av läget kring hyrläkare är att behovet kommer att minska något under året men man kommer att ha ett fortsatt beroende även under 2019. Psykiatriska kliniken i Jönköping har getts ett uppdrag att inleda arbetet med att reducera vårdplatser i sluten psykiatrisk vård för att istället förstärka öppenvård och mobila/flexibla lösningar. Röntgen har en handlingsplan för ekonomi i balans och har tagit fram en plan för kostnadsreduktion med ca 12 mnkr. Den stora delen i handlingsplanen är att minska beroendet av hyrläkare och bedömningen är att den målsättningen kan nås vi årsskiftet 2018/2019.
 Prognos	0	-17 000	Prognos för helår 2018 är ett underskott mot budget på - 17 mnkr. Detta är första prognosen som görs för det samlade området psykiatri, rehabilitering och diagnostik sedan verksamheten kodmässigt samlades som ett verksamhetsområde. Som kommenterats i mätetalet ekonomi i balans är bedömningen att det kommer att finnas ett överskott i diagnostik och ett underskott inom framförallt psykiatrisk vård. Vad gäller somatik (rehabmedicin och habilitering) är bedömningen även där att det finns ett samlat underskott som dock inte redovisas på kliniknivå. Befintliga handlingsplaner bedöms få effekt på såväl personalkostnader samt kostnader för bemanningsföretag. Prognosen totalt för köpta tjänster (extern granskning) samt hyrläkare är 60 mnkr vilket kan jämföras med utfallet 2017 som för

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			helår var 88 mnkr. I prognosen är bedömningen att intäkter för asylsökande och Sifvert kommer att minska med ca 3 mnkr. I befintliga budgetramar ligger också ram för TNE (tillnyktringsenhet) med 3,7 mnkr. Denna ram är ännu ej utlagd till klinik och beroende på vilka kostnader som uppstår för den avsedda verksamheten under hösten 2018 bidrar den i varierande omfattning till att förbättra resultatet.

Aktiviteter	Analys
VO Handlingsplaner för ekonomi i balans ska upprättas och följas upp kontinuerligt	I nuläget har tre klinker inom verksamhetsområdet identifierats att vara i behov av handlingsplan för ekonomi i balans. Det är röntgen, psykiatriska kliniken i Jönköping samt laboratoriemedicin. Handlingsplaner följs upp kontinuerligt och redovisas exempelvis vid verksamhetsdialoger. Vid behov upprättas fler handlingsplaner och nya aktiviteter läggs till.
VO Utveckla den ekonomiska modellen.	Fortsatt utveckling av den ekonomiska modellen sker kontinuerligt i budgetprocessen och viktiga delar som planeras inför 2019 är att prissättning i större omfattning baseras på självkostnadskalkyler. En annan viktig utveckling är dialog och samsyn kring den ekonomiska modellen för rehabiliteringscentrum. I nuläget är modellen delvis ottydlig vilket skapar svårigheter då det finns behov av förändringar. Dialog kring detta kommer att ske i samband med budgetprocessen.
VO Nyckeltalsjämförelser/benchmarking.	Inom flertalet delar av verksamheten finns fungerande nyckeltalsjämförelser. Inom delar av diagnostiken saknas dock adekvata jämförelser med andra organisationer. Ex för stora delar av laboratoriemedicin saknas jämförelser. Patologi och röntgen deltar i Nysam och klinisk fysiologi har egen jämförelse med riket. Röntgen deltar också i NUDS vilket är en jämförelse i form av en "varukorg" med 12 andra regioner. Psykiatri deltar i nationell jämförelse via SKL. Även habilitering deltar i Nysam. Generellt är synen att det finns ett behov av jämförelse med andra för att lära och få en uppfattning om vi bedriver en effektiv verksamhet. Benchmarking är också en viktig del i budgetprocessen.
 Kostnad per patient införs i regionen	Införandet av KPP (kostnad per patient) följer den regionövergripande tidplanen. De verksamheter som är berörda i nuläget är habilitering och rehabmedicin samt vissa delar av rehabcentrum. Under hösten 2018 och våren 2019 kommer införande att ske för psykiatrisk vård. Efter att modeller och data har

Aktiviteter	Analys
	validerats kommer arbetet att gå vidare med att analysera verksamhetsdata.

Uppdrag/mål:

6.1.1.1 Förbättrad produktivitet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Besök per behandlare inom vuxenpsykiatrisk vård	4	2,4	Mätetalet avser vuxenpsykiatriska klinikerna och mätetalet är nu sammanställt och rapporterat för tredje månaden i rad. Visst arbete kvarstår för att förankra och säkerställa att modellen ger korrekta mätvärden. Utfall är redovisat per psykiatrisk klinik och avser i nuläget besök per behandlare inom öppenvård exklusive läkare. Utfallet varierar för de tre klinikerna ligger i genomsnitt på 2,4 besök per behandlare och högst utfall finns hos psykiatriska kliniken på Högländet med 2,7 besök per behandlare. Aktiviteter för att höja antal besök per behandlare kommer successivt att tas fram under 2018.
VO  Förbättrad produktivitet inom rehabilitering	0,46	0,44	Detta mätetal redovisas nu för första gången för rehabiliteringscentrum. Viss validering behöver genomföras och därefter behöver ett lärande ske kring orsaker till nivåer och hur den kan förbättras. Utfallet i nuläget pekar på att utfallet ligger 0,02 besök lägre per timme än vad som var fallet under 2017. Det motsvarar ca 4,3% lägre produktivitet. Mer analys kommer i kommande månadsuppföljningar.
 Förbättrad produktivitet inom diagnostik	91,3	89,6	Röntgen I samband med arbetet kring självkostnadskalkyler har ett första produktivetsmått tagits fram som visar kostnaden per minut. Mätetalet tar hänsyn till att alla undersökningar har olika tyngd och därmed kräver olika lång tid att genomföra. Mätning sker via it - stödet Astrada. Första utfallet gäller enbart för röntgen och det visar att produktiviteten är 1,9 % högre under 2018 jämför med samma period föregående år. Viss validering kvarstår och därefter planeras mätetalet även omfatta klinisk fysiologi och så småningom laboriemedicin.

Aktiviteter	Analys
VO Fortsatt utveckling av självkostnadskalkyler.	Arbetet med självkostnadskalkyler går vidare och i nuläget finns det en färdig kalkyl för klinisk fysiologi och för röntgen som bedöms kunna utgöra underlag för prissättning till 2019. För laboriemedicin

Aktiviteter	Analys
	kvarstår en del arbete med utveckling och kvalitetssäkring innan kalkyler kan anses vara klara men det finns flera delar av verksamheten inom laboratoriemedicin som har i stort sett kompletta kalkyler.

Uppdrag/mål:

6.1.1.2 Beroendet av hyrläkare ska avvecklas enligt plan.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Minskad kostnad för bemanningsföretag	28 799 tkr	23 030 tkr	Totala kostnader för hyrläkare och extern granskning har minskat med 5,7 mnkr (-20%) jämfört med samma period föregående år. Av detta står röntgen för en minskning med 3, 4 mnkr. Av den totala kostnaden avser 4,1 mnkr extern granskning vilket är en minskning med 15% och resterande del 18,9 mnkr avser hyrläkare, vilket är en minskning med 21%. Under. Detta ser positivt ut inte minst med tanke på att röntgen handlingsplan för oberoende av bemanningsföretag förväntas ge störst effekt i slutet av året. Bedömningen som röntgen gör är att behovet för hela 2018 är 181 hyrläkarveckor jämfört med 361 under 2017 (exkl mammografi). Behovet under slutet av 2018 är prognostiserat till en hyrläkare per vecka i länet inkl mammografi. Inom psykiatrisk vård har kostnaden för hyrläkare minskat med 1,3 mnkr till 9,3 mnkr vilket motsvarar ca 12%. BUP och klinikerna i Eksjö och Värnamo står för minskningen medan det finns en ökning motsvarande 1 mnkr för psykiatriska kliniken i Jönköping. Kostnaden för första tertialet innehåller dock en del hyrläkarkostnader från december vilket ger en något mer negativ bild än vad som verkligen är fallet.. Arbete med handlingsplaner fortsätter och oberoende av bemanningsföretag är en viktig del av den.

Aktiviteter	Analys
VO Genomförande av befintliga handlingsplaner för att minska kostnader för bemanningsföretagsamt fortsatt arbete i enlighet med regionens arbetssätt	Röntgen Röntgen arbetar på enligt plan. Planen är att minimera hyrläkarna inom Röntgen, Troligen kommer dock Värnamo att ha ett fortsatt beroende även efter 2018. Rekrytering av ST-läkare pågår och annonsering sker efter specialistläkare. Områdeschefen för läkare i Värnamo håller på att titta över arbetsätt och om det går att effektivisera någonstans utan att försämma arbetsmiljön. Rehabiliteringsmedicinska kliniken Handlingsplan för att minska beroendet av hyrläkare finns. Förhoppningsvis kommer vi att kunna rekrytera och utbilda specialist inom

Aktiviteter	Analys
	försäkringsmedicin under 2018 Laboratoriemedicin Den enda hyrläkaren inom patologi kan sannolikt fasas ut 2019 pga tillskott i rekrytering.

Uppdrag/mål:

6.1.2 Verka för en riktig användning av medicinsk diagnostik.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO  Minskat remissinflöde till röntgen.	0%	629	Till och med april är antal inkomna remisser per 100 000 invånare 3,8%.högre jämfört samma period föregående år. Remissflödet var högre under jan-feb och sedan lägre under mars. Även inflödet under april var högt. Hur storhelger infaller samt väntetider i sjukvården påverkar inflödet. Inflödet är högre från verksamhetsområdena Kirurgi och Medicin. Sjukvården har haft ca 1 000 fler besök jämfört samma period föregående år vilket kan var en orsak till högre efterfrågan. Ny kunskap är att det kan finnas en samvariation mellan köpt vård och intern efterfråga av röntgen.

Aktiviteter	Analys
VO Kunddialoger samt analys av förändrade behov	Laboratoriemedicin I slutet av förra året genomfördes kundenkät med gott utfall. Resultaten har tagits upp i ledningsgrupp och på APT. Under mars har vi haft dialog med kund som valt att driva laboratorieverksamheten i egen regi från och med sommaren. De önskar ytterligare PNA-instrument än vad vi idag erbjuder och ett arbete pågår att hjälpa dem finna ett instrument som uppfyller deras behov. Röntgen Kunddialog med onkologen inställd då ingen hade något nytt att ta upp - samarbetet fungerar bra. Planeras kunddialog med MPG Ortopedi samt deltagande i Primärvårdsdagar maj. Ny kundgrupp inom iGuide planerad, inkluderande såväl nya som gamla pilotenheter. Lokala kunddialoger pågår.

