Till Samverkansnämnds ledamöter
Till ersättare för kännedom

Kallelse till Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen

Datum	Torsdag 21 mars – fredagen den 22 mars 2019
Tid	Dag 1 10:30 – ca 17.00, gemensam middag 19.00
	Dag 2 08.00 – avslutning med lunch ca 13.00
Plats	Gränsö slott, Västervik

Tidplan

Torsdag

10.00	Fika
10.30	Introduktion för samverkansnämnden och informationsärenden (ärenden 1-3)
12.30	Lunch
13.30	Samtal med revisorerna (ärende 4)
14.30	Information och beslutsärenden inklusive samtal kring nämndens arbetsstruktur, prioriteringar och mötesformer (ärende 5-9)
	Fika
17.00	Slut dag 1
19.00	Gemensam middag

Fredag

08.00	Kvalitet i hälso- och sjukvården (ärende 10)
09.00	Folkhälsoläget i Sydöstra sjukvårdsregionen (ärende 11)
10.30	Fika
11.00	Högspecialiserad vård med deltagande från Socialstyrelsen (ärende 12)
13.00	Avslutning med lunch

Föredragningslista

Inledning

1 Godkännande av föredragningslista

2 Val av justerare

Informationsärenden

3 Introduktion till samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen

4 Samtal med revisorerna

5 Återrapportering

Nationella screeningrådet *Maria Frisk (KD)*

Rådet för styrning och kunskap
Kaisa Karro (S)

Svenskt ambulansflyg
Malin Wengholm (M)

Nämnd för högspecialiserad vård Rikssjukvårdsnämnden
Kaisa Karro (S)

Skandionkliniken
Marie Morell (M)

Beslutsärenden

6 Årsredovisning 2018

7 Val av ledamot och ersättare till styrlesen för Svenskt ambulansflyg

Informationsärenden fortsättning

8 Nationell högspecialiserad vård samt återredovisning av analys/kartläggning av Universitetssjukhusets styrkor och svagheter
Göran Attefors

9 Arbetsstruktur för samverkansnämndens arbete kring regionala utvecklingsfrågor samt prioriteringar och mötesformer – workshop *Karl Landergren*

10 Kvalitet i sjukvården med fokus på en god vård
Karl Landergren

11 Folkhälsoläget i Sydöstra sjukvårdsregionen

12 Högspecialiserad vård med deltagande från Socialstyrelsen
Bitte Persson Lindell

Anmälningsärenden

13 Revisionsrapport - Medicinteknisk utrustning, Region Östergötland

14 Revisionsrapport - Regionens arbete med attt minska beroendet av bemanningsföretag, Region Östergötland

15 Revisionsrapport - Regionens arbete inom området "Rätt använd kompetens", Region Östergötland

16 Revisionsrapport - Efterlevnad av dataskyddsförordningen, Region Östergötland samt AB Östgötatrafiken

17 Revisionsrapport - Regionens arbete för att förebygga, upptäcka och bedriva oegentligheter, Region Östergötland

18 Övrigt

Anders Henriksson (S)
ordförande

Region Jönköpings län Region Kalmar län Region Östergötland

Regionsjukvårdsstaben
Göran Atterfors

BESLUTSMISSIV
2019-03-21 SVN 2019-3

Samverkansnämnden
i sydöstra sjukvårdsregionen

Årsredovisning samverkansnämnden 2018

Årligen görs en årsredovisning för samverkansnämnden.
Materialet är strukturerat enligt nedan:

- nämndens verksamhet under året
- uppföljning av årlig överenskommelse
- uppföljningsplan i bilaga 1
- kommentarer till regionala systemmått i bilaga 2
- regionala systemmått i bilaga 3
- regionala systemmått, diagram, bilaga 4

Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen föreslås BESLUTA

a t t godkänna redovisad årsredovisning

Anders Henriksson
ordförande samverkansnämnden
Region Kalmar län

Karl Landergren
ordförande regionsjukvårdsledningen
Region Kalmar län

Beslutet expedieras till:

Årsredovisning 2018
för samverkansnämnden
i sydöstra sjukvårdsregionen

Samverkansnämnden

Samverkansnämnden (SVN) är en gemensam nämnd med representation från Region Östergötland (RÖ), Region Jönköpings län (RJL) och Region Kalmar län (RKL).

Samverksnämnden är placerad i Region Östergötland och underställd regionfullmäktige. Det är en politisk nämnd med egen beslutanderätt i regionsjukvårdsfrågor.

Ordförandeskapet för 2018-2019 upprätthålls av Region Kalmar län.