Tertialrapport

Tertial 1 2018

Vårdcentralerna Bra Liv

Dnr 2018/231
Charlotta Larsson, Direktör Bra Liv
Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
2 Medborgare och kund	6
2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder	6
3 Process och produktion	11
3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete	11
3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	11
3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård	16
3.4 Kostnadseffektiv upphandling	16
3.5 Hållbar utveckling 2017-2020	16
4 Lärande och förnyelse	18
4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap	18
5 Medarbetare	20
5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare	20
6 Ekonomi	25
6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt	25

Bilagor

Bilaga 1: E1807_Ekonomiblanketter_2018_1

1 Inledning

Vårdcentralerna Bra Liv är den starka länken i länets primärvård och bidrar till att förverkliga Region Jönköpings läns vision för ett bra liv i en attraktiv region. Vårt mål är en bättre hälsa för alla, erbjuda hälso- och sjukvård samt rehabilitering med bästa bemötande och kvalitet, utan vinstsyfte. Verksamheten är väl förankrad i vår värdegrund med ledorden Omtanke, Helhet och Kvalitet. Vi har drygt 268.000 listade invånare vilket är 75 % av länets befolkning.

Ekonomiskt resultat mot budget för perioden är -26 mnkr med en helårsprognos på -58 mnkr för 2018.

Den handlingsplan för ekonomi i balans som har löpt under 2017 har kompletterats med bemanningsråd.

Besöken har ökat med drygt 7.600 jämfört med samma period föregående år medan telefonkontakterna till rådgivningen för första gången sedan 2012 minskar. Det utökade uppdraget med ansvar för vårdsmordning syns inte som fler besök. Uppdraget sysselsätter ca 27 årsarbetare.

För att kontinuerligt förbättra tillgänglighet, kontinuitet och vårdkvalitet drivs flera egna större förändringsarbeten. Exempelvis Bra Liv nära - vårdmöten via videosamtal på webben, utveckling av seniormottagningar, Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelshantering, Antibiotika bara när det behövs, metoder för att se och uppmärksamma psykisk ohälsa och införande av bedömningsverktyget RETTS i primärvård.

Det regionövergripande förändringsarbetet ”Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård” löper vidare. Från och med våren 2018 är arbetet kompletterat med uppdrag från budgeten samt arbete med handlingsplaner för att erhålla statsbidrag. Vårdcentralerna Bra Liv medverkar med ett flertal chefer och medarbetare.

Vårdcentralerna Bra Livs ambition är att vara ledande i rekrytering och kompetensutveckling. Detta mål nås genom arbete med bemötande, värdegrund, intern och extern utbildning samt hälsofrämjande arbetsplatser. Vi erbjuder omfattande fortbildning ofta i egen regi.

Vi erbjuder kontinuerligt chefsstöd i form av kompetensutveckling, reflektionsgrupper, mentorskap och för nya chefer ett välstrukturerat introduktionsprogram. För att underlätta framtida chefsförsörjning har ett traineeprogram utformats. Programmet löper över ett år och första gruppen avslutades i april.

Bra Liv bedriver patientarbete med god tillgänglighet och hög kvalitet. De flesta mätetalen avseende tillgänglighet och medicinsk kvalitet är uppfyllda eller delvis uppfyllda.

Från Vårdcentralerna Bra Liv ger vi ett löfte till våra patienter. "Efter ett besök hos oss ska patienten lämna oss med känslan av att ha blivit sedd, lyssnad på och professionellt behandlad med en tydlig medvetenhet om vad nästa steg är."

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	6	30%	8	42%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	8	40%	7	37%
Antal mätetal som	6	30%	4	21%

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
inte är uppfyllda				
Antal mätetal som mäts i delåret	20	100%	19	100%

Perspektiv:

2 Medborgare och kund

Strategiska mål:

2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer:

2.1.1 Personcentrerad vård med hög tillgänglighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Kundtillfredsställelse - nationell patientenkät			Region Jönköpings län har fortsatt stort förtroende i befolkningen. Länet låg på plats 4 i landet. Rydaholms vårdcentral var länets bästa.

Aktiviteter	Analys
Filialer: Erbjudna vård vid filialer där befolkningsunderlaget är för litet för komplett vårdcentral.	Arbete med att omvandla Anderstorps och Mariannelunds vårdcentral till filialer pågår.
Information/kommunikation med invånare	Bra Livs vårdcentraler finns med information i flera sociala medier, såsom Facebook och Instagram. Vårdcentralerna kommunicerar även med sina invånare via elektroniska nyhetsbrev, tryckta informationsmaterial, patientråd med mera.

Uppdrag/mål:

2.1.1.1 Utveckla och sprida goda exempel utifrån personcentrerad vård

Aktiviteter	Analys
Utveckla metod för anamnesupptagning före besök	Ett utvecklingsarbete pågår med vår samarbetspartner Visiba Care.

Uppdrag/mål:

2.1.1.2 Förbättra tillgängligheten

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Kontakt med vårdcentralen	100%		Vårdcentralerna har god telefontillgänglighet, samtliga vårdcentraler besvarar alla inkommande samtal. Några vårdcentraler behöver minska väntetid för uppringning.
  Väntetid till besök hos allmänläkare inom 5 dagar	90%	86%	I april hade 9 av 30 vårdcentraler en tillgänglighet på 90% eller bättre. Aktivt arbete med läkarrekrytering, för att komma upp i rätt bemanning. Utbildning till telefonrådgivningssköterskorna för triagering till bäst lämpad yrkesgrupp. Påminna om registrering av koderna för patientvald väntan när besöket bokas efter 5 dagar av medicinska skäl eller enl patientens

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			önskemål.
 Väntetid till nybesök psykosocialt team		52 %	13 av 30 vårdcentraler når mål enl vårdvals definition. Verklig tillgänglighet bedöms av flera verksamhetschefer vara betydligt bättre. Bristande tillgänglighet beror i flera fall på problem med registrering. Liten vårdcentral som samarbetar/köper tjänst av stor vårdcentral får ingen tillgänglighetsersättning även om de når mål. Enligt mätmetod har de ingen tillgänglighet.
 Listade invånare		268 081	Bra Livs listade invånare fortsätter att öka.
 Tillgänglighet - patientvald väntan		5 %	Registrerad patientvald väntan ligger fortfarande lågt.

Aktiviteter	Analys
 Arbeta med förstärkt vårdgaranti	Bra Liv deltar med tre chefer i delprojektet tillgänglighet inom ramen för det övergripande regionarbetet med uppdrag att ta fram handlingsplaner för att erhålla statsbidrag från regeringen samt leva upp till beslut i budget 2018.

Uppdrag/mål:

2.1.1.3 Utveckla arbetssätt som stödjer e-Hälsa

Aktiviteter	Analys
Bra Liv nära, digitala vårdmöten	Verksamheten med digitala vårdmöten löper på med tider till läkare, sjukgymnaster, sjuksköterska, tobaksrådgivare och samtalskontakt. Ett intensivt utvecklingsarbete pågår avseende bla bättre triagering och chatfunktion. Besöken ökar successivt för närvarande har vi 300 besök per månad. Det som begränsar en fortsatt besöksökning är tillgång till läkare.

Framgångsfaktorer:

2.1.2 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
 Hälsa för livet	Avdelningen för Folkhälsa och sjukvård arbetar med olika koncept som vårdcentralen och dess invånare kan ta del av. Ett exempel är så kallade hälsocaféer för vissa patientgrupper med kronisk sjukdom som vårdcentralerna kan hänvisa sina patienter till.

Uppdrag/mål:

2.1.2.1 Från akuten till vårdcentralen

Aktiviteter	Analys
 Fortsätta arbetet genom att förtydliga primärvårdens uppdrag för akuta patienter	Bra Liv deltar med tre chefer i delprojektet tillgänglighet inom ramen för det övergripande regionarbetet med uppdrag att ta fram handlingsplaner för att erhålla statsbidrag från regeringen samt leva upp till beslut i budget 2018. Möjlighet till utökade öppettider vid vårdcentralerna belyses i detta delprojekt.
Akuta besök: Utveckla och organisera verksamheten med arbetsformer som ökar tillgängligheten för akuta besök.	Flera vårdcentraler har inrättat teammottagningar som med flera yrkesgrupper i samverkan tar hand om dagens akuta patientbesök.
RETTS: Införa bedömningsverktyget RETTS vid samtliga vårdcentraler och jourcentraler	Fyra vårdcentraler har provat verktyget RETTS för att triagera och bedöma akuta patienter med samma instrument/språk som ambulans och akutmottagningar använder. Försöket har fallit väl ut. Både vårdcentralernas personal samt ambulans och akutmottagningar som vårdcentralen överlämnar patienter till är nöjda. En rapport är överlämnad till Hälso- och sjukvårdsdirektören med förslag om att verktyget RETTS ska upphandlas och införas på samtliga vårdcentraler.

Uppdrag/mål:

2.1.2.2 Trygg och säker vård och omsorg

Aktiviteter	Analys
 Trygg och säker in och utskrivning från sjukhuset	Bra Liv deltar med tre chefer i delprojektet Trygg och säker vård och omsorg i hemmet inom ramen för det övergripande regionarbetet med uppdrag att ta fram handlingsplaner för att erhålla statsbidrag från regeringen samt leva upp till beslut i budget 2018. I delprojektet ska uppdraget med vårdsamordnare utvärderas och utvecklas samt förslag till mobila lösningar tas fram.
 Trygg och säker vård och omsorg i hemmet	Se föregående aktivitet.

Uppdrag/mål:

2.1.2.3 Kroniska sjukdomar

Aktiviteter	Analys
 Förbättra processen för kroniskt sjuka	Ingår i satsningen för Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. Två workshopar genomförda

Uppdrag/mål:

2.1.2.4 Somatisk hälsa vid psykisk sjukdom

Aktiviteter	Analys
-------------	--------

Aktiviteter	Analys
 Utveckla arbetssätt för att upprättade hälsoplaner, hälsofrämjande insatser, samordnade vårdplaneringar	Bra Liv deltar med två chefer i delprojektet Patientkontrakt inom ramen för det övergripande regionarbetet med uppdrag att ta fram handlingsplaner för att erhålla statsbidrag från regeringen samt leva upp till beslut i budget 2018.

Uppdrag/mål:

2.1.2.5 *Hälsa för livet*

Aktiviteter	Analys
Fler patienter ska få förebyggande insatser utanför vårdcentralen	Vårdcentralerna i Värnamo och Sävsjö samarbetar med resp kommun om hälsocoacher som tar hand om patienter som fått fysisk aktivitet på recept. Vårdcentralerna delfinansierar verksamheten men den utförs utanför vårdcentralens lokaler. Det är svårt att identifiera patientgrupper/hälsoproblem som i stor skala kostnadsmässigt går att lyfta bort från vårdcentralen.

Uppdrag/mål:

2.1.2.6 *Arbeta med asyl och flyktingfrågor*

Aktiviteter	Analys
Asyl och flyktingfrågor	Omhändertagande av asylsökande är nu en integrerad del av vårdcentralernas ordinarie uppdrag. Antalet asylsökande har minskat. Den största utmaningen nu är anhöriginvandringen där det finns svårigheter med att få vetskap om nyanlända personer.

Uppdrag/mål:

2.1.2.7 *Utveckling av palliativ vård i samverkan*

Aktiviteter	Analys
Representation i regionens övergripande utvecklingsgrupp	Bra Livs utvecklingschef representerar hela primärvården i det övergripande regionarbetet med uppdrag att ta fram handlingsplaner för att erhålla statsbidrag från regeringen samt leva upp till beslut i budget 2018.

Uppdrag/mål:

2.1.2.8 *Förbättra samverkan över huvudmannagränser för en utveckling av rehabiliteringskedjan för trygg och säker hemgång och uppföljning*

Aktiviteter	Analys
Vårdplanering, samordning av sjukvårds/omvårdnadsbehov	Bra Livs vårdcentraler har tagit ett stort ansvar för samordningen av patientens vårdbehov. Ca 250 samordnade vårdplaneringar per månad genomförs.

Framgångsfaktorer:

2.1.3 Bästa plats att växa upp och åldras på

Perspektiv:

3 Process och produktion

Strategiska mål:

3.1 Verka för en god folkhälsa för alla invånare. Bra folkhälsoarbete

Framgångsfaktorer:

3.1.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.1.1.1 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.	18%	12%	Under januari - april är 1.394 hälsosamtal genomförda vilket motsvarar 12% av populationen. För resterande del av året återstår 4.700 hälsosamtal för att nå målet på 50%.

Aktiviteter	Analys
Utveckla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder	Vårdcentralerna lägger allt mer resurser på livsstilsrelaterade problem. Alla vårdcentraler har diplomerade tobaksavvänjare samt diplomerade kostrådgivare.
Arbetsliv	Som ett komplement till individuell sjukvård erbjuda företag tjänster som stöder personalens goda vanor och förebygger framtida sjukdom.

Strategiska mål:

3.2 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer:

3.2.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Antal hembesök läkare	1 000	933	Hembesöken ökar, hälften av vårdcentralerna når mål fullt ut.
 Antal vårdplaneringar (SIP)	875	836	Antal genomförda vårdplaneringar ökar kraftigt sedan lagen om ansvar för samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus trätt i kraft. Hälften av vårdcentralerna når mål.
 Journalutskrift inom 72 timmar			En tredjedel av vårdcentralerna klarar mål, en tredjedel ligger på gränsen och en tredjedel klarar inte mål. Ett system finns upparbetat inom Bra Liv

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			för att köpa/sälja skrivresurser men de räcker inte riktigt till på totalen. Några vårdcentraler har nyanställt vårdadministratörer för att hinna med.
■ Patientjournal - signering			Enskilda vårdcentralers resultat har en spridning mellan 48 och 95%
■ Patientjournal - inkommande remisser			Mätning ej startad

Aktiviteter	Analys
Bra Liv skriva - för att utveckla och sprida effektiva arbetsformer samt förmedla skrivhjälp.	Flera vårdcentraler levererar skrivhjälp till andra. Vårdcentralerna Kungshälsan och Vråen har ett särskilt uppdrag att förutom skrivhjälp utveckla och sprida effektiva arbetsformer.
Läkarinsatser på BVC	Läkarinsatser på BVC är en högt prioriterad verksamhet även om den inte ingår i vårdvalsuppdraget. Majoriten av Bra Livs vårdcentraler bemannar med läkare på BVC.
Uppmärksamma psykisk ohälsa	Bra Liv har tagit fram konceptet Våga fråga – Ibland kan man behöva hjälp för att må bättre. Våga fråga är ett material som ska hjälpa medarbetarna att ha fokus på vad som är viktigt att ha kunskap om när det gäller generell psykisk ohälsa och suicidrisk i synnerhet. Medarbetarna har också tillgång till Psyk E-bas. En webbaserad utbildning i grundläggande psykiatri för personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa. Ibland kan man behöva hjälp för att må bättre, är rubriken på den information vi aktivt arbetar med ut till invånarna i länet.
Bra Liv senior: Utveckla och införa seniormottagningar på samtliga Bra Livs vårdcentraler	Inom Bra Liv är minsta gemensamma nämnare för att kallas "seniormottagning" att patienterna som ingår ska ha en namngiven fast vårdkontakt samt ett särskilt telefonnummer för att nå vårdcentralen. Variationen är stor både vad gäller namn och vilka patienter som inkluderas samt hur arbetet organiseras på vårdcentralen. 19 vårdcentraler erbjuder Bra Liv senior.

Besöksstatistik

besökstyp	antal besök tertiäl 1, 2017	antal besök tertiäl 1, 2018	förändring	
läkare	101 181	104 794	3 613	4%
usk/ssk/dsk	90 712	98 512	7 800	9%
sjukgymnast	46 817	42 651	-4 166	-9%
arbetsterapeut	6 976	6 716	-260	-4%
kurator/psykolog	10 928	11 585	657	6%
summa besök	256 614	264 258	7 644	3%
snitt listade	262 606	267 904	5 298	2%

Förutom besöksökningen har primärvårdens ansvar för vårdsamordning medfört en betydande ökning av arbetsuppgifter som inte genererar besök. Vårdsamordningsuppdraget sysselsätter ca 27 årsarbetare.

Jämfört med våren 2017 har vi drygt 6.000 fler listade och ca 30 fler anställda. Stor del av listningsökningen beror på att vi övertog Vrigstads vårdcentral den 1 april 2017.

Uppdrag/mål:

3.2.1.1 Kunskapsstyrning

Aktiviteter	Analys
FAKTA-arbete	Regionens FAKTA-dokument är ett levande kunskapsstöd som används dagligen och styr vårdcentralernas arbete.

Uppdrag/mål:

3.2.1.2 Läkemedelsanvändning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Rätt förskrivning av antibiotika		158	Arbetet med att minska antibiotikaförskrivningen fortlöper. Genomsnitt för Bra Liv är 158 recept per 1.000 listade., en liten försämring jmf med föregående år. Hälften av vårdcentralerna klarar målet med max 150 recept per 1.000 listade. Alla vårdcentraler når hel eller halv kvalitetsersättning avseende antibiotikaförskrivning. Kampanjen "Antibiotika bara när det behövs" fortsätter med ny informationsfilm och många nya medarbetare på posters med antibiotikabudskapet.
 Läkemedelsgenomgång			Andel vårdcentraler som når måluppfyllelse avseende läkemedelsgenomgångar har ökat successivt under hela 2017 och ligger runt 80% 2018. I april når 23 vårdcentraler mål, 7 vårdcentraler ligger på nivå gul.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
■ Olämpliga läkemedel till äldre			Se aktivitet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.
■ Polyfarmaci			Se aktivitet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.
■ Receptfria läkemedel			Se aktivitet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.
■ Diabetesläkemedel			Se aktivitet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.
■ Astma/KOL-läkemedel			Se aktivitet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.

Aktiviteter	Analys
Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning	Sju viktiga områden har identifierats. Många läkemedel, läkemedelsgenomgångar, receptfria läkemedel, läkemedelsförskrivning till äldre, uppdaterad läkemedelslista vid besök, diabetesläkemedel och astma/kol läkemedel. Ett uppföljningsmaterial med vårdcentralens resultat inom dessa områden tillsammans med jämförande siffror för övriga vårdcentraler inom Bra Liv skickas ut för reflektion och dialog kvartalsvis till verksamhetschef och medicinsk rådgivare. Ett block med vårdcentralens namn och logga har tagits fram där läkaren kan skriva ner de receptfria läkemedel som patienten föreslås köpa själv. Ser proffsigt ut och hjälper både doktor och patient att hålla isär receptbelagda och receptfria läkemedel.
🔴 Fortsatt arbeta med kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och följsamhet till ordnat införande.	Se Bra Livs läkemedelsaktiviteter
Sju frågor om dina läkemedel, till patient i samband med besök	Ett utskick har gjorts till samtliga hushåll i länet med en folder som handlar om frågor patienten bör fundera över och ställa till doktorn avseende läkemedel.

Uppdrag/mål:

3.2.1.3 Fortsätta arbetet med att gå från specialistsjukvård till primärvård

Aktiviteter	Analys
Övertagande av ansvar från slutenvården avseende vårdplanering vid hemgång efter sjukhusvistelse	Ansvar för samordnad vårdplanering efter sjukhusvistelse är övertagen av primärvården sedan januari 2018. En arbetsprocess är utarbetad och införd. Arbetet löper på väl, men processen behöver fortsätta att utvecklas och anpassas efter patienternas behov.

Uppdrag/mål:

3.2.1.4 Fortsatt utveckling av samarbetet med primärvård och kommun

Aktiviteter	Analys
Lokala mötesplatser	Gott samarbete med länets kommuner är av avgörande betydelse för många patienters vård. Lokala mötesplatser och samverkansformer utarbetas i varje kommun.

Framgångsfaktorer:

3.2.2 God cancervård

Uppdrag/mål:

3.2.2.1 Arbeta utifrån RCC sydöst sex löften till invånarna.

Aktiviteter	Analys
 Utveckling och uppföljning av löften för alla patienter	Bra Liv har i värdegrunden ett patientlöfte. " Efter ett besök hos oss ska patienten lämna oss med känslan av att ha blivit sedd, lyssnad på och professionellt behandlad med en tydlig medvetenhet om vad nästa steg är."

Uppdrag/mål:

3.2.2.2 Standardiserade vårdförlopp cancer

Aktiviteter	Analys
 Fortsatt utveckling och förvaltning av standardiserade vårdförlopp	Vårdcentralerna Bra Liv har tagit ansvar för att hjälpa övriga vårdcentraler i länet med att komma igång med SVF-Hudmelanom. Det gäller inköp av rätt utrustning, arrangera utbildningsdagar samt support i arbetet. Bra Livs utvecklingschef fungerar fortfarande som processledare med uppföljningsansvar. Flera av de standardiserade vårdförloppen har inneburit överflyttning av kostnader för medicinsk diagnostik till primärvården eftersom undersökningar ska beställas direkt av vårdcentralen vid välgrundad misstanke om cancer.

Uppdrag/mål:

3.2.2.3 Förebyggande arbete inom cancersjukvården

Strategiska mål:

3.3 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer:

3.3.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.3.1.1 Säker vård alla gånger

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Vårdhygien - basala hygienregler			God efterlevnad avseende hygienregler
 Vårdhygien - rätt klädd			God efterlevnad avseende vårdhygien

Aktiviteter	Analys
 Säker vård alla gånger	Arbetet hålls levande med hjälp av chefsläkare som har ett inslag varje ledningsmöte.

Strategiska mål:

3.4 Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer:

3.4.1 Rätt beteende - avtal

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Avtalstrohet inköp	90%	95%	God följsamhet. Våra stora externa poster medicinsk material samt bemanning är upphandlade.

Strategiska mål:

3.5 Hållbar utveckling 2017-2020

Framgångsfaktorer:

3.5.1 Vi är klimatsmarta

Uppdrag/mål:

3.5.1.1 Klimatpåverkan från våra egna transporter minskar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Tjänsteresor, antal km egen bil	-10 %	-10,8 %	Vårdcentralerna Bra Liv har 30 vårdcentraler och flera filialer utspridda över hela länet. Det finns

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
(privatbil)			kontinuerligt ett behov av att förflytta sig mellan vårdcentraler eller mellan vårdcentral och stab eller sjukhus. Vår ambition är att bara genomföra nödvändiga resor. Vi samåker när det är möjligt och vi ersätter fysiska möten med elektroniska möten då det är lämpligt. Flera vårdcentraler ligger långt från tillgängliga bilpooler och privatbil kan vara enda alternativet.
 Tjänsteresor, antal km poolbil (korttid)	-10 %	66,3 %	Primärvårdens nya vårdsamordningsuppdrag utförs till stor del i patientens hem varför bilresorna måste öka.

Aktiviteter	Analys
 Vi ska arbeta med hållbart resande.	Se analys ovan

Framgångsfaktorer:

3.5.2 Vi är socialt hållbara

Framgångsfaktorer:

3.5.3 Vi bidrar till en sund livsmiljö

Uppdrag/mål:

3.5.3.1 Vi har en effektiv läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Rätt förskrivning	Miljöarbetet ska vara en naturlig del av de medicinska och verksamhetsanknutna processerna. Läkemedel är Vårdcentralerna Bra Livs mest betydande miljöaspekt. Vi arbetar för att göra rätt från början och därmed bidra till bättre resursutnyttjande och en god långsiktig livsmiljö för kommande generationer.
Bra Liv nära - patienten slipper resa	Bra Liv nära - digitala vårdmöten har en positiv miljöaspekt eftersom patienten inte behöver resa till vårdcentralen.

Perspektiv:

4 Lärande och förnyelse

Strategiska mål:

4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer:

4.1.1 Lärande i vardagen

Aktiviteter	Analys
Mötesarena & chefsarena, utbildningsdagar för all personal och alla chefer som genomförs en gång per år	Mötesarena för all personal genomfördes i april med tema "Tillsammans erbjuder vi invånarna bästa bemötande och medicinsk kvalitet med rätt yrkeskategori." I juni kommer chefsarena att genomföras. För Bra Livs chefsförsörjning och chefsutveckling finns uppdragsbeskrivning och strukturerad kompetensutvecklingsplan på lång och kort sikt. I april 2017 startades Bra Livs första chefstraineeprogram och avslutades i april 2018. Sex medarbetare med ett intresse för framtida ledarskap har blivit utvalda att delta. Programmet löper över ett år med teoretiska utbildningstillfällen och praktiska uppgifter däremellan. En av deltagarna har redan sökt och accepterat erbjudande om chefstjänst i Bra Liv. Bra Livs första linjens chefer har på bred front påbörjat deltagandet i regionens satsning Nätverk för engagerat ledarskap. Utvärdering efter halva tiden visar på god upplevd nytta av insatsen.
Kompetensutveckling i egen regi och eget utbildningsmaterial	Bra Liv fortsätter att arrangera utbildningar inom prioriterade områden, främst med egen personal och ibland med externa utbildare. 2018 har en praktisk sjuksköterskeutbildning genomförts. 14 sjuksköterskor har gått 7 heldagar vid Nässjö utbildningscentrum i syfte att stärka kompetensen för att vara första bedömningsinstans vid akut sjukdom. Varje utbildningstillfälle har haft ett tema med efterföljande kunskapskontroll och utvärdering. Kursansvariga och lärare är Bra Livs egna chefer och medarbetare.
Fokusgrupp kompetensförsörjning, chefer som arbetar tillsammans med yrkesspecifika referensgrupper för att kartlägga kompetensutvecklingsbehov	Fokusgruppen arbetar tillsammans med yrkesspecifika referensgrupper för att kartlägga kompetensutvecklingsbehov samt planera för utbildningsaktiviteter i egen regi. Samtliga kategoriers uppdragsbeskrivningar och kompetensplaner har reviderats och samverkats under året. Motsvarande ny har upprättats och samverkats för chefsuppdraget i Bra Liv och för kategorin läkare är dylik under utarbetande.

Uppdrag/mål:

4.1.1.1 Anpassa verksamheten till nationella riktlinjer

Aktiviteter	Analys
 Utveckla arbetssätt för att följa nationella riktlinjer	Vårdcentralerna Bra Liv deltar med medarbetare i flera FAKTA-grupper. Lokala arbetssätt utarbetas utifrån nationella riktlinjer. Vi har även representanter i regional medicinsk programgrupp (RMPG).

Uppdrag/mål:

4.1.1.2 Använda och utveckla kliniskt kunskapsstöd

Aktiviteter	Analys
 Följer den nationella utveckling och genomför lokala anpassningar vid behov	Läkare, sköterskor och sjukgymnaster deltar i FAKTA-utbildningar och förändrar kontinuerligt arbetssätt då riktlinjer ändras.

Uppdrag/mål:

4.1.1.3 Öka användningen och uppföljningen av nationella kvalitetsregister

Aktiviteter	Analys
Registrering i kvalitetsregister	Vårdcentralerna registrerar sedan många år tillbaka i nationella diabetesregister (NDR). Registreringen är fortfarande manuell. Det finns flera andra kvalitetsregister som är aktuella/intressanta för vårdcentralerna men på grund av manuellt arbete är deltagandet fortfarande begränsat. Det finns ett starkt önskemål om att få igång ett arbete med automatisk dataöverföring till kvalitetsregistret PrimärvårdsKvalitet. Flera andra regioner/landsting använder programvaran Medrave för detta ändamål. RMPG kommer att välja ut några parametrar ur PrimärvårdsKvalitet för att följa gemensamt.

Uppdrag/mål:

4.1.1.4 Fortsätta utvecklingen av systemförståelse, processförbättringar och resultatuppföljning i samverkan

Aktiviteter	Analys
Utveckling av chefer och medarbetare	Vårdcentralerna Bra Livs utvecklingschef lägger stor del av sin arbetstid i det regiongemensamma tillsammansarbetet. Detta arbete sprids på olika sätt i vår organisation till chefer och medarbetare, exempelvis via ledningsmöten, chefsarena och mötesarena. Vår långvariga antibiotikakampanj är ett bra exempel på förbättringsarbete på systemnivå. Andra exempel är gemensamt arbete med psykisk ohälsa och läkemedel.

Perspektiv:

5 Medarbetare

Strategiska mål:

5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare

Framgångsfaktorer:

5.1.1 Attraktiva arbetsplatser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Medarbetarsamtal	90%	93%	Positivt ökande
 Kompetensutvecklingsplan	90%	88%	Medarbetarsamtal med tillhörande kompetensutvecklingsplan är ett väl etablerat arbetssätt. Dialog förs ständigt i frågan mellan HR-funktionen och cheferna. Påminnelse görs regelbundet om att registrera genomförda aktiviteter.
 Personalthälsa - sjukfrånvaro	4,7%	5,1%	Sjukfrånvaron ligger på 5,1 % vilket är en halv procent högre än föregående år.
 Frisknärvaro		64%	Frisknärvaro minskar

Aktiviteter	Analys
Hälsofrämjande arbetsplatser, arbeta med åtgärdsplan framtagna efter genomförd sjukfrånvarooanalys	Bra Livs HR-avdelning har gjort ett större arbete kring sjukskrivningstal på vårdcentralerna.
Tidig rehabilitering, aktivt arbete i samverkan mellan anställd, chef och HR-konsult	
Rehabiliteringsutbildning till samtliga chefer	Genomförd under våren.

Framgångsfaktorer:

5.1.2 Kompetensförsörjning säkras genom långsiktigt strategiskt arbete

Uppdrag/mål:

5.1.2.1 Handlingsplan för att uppnå oberoende av bemanningsföretag till utgången av 2018.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Kostnader för bemanningsföretag ska minska jmf med föregående år	14,6	22,9	Kostnader för bemanningsföretag ökar jmf med föregående år. Orsak är listningsökning i kombination med fortsatt minskat antal specialister i allmänmedicin -4,5 jmf med samma period 2017. ST-läkare har ökat med 9 jmf med 2017.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Befolkningsökningen motsvarar behov av ytterligare 3,5 DL räknat som 1 DL per 1.800 listade. Ett hyrläkarråd är inrättat (HR- + ekonomichef) som gör en avstämning av vårdcentralens behov innan beställning. Under våren har vi använt i genomsnitt 25 hyrläkare per vecka. För hösten räknar vi med något minskad användning av hyrläkare.

Aktiviteter	Analys
Nya arbetssätt samt kompetensförsörjning	Sedan sommaren 2017 har vi tilltagande svårigheter att rekrytera och behålla flera av våra professioner. Mest akut förutom läkare är sjuksköterskor och fysioterapeuter främst till södra länsdelen. Strategier för kompetensförsörjning och möjligheter till kommande oberoende av hyrläkarbemannning. • Rekrytering • Ta väl hand om studenter och AT-läkare för att inspirera dem till att välja primärvården. • Behålla, utveckla personal – hälsofrämjande arbetsplats • Fortsatt arbete med zon-tillägg • Kortsiktiga lösningar är ambulerande personal • Triagering, direktaccess till alla yrkesgrupper (RAK), teamarbete • Använda ny teknik • Högsta kvalitet i alla besök, vårt patientlöfte • Aktivt arbete kring lönestrategier • Marknadsföra Bra Liv som en attraktiv arbetsgivare • Aktivt arbete med att få hyrläkare att ta en fast anställning inom Bra Liv • Uppmuntra ST-läkare inom andra specialiteter att randa sig i primärvården
ST-läkare både på liten och stor vårdcentral	Våra ST-läkare uppmuntras att förlägga sin utbildningstid både på stor och liten vårdcentral.
Utlandsrekrytering	Vi har sedan 2013 arbetat med utlandsrekrytering och har ett väl inarbetat arbetssätt för detta, se Nässjö utbildningscentrum.
Nässjö utbildningscentrum med international office	Vid Nässjö utbildningscentrum utbildas läkare med utländsk utbildning, 6 per termin. I första hand läkare som ska arbeta vid Bra Livs vårdcentraler. I mån av plats utbildar och introducerar vi även läkare som ska arbeta vid sjukhusens kliniker.
Mobila lärarteam	Verksamheten vid Nässjö utbildningscentrum har breddats och erbjuder även handledning av ST-

Aktiviteter	Analys
	läkare via ett mobilt lärarteam.
Sjukhusspecialiteternas ST-läkare på vårdcentral	Bra Liv har lockat ett fåtal blivande sjukhusspecialister att randa sig på vårdcentral. Det handlar om blivande geriatriker och psykiatriker. De som varit på vårdcentral upplever tiden som mycket värdefull både kompetensmässigt och för framtida samarbete. Vi verkar fortfarande för att det ska bli obligatoriskt för många specialiteter.

Uppdrag/mål:

5.1.2.2 *Gott och nära samarbete med lärosäten. Verksamhetsförlagd utbildning*

Aktiviteter	Analys
Sommarpraktik för läkarstudenter	I syfte att attrahera framtida medarbetare erbjuder vi några sommarpraktikplatser för läkarstudenter.
Attraktiva praktikplatser för alla yrkeskategorier	Vårdcentralerna Bra Liv tar emot studenter från samtliga professioner.
Utbildningsvårdcentral	Byggnation av ny vårdcentral i Råslätt kommer att påbörjas under våren. I Råslatts vårdcentral planeras en yta för att inrymma sk. KUM (klinisk utbildningsmottagning). Ytterligare ett par vårdcentraler planerar för att bedriva KUM verksamhet. Förutom Råslatts vårdcentral har Hälsan 1 och 2 samt Rosenhälsan ansökt om att bedriva KUM
Strimma, läkarstudenter i smågrupper på vårdcentral	Ett par Bra Liv vårdcentraler tar emot Strimma-grupper, dvs läkarstudenter under termin 1-4 som i grupp övar samtalsmetodik under handledning på en vårdcentral.

Uppdrag/mål:

5.1.2.3 *Kapacitets- och produktionssyrning (KPS, Rätt använd kompetens (RAK))*

Aktiviteter	Analys
Rätt vård med rätt kompetens	Vi strävar efter att organisera verksamheten så att arbetsuppgifter alltid fördelas till den personal som har bäst kompetens för uppgiften. De flesta Bra Liv vårdcentralerna har någon variant av mottagning med direkt access till annan personalkategori än läkare. SIM-mottagning (sjuksköterskebaserad infektionsmottagning), SOM-mottagning (sjukgymnast ortopedisk mottagning), SOL-mottagning (sjuksköterska och läkare i samverkan), akutteam, direktbokning till psykosociala team m.fl. Bra Liv har tagit fram en utbildning för sjukgymnaster och sjuksköterskor i att skriva röntgenremisser och remisser till ortoped. På flertalet av våra vårdcentraler finns det nu sjukgymnaster eller sjuksköterskor som självständigt på delegation skriver röntgenremisser och

Aktiviteter	Analys
	ortopedremitter.

Framgångsfaktorer:

5.1.3 Hälsa och arbetsmiljö

Uppdrag/mål:

5.1.3.1 Arbete med resultat och handlingsplaner från medarbetar- och säkerhetskulturerundersökningen 2016.

Aktiviteter	Analys
Fokusgrupper, professionella nätverk	Bra Liv arbetar med fokusgrupper, inom olika områden för att förbättra och utveckla verksamheten. Fokusgrupperna bemannas främst med verksamhetschefer. Många av våra medarbetare är engagerade inom professionella yrkesnätverk.

Framgångsfaktorer:

5.1.4 Delaktiga och engagerade medarbetare

Aktiviteter	Analys
Avancerad sjuksköterskeutbildning	I Nässjö utbildningscentrums lokaler har Bra Liv under våren genomfört en praktisk vidareutbildning av sjuksköterskor. En grupp om 10 sjuksköterskor har haft sju heldagars utbildning i syfte att utveckla den egna kompetensen inom akutsjukvård.

Framgångsfaktorer:

5.1.5 Chef och ledarskap

Aktiviteter	Analys
Chefsintroduktion, chefsutbildning	
Chefstraineeprogram för att tillvarata personer med potential/intresse för framtida chefstjänster	Bra Livs första chefstraineeprogram avslutades i april efter att ha löpt under ett år. En av deltagarna har redan tackat ja till en chefstjänst inom Bra Liv. Vi planerar att starta en ny omgång under hösten eller nästa vår.

Framgångsfaktorer:

5.1.6 Lönebildning och anställningsvillkor

Uppdrag/mål:

5.1.6.1 Heltid som norm

Aktiviteter	Analys
 Arbeta med att kunna erbjuda heltid vid anställning	Vi har en hög tjänstgöringsgrad. På grund av det ansträngda ekonomiska läget uppmuntrar

Aktiviteter	Analys
	bemanningsrådet just nu till anställningar på lägre sysselsättningsgrad.

Perspektiv:

6 Ekonomi

Strategiska mål:

6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer:

6.1.1 Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-26 099tkr	De ekonomiska förutsättningarna är så strama att vårdcentraler med balans 2017, inte klarar ekonomi i balans 2018 utan att göra neddragningar i verksamheten. Dvs de flesta av våra vårdcentraler er med samma personal som 2017, välutvecklade mottagningar med rätt använd kompetens och med full ersättning (alla kvalitetsersättningar uppnådda och inga avdrag) är i ekonomisk obalans. Tillsammans med nytt vårdsmordningsuppdrag som sysselsätter 27 årsarbetare är detta en stor utmaning. För närvarande har vårdcentralerna en kraftig obalans som inte består av engångskostnader. Avvikelse mot budget • Intäkter - 8,5 mnkr. Beror på ACG under 1,0, ej uppfyllda kvalitetskrav och ökade kostnader för akutbesök. • Personal inkl hyrläkare - 9 mnkr. Anställda distriktsläkare har minskat samtidigt som listade invånare har ökat med drygt 6.000, vilket leder till ett utökat behov av hyrläkare. 3.700 av de nya invånarna kom från Vrigstad vårdcentral som var kraftigt underbemannad på läkarsidan vid övertagandet. Det nya uppdraget med vårdsmordnare är så omfattande att det är svårt att lösa med befintlig personal. I främst södra området är det stora problem med att bemanna med fysioterapeuter och till viss del även sjuksköterskor. Vi har på kort sikt löst fysioterapibemanningen genom ambulerande fysioterapeuter från andra Bra Liv vårdcentraler. Från sommaren är zon-tillägg införda till vårdcentraler med långvariga vakanser. • Medicinsk diagnostik -1 mnkr. Kostnadsutvecklingen vad gäller medicinsk diagnostik har bromsats upp även om vi inte helt håller budget. • Läkemedel - 2,7 mnkr.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			- Övrigt - 5 mnkr. När det gäller övrigt är det många små poster som tillsammans blir summor. Administrativa kostnader ökar när antal anställda ökar. - Vårdsamordningsuppdraget kräver fler bilar. Då nya bilar hyrs in finns enbart dyrare "miljöbilar" att välja på. Cosmic R8 1 kräver widescreen skärmar, vilket ger stora nyinköp mer eller mindre samtidigt. Bra Liv arbetar efter handlingsplan för ekonomi i balans upprättad 2017. - Öka listade invånare - ACG – diagnoser - Full ersättning avseende kvalitetsersättningar - Inga kvalitetsavdrag - Öka antal besök med befintlig personal - Rekrytering av läkare - Rätt använd kompetens - Bra Liv nära / digitalisering - Minska lab- och radiologianvändning - Kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning Under 2018 har vi tillfört - Bemanningsråd och hyrläkarråd - Utökade affärsplaneuppföljningar med utvalda vårdcentraler - Ekonomigenomgångar tillsammans med regionledningen
 Prognos	0	-58 000	Bra Liv prognosticerar ett årsresultatet på -58 mnkr. Vi förväntar oss ett minskat hyrläkaranvändande under hösten och därmed även en förbättring avseende kostnaderna för användande av medicinsk diagnostik och läkemedel. Vi ser fortsatt över alla möjligheter till att anpassa bemanningen efter rådande intäkter. Våra vårdcentraler kommer att samverka än mer avseende personal.
 ACG-vikt		0,99	Skillnaden mellan Bra Livs nuvarande ACG-vikt och länsmedel (1,0) motsvarar 4,5 mnkr på helår. Vi följer antal registrerade diagnoser samt påminner om att registrera alla relevanta diagnoser.

Aktiviteter	Analys
Diagnoskodning	Vårdcentralerna Bra Liv Vårdcentralerna Bra Livs sammantagna ACG-vikt

Aktiviteter	Analys
	ligger på knappt 0,99. Om ACG-vikten är korrekt innebär det att de invånare som har valt en Bra Liv vårdcentral är något friskare än länsgenomsnittet. Vår bedömning är att det inte stämmer med verkligheten utan att de 75% av länets invånare som valt Bra Liv borde ha en ACG-vikt på 1,0 (länsgenomsnitt). Vi fortsätter hålla fokus på att alltid sätta korrekta och relevanta diagnoser oavsett typ av kontakt. Vårdcentralens arbetssätt påverkar ACG-vikten. Många besök och stor andel av de listade på besök påverkar positivt. Sannolikt måste vi träffa en större andel av våra listade invånare för att komma upp i högre ACG-vikt.
Öka intäkter	Bevaka att rätt patientavgifter tas ut, att fakturering sker, att kvalitetsetersättningar uppnås mm.
Samverka/samutnyttja resurser	När det är möjligt samverkar vi över vårdcentralgränserna. I flera kommuner finns en stor och en mindre vårdcentral, som delar många resurser tex rehabenhet och psykosocialt team. Andra resurser som ofta delas mellan vårdcentraler är fotvård och arbetsterapeut. Vi har ett utvecklat koncept Bra Liv skriva där några vårdcentraler hjälper till med journalutskriften. Vid Nässjö utbildningscentrum genomför vi gemensamma utbildningssatsningar. Vi planerar att utöka utbudet i vår digitala enhet Bra Liv nära, bl a med tobaksrådgivning och kvalificerad kostrådgivning. I stället för att utbilda och ha dessa kompetenser på 30 olika vårdcentraler kan ett par personer serva alla Bra Livs patienter.
Jämförelser	Tre gånger per år tas jämförelsetal per viktad invånare fram avseende vårdcentralernas viktigaste kostnadsposter. Personal nedbrutet på kategori, läkemedel, laboratoriekostnader och röntgenkostnader. Jämförelsetalen används som underlag för analys och förbättringar. Vid behov bryts jämförelsetalen ned på individnivå.

Uppdrag/mål:

6.1.1.1 *Samtliga vårdcentraler ska ha ekonomi i balans*

Tertialrapport

Tertial 1 2018

Folktandvården

Dnr 2018/231
Agnetha Bartoll, Tandvårdsdirektör
Folktandvården
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
2 Medborgare och kund	6
2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder	6
2.2 Bra munhälsa, God tandvård	6
3 Process och produktion	11
3.1 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	11
3.2 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård	11
3.3 Kostnadseffektiv upphandling	12
3.4 Hållbar utveckling 2017-2020	12
4 Lärande och förnyelse	15
4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap	15
5 Medarbetare	17
5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare	17
6 Ekonomi	21
6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt	21

Bilagor

Bilaga 1: Ekonomiblanketter_2018-04-30

Bilaga 2: Verksamhetsstatistikblanketter_2018-04-30

1 Inledning

Folktandvården bedriver tandvård inom verksamhetsområdena barntandvård, vuxentandvård, vård för patienter med särskilda behov samt specialisttandvård.

Folktandvårdens ekonomi visar efter första tertiet ett mindre underskott.

Verksamhetsområdets prognos för helåret är ett nollresultat. Vi har tandläkarvakanser runt om i länet och fortsatt rekrytering pågår. För första gången kan inte tätorten Jönköping rekrytera tandläkare till klinikerna i norra länsdelen. Detta fenomen har vi sett i öster och i söder under senare år, men nu delar vi jämlikt på rekryteringsproblemen. Orsaken till detta är att storstäderna i landet rekryterar nya tandläkare i en utsträckning som vi inte har sett på decennier. Således delar vi vårt prekära läge med många folktandvårdsorganisationer runt om i landet. Detta hjälper föga, men ger en fingervisning om hur allvarlig bristen på tandläkare och övrig tandvårdspersonal är just nu.

Med några få undantag kan allmäntandvårdsklinikerna idag inte ta emot nya patienter för undersökning. En ökande eftersläpning på revisionslistorna med upp till tre år kan ses på några kliniker. Region Jönköpings län har haft en stor tillströmning av asylsökande, vilka oftast kräver mycket tandvård. Tillströmningen har avtagit men många av dessa patienter finns kvar i området. Folktandvården genomför en generationsväxling inom samtliga yrkeskategorier, där vi ser att tiden från nyanställd till erfaren kollega tar lång tid, speciellt inom tandläkarkollektivet. Detta i kombination med vakanser skapar köer och förseningar. Ett ökat antal av våra patienter väljer att teckna frisktandvårdsabonnemang.

Vi ökar insatserna i socioekonomiskt svaga områden och prioriterar resurserna till där de behövs mest. Framför allt gäller detta inom barn- och ungdomstandvården.

Folktandvården, Region Jönköpings län har numera ansvar för den uppsökande verksamheten. Målet är att betydligt fler ska upprätthålla en god munhygien samt att de patienter som har rätt till nödvändig tandvård också ska erhålla tandvård i ökad omfattning. Förutom den rent uppsökande verksamheten i form av munhalsbedömningar och munvårdsutbildningar tillkommer ett utökat uppdrag. Sedan hösten 2016 sker fluorsköljning på äldreboenden. Detta är infört på samtliga boenden i länet.

Specialisttandvården är samlad i tre områden, barn- och ungdom, vuxen-rehabiliterande samt diagnos- och sjukhuslokaliserad tandvård. Antalet inkommande remisser ökar från en redan hög nivå. Orsakerna är flera men generationsväxlingen inom tandläkarkåren samt vakanser på många kliniker inom allmäntandvården är de grundläggande orsakerna. Utbildningen inom ST-verksamheten är effektiv och håller en hög kvalitet som ställer krav på handledning, disputerad personal och lokaler. Den ekonomiska situationen inom specialisttandvården är god.

Sjukfrånvaron i Folktandvården har ökat. Vi arbetar oförtrutet vidare med att kartlägga orsakerna till denna ökning som sker parallellt med den ökande sjukskrivningen i befolkningen i övrigt.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	3	21%	8	40%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	5	36%	5	25%

	2018-04-30	Andel	2017-04-30	Andel
Antal mätetal som inte är uppfyllda	6	43%	7	35%
Antal mätetal som mäts i delåret	14	100%	20	100%

Perspektiv:

2 Medborgare och kund

Strategiska mål:

2.1 Jämlik hälsa och nöjda patienter/kunder

Framgångsfaktorer:

2.1.1 Personcentrerad vård med hög tillgänglighet

Uppdrag/mål:

2.1.1.1 Utveckla och sprida goda exempel utifrån personcentrerad vård

Uppdrag/mål:

2.1.1.2 Utveckla arbetssätt som stödjer e-Hälsa

Framgångsfaktorer:

2.1.2 Bästa plats att växa upp och åldras på

Strategiska mål:

2.2 Bra munhälsa, God tandvård

Framgångsfaktorer:

2.2.1 Integrera och utveckla det förebyggande arbetet för att nå hälsoeffekter hos befolkningen

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Andel karies fria 19-åringar	45%		Andelen kariesfria 19-åringar har gått ned några procentenheter jämfört med 2016 och ligger nu under målvärdet, men fortfarande på en bra nivå. Detta beror troligen på att vi nu tar fram siffrorna på annat sätt, så att fler barn med sämre munhälsa kommer med, men även på normala variationer över tid.
 Andel av revisionspatienterna som har frisktandvårdsavtal.	22%		25 282 patienter har valt Frisktandvård.

Aktiviteter	Analys
VO Differentiering av barntandvårdsersättning	Nuvarande differentiering behålls,
Fortsatt samarbete med BVC.	Rutiner fungerar och kan betraktas som färdigutvecklade.
Ökad satsning på den kollektiva verksamheten	Ett nytt team är rekryterat och utökat och har påbörjat arbetet. Kontakt tas med klinikerna för att i

Aktiviteter	Analys
	första hand inventera behov.
Utveckla och iaktta följsamhet till befintliga vårdprogram	Kontroller görs för att undersöka följsamhet till kallelseprogram kopplat till R2. Analys visar att arbete återstår. R2 visar patienternas tandstatus i tre olika kategorier.
Differentiera barntandvårdsersättning	Differentiering av barntandvårdsersättningen utförs och i dagsläget planeras inga förändringar.
 Ansvara för att informera om tobakens och kostens inverkan på den allmänna hälsan och munhälsan	Denna information utgör i dagsläget en del av vårt sedvanliga omhändertagande av våra patienter. Detta sker såväl på klinik som i den externa verksamheten.
Utveckla Frisktandvården	Den ekonomiska uppföljningen har förbättrats liksom verksamhetsanalysen kring dessa patienter. För de befintliga frisktandvårdsavtalen ska det under året säkerställas att rätt revisionsintervall hålls och att rätt yrkeskategori utför vården.
Frisktandvårdsavtal	I dagsläget är bedömningen att detta arbete inte är aktuellt. Avvaktar till barn- och ungdomstandvården är förlängd enligt riksdagsbeslut.
 Utföra screening av vårdbehovet på flyktingboenden som ger möjlighet att prioritera de mest behövande	I takt med att asylinströmningen till Sverige avtagit har klinikernas möjlighet att på allmäntandvårdsklinik utföra undersökningar förbättrats och behovet i dagsläget motiverar inte att screeningar genomförs.

2018-04-30 hade 25 280 patienter valt Frisktandvård, det innebär 21,7% av våra vuxna revisionspatienter.

2018-01-15 skedde en justering av priset för Frisktandvård med en ökning på cirka 2%

2018-04-15 fördubblades det allmänna tandvårdsbidraget från Försäkringskassan för samtliga patienter. Detta har gjort att priset för Frisktandvård har minskat med 25 kronor per månad för samtliga patienter.

Framgångsfaktorer:

2.2.2 God tillgänglighet och bra bemötande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Andel nya patienter som fått tid till undersökning och behandling inom 180 dagar.	90%		Utveckling av ny och bättre mätmetod pågår. Enbart ett fåtal Allmäntandvårdskliniker kan ta emot nya patienter. Klinikerna i Gränna, Tenhult och Mullsjö har just nu möjlighet att ta emot nya patienter. Övriga kliniker har det inte.
  Andel revisionspatienter som fått tid till undersökning och behandling inom 180 dagar från	90%		Utveckling av ny och bättre mätmetod pågår. Andel försenade revisionspatienter med kallelse som är mindre än 180 dagar försenad. Vi har inte möjlighet att mäta detta i våra system.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
måldatum			Nytt mått kommer 2019.
 Specialisttandvården: Andel akuta remisspatienter som väntat mindre än 7 dagar	90%	100%	Specialisttandvården prioriterar och behandlar alla akuta patienter direkt. Således ingen kö.
 Specialisttandvården: Antal remisspatienter som väntat mer än 60 dagar	0	379	Trots att specialisttandvården är fullbemannad, så har vi viss kö inom olika avdelningar. En orsak är en ökande andel inkommande remisser från allmäntandvården. Detta indikerar en ökad efterfrågan på specialisttandvård. Som skäl ser vi ett ökande antal tandläkarvakanser i hela länet. Allmäntandvården har fler tandläkare som är nyrekryterade och ej har erfarenhet av komplicerad tandvård. Dessutom ser vi inom barntandvården ett ökat antal remisser till narkostandvård på grund av stor mängd karies. En del av dessa remisser härrör från nyanländas barn och ungdomar. De avdelningar som har kö inom specialisttandvården är avdelningen för klinisk bettfysiologi och avdelningen för oral protetik.
 Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	90%		Den uppsökande verksamheten har under 2017 fortlöpt väl. Munvårdsbedömningar har utförts på 95% av de som har tackat ja till en sådan. I det utökade uppdraget pågår ett intensivt arbete och i februari väntar vi på resultat från BE när det gäller de projektmål som är uppsatta.
 Andel berättigade med intyg om nödvändig tandvård som fått tandvård utförd			Utfallet blev cirka 51% för 2017. Preliminära siffror från BE är att vi har utfört vård på 2852 individer som har intyget "Nödvändig tandvård".
 Andel nöjda patienter	100%		Mätning av andelen nöjda patienter har pågått i slutet av året och fortsätter i början av 2018. Resultatet visar att Folktandvårdens kunder fortsatt är mycket nöjda med verksamheten, trots de långa kötiderna.

Tillgängligheten utgör fortfarande ett av våra största problem. Pensionsavgångarna på framför allt tandläkarsidan är höga samtidigt som nya tandläkare behöver omfattande handledning av erfarna kollegor.

Tillströmningen av patienter som önskar vård hos Folktandvården är stor och de flesta klinikerna tvingas sätta nya patienter på kö. Endast ett fåtal kliniker tar emot nya patienter och vid de tillfällen patienten erbjuds att få vård på en av dessa kliniker är det sällan patienten accepterar erbjudandet.

51% av de patienter som är berättigade till nödvändig tandvård har fått tandvård utförd under 2017.

Ett förbättringsarbete pågår på käkkirurgiska kliniken som visar på hur man med ett strukturerat arbetssätt, vänder köer till tillgänglighet.

Ett likartat arbete är initierat på avdelningen för klinisk bettfysiologi under våren och

tillgängligheten förväntas bli avsevärt bättre under året.

På avdelningen för oral protetik har ett antal nya protetiker anställts under våren. Detta kommer att resultera i en bättre tillgänglighet.

Utbyggnaden av sjukhustandvården i Värnamo har delvis avstannat på grund av att Folktandvården inte kan få tillgängliga lokaler för denna verksamhet. Verksamheten är flexibel och kan tänka sig olika lösningar men det är komplicerade lokalproblem. På liknande sätt är det i Eksjö.

Aktiviteter	Analys
 Fortsätta arbetet med att förbättra tillgängligheten	Rekryteringen av samtliga yrkeskategorier fortgår. Vi lyckas idag bättre med rekrytering än att behålla personal. Vi ser att rekryteringssvårigheterna nu även gäller tandsköterskor generellt och tandhygienister lokalt, framför allt utanför Jönköping. Friska patienter ska kallas mindre ofta. Arbetsuppgifterna ska fördelas till rätt yrkeskategori.
Omr. Bevakning och kartläggning av kösituationen	Åtgärder för att behålla redan anställda är nödvändiga. Arbeta med en attraktiv kompetensutvecklingsrutin för tandläkare pågår. Tillsättning av så kallade "kombinationstjänster" fortgår. I dagsläget har vi 5 stycken. Detta ger mycket svårrekryterade kliniker möjlighet till en erfaren tandläkare på plats halvtid, andra halvan fullgörs på specialistklinik. Rekryteringsåtgärder pågår ständigt. Riktade insatser med besök på tandläkarhögskolorna sker regelbundet. Coachning av tandläkare med utländsk legitimation planeras för att underlätta vägen till en svensk legitimation. Antalet extratjänster utökas. Fortsatt arbete med RAK samt prioritera patienter med stora behov. Arbetet med att till Jönköping få en tandläkarutbildning samt en tandsköterskeutbildning fortsätter. Resursfördelning mellan kliniker sker ständigt för att utjämna olikheter i tillgänglighet. Diskussion om eventuellt lönepåslag till svårrekryterade orter även för tandhygienister pågår.
Inhämtning av våra patienters åsikter	Under året är det inte aktuellt med någon centralt planerad patientenkät.
Öppettider	I dagsläget har de stora klinikerna öppet 7-18. Vi avvaktar med ytterligare utökning mycket på grund av det stora inslaget av yngre oerfarna tandläkare.
Minska eftersläpning för revisionspatienter	Ett omfattande arbete pågår för att minska köer. Främst genom förändrade arbetsätt där rätt person ska göra rätt sak. Frågan är högt prioriterad.
 Erbjuder patientgruppen kostnadsfria	Allt fler inom gruppen "Nödvändig tandvård" erbjuds

Aktiviteter	Analys
munhälsobedömningar	bedömning. Täckningsgrad över 90%.
✚ I det uppsökande arbetet förbättra och utveckla samarbetet med sjukvård och socialtjänsten samt stimulera flera äldre till behandling	Arbetet enligt projektdirektivet fortlöper enligt plan. Ytterligare resurser har avsatts för att förstärka samarbetet med enhetschefer inom Socialtjänsten.
Centralt team	Det centrala teamets arbete fortgår som en del av den uppsökande verksamheten. Inga speciella svårigheter kan i dagsläget identifieras.
✚ Erbjuder nödvändig tandvård	Alla med rätt till nödvändig tandvård med tandvårdsbehov har under 2017 erbjudits behandling med förtur inom Folktandvården.
Inhämtning av våra patienters åsikter	
✚ Erbjuder patienterna ett bra bemötande som bl a innebär information om behandlingsalternativ, kostnad, tidsåtgång mm.	Vikten av ett bra bemötande med allt det innebär betonas under introduktion av nya anställda. Under året planeras ingen patientenkät där detta blir möjligt att följa upp.

Perspektiv:

3 Process och produktion

Strategiska mål:

3.1 Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Framgångsfaktorer:

3.1.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.1.1.1 Kunskapsstyrning

Strategiska mål:

3.2 Säker hälso- och sjukvård, och tandvård

Framgångsfaktorer:

3.2.1 Effektiva och ändamålsenliga processer

Uppdrag/mål:

3.2.1.1 Löpande säkerhetsarbete och förbättrade processer

Aktiviteter	Analys
Handledning av nya tandläkare.	Under det första året som tandläkare inom Folk tandvården ska det finnas tillgång till handledning av en erfaren kollega antingen på den egna kliniken eller i samverkan med andra kliniker.
Hygienrutiner	Denna uppföljningen utgör idag en naturlig del av vår verksamhet.
Synergiärenden	Idag en väl fungerande verksamhet i uppföljningsarbetet.
Gemensam patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen	Patientsäkerhetsberättelsen skrivs varje år.
Riskbedömning i R2	R2 systemet har utvecklats och fungerar och används nu för alla patientgrupper.
Utöka och utveckla specialistkonsultationer	Idag är dessa konsultationer en naturlig del av verksamheten. På intranätet finns möjlighet för klinikerna att ta upp patientfall.
Förbättra Folk tandvårdens journalsystem	T4 ny version utvecklas successivt. Introduceras successivt modul för modul under 2018.
Utfasningsprodukter	Pågår med stor hjälp och handledning av centrala miljöenheten.
Utbyte av kemiska produkter	Pågår med stor hjälp och handledning av centrala miljöenheten.
Förbättrad produktions- och	Pågående kvalitetsarbete på klinikerna. Personalbrist

Aktiviteter	Analys
kapacitetsutnyttjandegrad	på både tandsköterske- och tandläkarsidan försvårar arbetet. Även för tandhygienister finns en bristsituation lokalt framför allt utanför Jönköping.
Utveckla arbetsmetoder	Upphandling av digital avtryckstagning fortskrider med en begränsad upphandling för utvärdering. Upphandlingsförfrågan är utförd.
Planering så att rätt kompetens gör olika typer av behandling	Utifrån analys av verksamhetsdata följs klinikernas arbete och planering upp. Rekryteringssvårigheter kan emellanåt lokalt försvåra att rätt kompetens används. Vår uppföljning indikerar att här finns ytterligare förbättringsarbete kvar.
Hygienrutiner kontrolleras fortsatt	Hygienkontroller är en del av våra rutinmässiga utförda kontroller.
Synergiärenden följs upp	En gång om året sker en redovisning i OPG (Odontologiskt Programgrupp) där även en analysdiskussion förs. Synergi från 2017 togs upp 2018-03-20. Beslut kring behov av eventuell ytterligare analys av underlagen tas.

Strategiska mål:

3.3 Kostnadseffektiv upphandling

Framgångsfaktorer:

3.3.1 Rätt beteende - avtal

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Avtalstrohet inköp	90%	89%	Avtalstroheten är i nivå med tidigare perioder. En analys ska göras under året med målsättning att ytterligare höja den där det går.

Aktiviteter	Analys
Följsamhet mot inköpsavtal följs upp i Folktandvårdens interna kontrollplan	Följsamhet och möjliga förbättringar är en kontrollpunkt inom förvaltningens egna interna kontroll.

Strategiska mål:

3.4 Hållbar utveckling 2017-2020

Framgångsfaktorer:

3.4.1 Vi är klimatsmarta

Uppdrag/mål:

3.4.1.1 Klimatpåverkan från våra egna transporter minskar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
---------	----------	----------	--------

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
  Tjänsteresor, antal km egen bil (privatbil)	-10 %	-10,9 %	En substantiell minskning har skett jämfört med samma tertial förra året, upp till målnivån.
  Tjänsteresor, antal km poolbil (korttid)	-10 %	-9,9 %	Den stora användningen beror helt på Folktandvårdens uppdrag kring uppsökande verksamhet i äldreboenden och privata hem. Förutom på kliniknivå så finns ett centralt team på tre personer som på hel- eller deltid besöker olika boenden och hem i länet. Detta genererar stor användning av poolbilar. Utnyttjandet har minskat med 9,9% nästan vid målnivån. Förändringen beror till del av att långtidshyra av en bil har varit ekonomiskt fördelaktig och har i sin tur minskat utnyttjandet av korttidshyror.
 Inköp av plastkassar skall minska			

Aktiviteter	Analys
Utbilda och förespråka digitala kommunikationsmöjligheter	Personal utbildas löpande i Lync. En utrustning för videosamtal har installerats och använd mer och mer.
Börja ta betalt för kassar och informera om miljöbelastning på våra kliniker	Är sjösatt fr o m årsskiftet.
 Vi ska arbeta med hållbart resande.	Vi försöker att arbeta med Lyncmöten i den mån som är möjligt. Vi försöker även att använda den videokonferensstudio som har byggts upp på Rosenlund och som kan användas för utbildning och konsultationer. Videomötena sparar både tid och resor.
Kliniker med behov ska utrustas med tjänstecyklar	Utredning är på gång om vilka som önskar tjänstecyklar
Minska kemiska produkter	Utbyte mot mer miljövänliga produkter pågår fortlöpande.
En rensning av leksaker i väntrum ska genomföras på samtliga Folktandvårdens kliniker enligt den guide som Region Jönköpings län tagit fram	Pågår enligt Regionens planering.

Framgångsfaktorer:

3.4.2 Vi använder våra resurser klokt

Uppdrag/mål:

3.4.2.1 Vår material- och livsmedelsförsörjning bidrar till ett hållbart samhälle.

Aktiviteter	Analys
Utveckla rutiner vid inköp och lagring av förbrukningsmaterial	Miljösamordnare tar på kliniknivå upp materialhantering på klinikerna.

Framgångsfaktorer:

3.4.3 Vi är socialt hållbara

Framgångsfaktorer:

3.4.4 Vi bidrar till en sund livsmiljö

Uppdrag/mål:

3.4.4.1 Vi har en effektiv läkemedelsanvändning.

Perspektiv:

4 Lärande och förnyelse

Strategiska mål:

4.1 Professionell kunskap och förbättringskunskap

Framgångsfaktorer:

4.1.1 Lärande i vardagen

Uppdrag/mål:

4.1.1.1 Fortsätta utvecklingen av systemförståelse, processförbättringar och resultatuppföljning i samverkan

Aktiviteter	Analys
Ökad satsning på egen utbildningsverksamhet	Ett stort arbete pågår tillsammans med JU för att få en tandläkarutbildning till Jönköping. JU driver även ett arbete med att få en tandsköterskeutbildning till Jönköping. Vi skulle se det som väldigt positivt för vår framtida kompetensförsörjning att kunna ha alla tre utbildningar i Jönköping.

Framgångsfaktorer:

4.1.2 Att utnyttja egen kunskap och ny teknik

Aktiviteter	Analys
Ständig kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier. Folk tandvårdens interna kursprogram fångar upp kunskapsbehov och är tillgängligt för många	Nyframtagna riktlinjer kring kompetensutveckling har introducerats.
Utveckla koncept med videokonferenser	Projektet är klart då speciell videokonferenslokal med utrustning finns på plats på våning 11 Rosenlund. Utbildning och utrullning pågår. Klinikerna har nu möjlighet att boka konferens via intranätet.
Utvärdering och förbättring av introduktionsprogram för nya tandläkare	Introduktionsprogram har framtagits och introducerats för samtliga yrkesgrupper. Utvärderas kontinuerligt.
Ta fram Informationshanteringsplan	En första version är framtagen och klar.
Utvärdering och förbättring av introduktionsprogram för alla yrkesgrupper	Arbeet pågår med mer specificerade introduktionsplaner beroend på yrkeskategori.
Kompetensutveckling	Genom egna interna kursprogram kontinuerligt fånga upp kunskapsbehov och arrangera kurser som är tillgängliga för många. Årliga breddutbildningar för samtlig klinisk personal. Genomförande av en kompetensutvecklingspott för

Aktiviteter	Analys
	tandläkare.
Införa digitala avtryck på utvalda kliniker	En begränsad upphandling planeras i utvärderingssyfte. Option på fortsatta köp ska inkluderas.

Aktiviteter inom IT som pågått under första tertialet 2018:

- Arbete med införande och implementering av in- och utcheckningsterminaler för patienter som besöker klinikerna samt utbyte av samtliga betalkortsterminaler i klinikernas receptioner.
- Införande av ärendehanteringssystem Easit.
- Förberedelse för T4 version 3.

Perspektiv:

5 Medarbetare

Strategiska mål:

5.1 Delaktiga, kompetenta och friska medarbetare

Framgångsfaktorer:

5.1.1 Attraktiva arbetsplatser

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Medarbetarsamtal	90%	89%	Vi når upp till målet. Vi har chefer som har genomfört medarbetarsamtal men som har missat att registrera det i Heroma. Vi har på senaste tiden lagt extra fokus på det, vilket har gett resultat.
 Kompetensutvecklingsplan	90%	82%	Vi når inte upp till målet vad gäller kompetensutvecklingsplan. Målet är att alla våra medarbetare ska ha en egen kompetensutvecklingsplan som ska tas fram varje år. En påminnelse ska göras till cheferna och även vikten av att registrera det i Heroma.
 Personalhälsa - sjukfrånvaro	6,1%	6,5%	Nivån på sjukfrånvaron är inte tillfredsställande. Vi arbetar aktivt med de rutiner vi har kring sjukfrånvaro i enlighet med Regionens rehabiliteringspolicy. Vi ser till att utbilda våra nya chefer i början av deras anställning så att de får kunskapen så fort som möjligt. I övrigt fortsätter vi att arbeta med de förebyggande aktiviteter vi har och hoppas att en långsiktighet i detta arbete kommer att ge resultat. Vi ser att en stor andel av våra sjukskrivningsärenden handlar om psykisk ohälsa vilket oftast ger längre sjukskrivningsperioder och en svårare väg att komma tillbaka.

Aktiviteter	Analys
Tydlig kompetensutvecklingsplan	Utgångsläget är att samtliga medarbetare i Folk tandvården ska ha en kompetensutvecklingsplan som löper under året. Vi pratar mycket om begreppet kompetensutveckling och att det kan vara mer än att gå kurser. Kompetensutveckling innebär även ett lärande i vardagen på arbetsplatsen
Assistenttandläkare med tjänstgöring både i specialist- och allmäntandvård	Tillsättning klar
Uppföljning av sjukfrånvaro	Vi uppmuntrar våra medarbetare att använda friskvårdsbidraget då vi vet att fysisk aktivitet är positivt både när det gäller arbete och fritid. Vi ser till att samtliga sjukskrivna medarbetare har en handlingsplan under sin sjukskrivning där det

Aktiviteter	Analys
	primära målet är att komma åter i arbete.
Minska sjukfrånvaron	Sjukfrånvaron ökar i Folk tandvården. Statistiken visar att Folk tandvårdens sjukfrånvaro ligger högre än Regionens totala sjukfrånvaro. Sjukfrånvaro kostar mycket pengar och vi behöver våra medarbetare på arbetsplatsen. Ett antal insatser har gjorts under 2018. Vi behöver dock dyka mer i statistiken och ta fram en plan för det fortsatta arbetet.

Framgångsfaktorer:

5.1.2 Kompetensförsörjning säkras genom långsiktigt strategiskt arbete

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
■ Lägre genomsnittlig personalomsättning än 2016			Den totala personalomsättningen i Folk tandvården 2017 var 11,6 %. Tandläkare hamnade på 13,8 %, Tandhygienister på 11,5 % och tandsköterskor på 9,3 %. Det är första året vi följer mätetalet och kommer fortsättningsvis att följa upp det på årsbasis.

Aktiviteter	Analys
Rekrytering av tandläkare	Vi arbetar kontinuerligt med rekrytering av tandläkare till vårt län. Vi har bra utarbetade strategier för rekrytering och Jönköpings län har ett bra rykte i Sverige. Vi behöver dock utveckla strategier för att behålla tandläkare i vårt län.
Arbeta med värderingsfrågor	Samtliga kliniker har arbetat med ett arbetsmaterial på sina APT:er som HR och kommunikationsavdelningen har tagit fram. Uppföljning sker kontinuerligt.
Lokalutveckling	Arbetet pågår löpande. Vetlandakliniken är klar. Nästa projekt Gnosjökliniken som startat under hösten 2017, blir klart våren 2018. Ombyggnadsarbete sker även i höst i Norrahammarskliniken. Samtidigt planeras för nybyggnation på Råslätt där Folk tandvården kommer hyra del av denna. Nya behov uppstår löpande och under 2018 kommer större ombyggnadsprojekt både i Värnamo, Eksjö och Nässjö planeras och projekteras. Ombyggnation i Värnamo och Eksjö är delvis kopplat till satsningen på sjukhustandvård.
Tydlig introduktion till alla yrkeskategorier	Vi har introduktionsprogram för samtliga yrkesgrupper i Folk tandvården. Vi erbjuder en god introduktion både på individ- och gruppnivå för våra nya medarbetare.

Aktiviteter	Analys
Fokusera på att behålla personal	Vi gör ett antal olika aktiviteter för att behålla personal. I april startade vi upp ett projekt som heter "Vägen till legitimation". Projektet som syftar till att skapa förutsättningar för tandläkare med utbildning utanför EU att nå sin Svenska tandläkarlegitimation. Dessa identifierade tandläkare arbetar idag som tandläkarassistenter i vår verksamhet och utför enklare arbetsuppgifter på våra kliniker. Projektet är ett långsiktigt sätt att kompetenssäkra vår verksamhet med dessa tandläkare. Projektet ska pågå under 10 månader. Utöver april har även Folktandvårdens ledningsgrupp tagit ett ledningsbeslut att kompetensstärka samtliga medarbetare i ledande befattning i den reviderade rehabiliteringsprocessen samt Hälsosam.

En viktig strategi för att få försörjning av tandläkare till vår del av landet är en tandläkarutbildning i Jönköping. Hälsohögskolan kommer att ansöka om att starta en sådan för preliminärt 15 studenter årligen. Folktandvården är mycket delaktig i framtagandet av underlag för ansökan och vi avsätter mycket personalresurser på detta arbete. Detta är en viktig del av välfärdsutmaningen.

Hälsohögskolan kommer att ansöka om att starta tandsköterskeutbildning i YH-regi från och med hösten 2019. I detta ansökningsarbete är Folktandvården en viktig aktör. Vi avsätter personalresurser för att bistå i detta mycket viktiga arbete. Detta är en del av välfärdsutmaningen.

Uppdrag/mål:

5.1.2.1 *Gott och nära samarbete med lärosäten. Verksamhetsförlagd utbildning*

Uppdrag/mål:

5.1.2.2 *Kapacitets- och produktionssyrning (KPS, Rätt använd kompetens (RAK))*

Framgångsfaktorer:

5.1.3 Hälsa och arbetsmiljö

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Andel medarbetare som använder friskvårdsbidraget	85 %	39,68 %	Antalet medarbetare som använder friskvårdsbidraget i Folktandvården ser ungefär likadant ut för varje år. Antalet registrerade användare ökar konstant under året och brukar nå sin topp under slutet av året.

Uppdrag/mål:

5.1.3.1 *Arbete med resultat och handlingsplaner från medarbetar- och säkerhetskulturerundersökningen 2016.*

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete med arbetsmiljö på respektive enhet	Vi arbetar kontinuerligt med det systematiska

Aktiviteter	Analys
	arbetsmiljöarbetet på våra arbetsplatser bland annat i form av APT:er, arbetsmiljöronder, uppföljningar, friskvård.

Perspektiv:

6 Ekonomi

Folktandvårdens två huvudverksamheter, Allmäntandvård och Specialisttandvård, skiljer sig åt vad gäller förutsättningar, styrning, ekonomi och uppföljning.

Allmäntandvården, som till stor del arbetar i konkurrens med privata tandläkare, men med särskilt uppdrag kring viss barntandvård och äldretandvård. Konkurrenten innebär att Allmäntandvården skall ha samma förutsättningar som privat tandvård och får inte finansieras med offentliga stöd mer än för de delar som avser delar av barntandvård och äldretandvård.

Allmäntandvårdens ekonomi styrs nästan helt av utförd tandvård mot privatpersoner som fritt väljer utförare. Prisnivån styrs dels av den så kallade referensprislistan som upprättas nationellt som ett riktmärke för all tandvård. Eventuella skillnader mot referensprislistan skall godkännas av Regionfullmäktige varje år. Den allmänna prisnivån på tandvårdsmarknaden påverkar också Folktandvårdens prisnivå. Då det råder brist på tandvårdspersonal finns för närvarande köer. Hade Allmäntandvården fler kliniskt anställda skulle patientintäkterna kunna öka och Allmäntandvårdens ekonomi förbättras.

Specialisttandvården, vars uppdrag är att ansvara för hela länets behov av specialiserad tandvård. Någon direkt konkurrens med andra vårdgivare finns ej i länet. Specialisttandvården har även ansvar för utveckling och forskning inom tandvård. Specialisttandvården finansieras till mindre del, cirka 35 procent, av patientintäkter. Resterande 65 procent kommer från skattemedel och beslutas årligen av Regionfullmäktige.

Strategiska mål:

6.1 God hushållning av resurser på såväl kort som lång sikt

Framgångsfaktorer:

6.1.1 Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
 Ekonomi i balans	0 tkr	-1 511tkr	Budgetavvikelsen till och med april är minus 1,5 miljoner kronor. Orsakerna till avvikelsen är framför allt lägre patientintäkter -4,7 mkr som till del tas ut av lägre personalkostnader, -2,4 mkr. Underskottet avser helt allmäntandvården. Allmäntandvården har inte lyckats rekrytera i den omfattning som budgeterats varvid bristen på klinisk personal, som i sin tur skapar intäkterna, är större än tidigare år. Svårigheten att rekrytera nyutbildade har ökat då även storstadsområdena har brist och börjat rekrytera ur denna grupp. Jämfört med fg år är budgetavvikelsen - 7,6 mkr.
 Produktivitet mätt som produktionspoäng i förhållande till arbetade	100 %	96,4 %	För första tertialet har produktiviteten minskat med 3,58% jämfört med samma period förra året. Mängden producerad tandvård minskade med cirka 1% och mängden arbetade timmar ökade med cirka

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
timmar			2,5%. Förändringen beror mycket på föryngringen av tandläkarkåren där de nyanställda inte producerar i nivå med de mer erfarna.
  Prognos	0	0	2018 har börjat med svagare utfall än föregående år. Prognosen är ett resultat i nivå med budget.

Aktiviteter	Analys
Fokus på Barntandvårdens underskott	Allmäntandvårdens verksamhetschefer har ett prioriterat arbete att framför allt styra klinikerna till att använda rätt kompetens till rätt uppgift. För stor del av arbetet med barn görs idag av tandläkare, även där andra yrkesgrupper kan utföra arbetet.
Intern kontroll	Ett arbete med fokus på allmäntandvårdens användning av R2-bedömningar görs. R2 är en tandstatusbedömning som ska användas på samtliga patienter och styra åtgärdsplan och kallelseintervaller. Framtagen statistik visar stor spridning mellan kliniker och stor förbättringspotential vad gäller rätt kallelseintervall. Hantering av kundfordringar och kundförluster är ett annat område vi tittar på i det egna interna kontrollprogrammet. Målsättning är att minimera kundförlusterna och förbättra vår interna hantering.
Arbeta aktivt med schemaläggning och patientbokning	Hjälpdokument/diskussionsunderlag för tidboksplanering presenterat för alla klinikchefer och publicerat på intranätet. Uppföljning efter hösten.
Planering så att rätt kompetens gör olika typer av behandling	Tandsköterskor och tandhygienister utbildas successivt i övertagande av arbetsuppgifter inom respektive kompetesområde.
Fokus på Ekonomisk Dashboard	2018 års Dashboard är klar och uppdateras varje månad. Den är grunden till klinikernas uppföljningsarbete och jämförelse mellan klinikerna. Den ska kompletteras med kvartalsvisa analyser av controllers som går igenom detta med resp klinik.