Under 2018 har samverkansnämnden beslutat om:

- årsredovisning 2017 inklusive uppföljningsplan och regionala systemmått.
- en fördjupning i fokusområden med syfte att skapa förutsättningar att ta nästa steg som sjukvårdssystem och utveckla samverkan även utanför hälso- och sjukvårdsområdet.
- en rekommendation om nationell nivåstrukturering av sarkom som innebär att
    - godkänna och tillämpa beslutsrekommendationen avseende nationell nivåstrukturering för sarkom till tre vårdenheter i landet
    - Universitetssjukhuset i Linköping utgör sjukvårdsregional instans för sarkom
- att ställa sig bakom Socialstyrelsens rekommendation i remissversion av ”Screening för prostatacancer – rekommendation och bedömningsunderlag”.
- delårsrapport 08 SVN
- regional överenskommelse om samverkan och vård i sjukvårdsregionen samt vård vid US 2019
- priser och ersättningar för sydöstra sjukvårdsregionen 2018
- revidering av samverkansavtal för sydöstra sjukvårdsregionen
- att ställa sig bakom förslag till reviderat reglemente för samverkansnämnden och rekommendera respektive huvudman att godkänna revideringen

Nämnden har fått regelbundna återrapporteringar från:

- Nationella screeningrådet
- Nationella rådet för kunskapsstyrning
- Svenskt ambulansflyg
- Rikssjukvårdsnämnden

Nämnden har fått information från samtliga regionala medicinska programgrupper (RMPG) i form av en årsrapport och muntlig föredragning.

Nämnden har fått information från Regionalt cancercentrum Sydöst avseende uppföljning av sjukvårdsregionens sex patientlöften inom cancerområdet.
Nämnden har lämnat yttranden på remisser om nationella riktlinjer för:

- vård vid endometrios
- vård vid epilepsi
- vård vid psoriasis

Nämnden har ställt sig bakom ett arbete med organiserad testning av prostatacancer för att bidra med ökad kunskap och likartad hantering inom sjukvårdsregionen.

Nytt ALF-avtal samt etablering av decentraliserad läkarutbildning in RJL och RKL har föranlett behovet att ta fram ”Mål och strategier för universitetssjukvården i sydöstra sjukvårdsregionen”.

Nämnden har antagit en strategi för Life Science.

En behovsanalys avseende ambulanshelikopter har redovisats under året och resulterat i att en fördjupad analys av planeringsförutsättningar och kostnadsberäkningar ska redovisas för nämnden under 2019.

Uppföljning årlig överenskommelse – samverkansområden

I regionsamverkansavtalets §2 fastslås ett antal punkter om gemensam intressegemenskap vilka kan ses som grundläggande målsättningar där parterna genom avtalet förbinder sig att

- gemensamt verka för att stärka sjukvårdsregionen som samverkansområde
- tillgodose regioninvånarnas behov av högkvalitativ vård
- främja och bidra till hälsa i sjukvårdsregionen
- främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvård i sjukvårdsregionen
- utveckla samverkan i sjukvårdsregionen för att etablera en gemensam kunskapsbas och solidariskt hjälpa varandra att utvecklas.

Nämnden har prioriterat att skapa en gemensam värdegrund för sjukvårdsregionens sjukvård och att bygga en basstruktur för samarbete snarare än att i varje läge ta fram sjukvårdsregionalt gemensamma (mätbara) mål.

Redovisning sker i ”uppföljningsplan” bilaga 1. Uppföljning anknyter till den årliga överenskommelsens områden för samverkan där avrapportering sker vad som uppnåtts under året. Komplettering sker dessutom med några övriga områden som redovisats genom åren.

Resultaten i Socialstyrelsens rapport ”En god vård” (se sidorna 6-11) är ett kvitto på en väl fungerande samverkan och att sydöstra sjukvårdsregionen står sig väl i en nationell jämförelse.

Uppföljning årlig överenskommelse – vård vid Universitetssjukhuset i Linköping

Verksamhet

Överenskommelsen omfattar huvudsakligen fyra större vårdområden där sjukvårdsregionala centrumråd (CR) finns etablerade:

- hjärtsjukvård
- hälsa, psykiatri, barnsjukvård, kvinnosjukvård och primärvård
- kirurgi, ortopedi och cancersjukvård
- rekonstruktiv kirurgisk sjukvård

Utöver dessa områden omfattar överenskommelsen vård inom Närsjukvården i centrala Östergötland samt delar inom laboratoriemedicin.

Avstämning

Kostnader

Avstämning följer de principer som gäller överenskommen avtalsmodell.

Analyser av avtalsmodellen har gjorts regelbundet sedan 2008. Avstämning baserad på perioden 2013-2015 är inarbetad i avtalsramarna.

DRG-volym

Vårdproduktionen vid US följs upp enligt DRG och redovisas i poäng. Någon gemensamt överenskommen DRG-volym finns inte budgeterad i egentlig mening utan uppföljningen inriktas på förändringar jämfört med tidigare år.

DRG-volymen (summa DRG-vikt) följs månadsvis och redovisas på den regiongemensamma webbplatsen. (RÖ avser thorax/kärl, neurokirurgi och onkologi).

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
RÖ	10 466	11 341	10 679	10 783	9 481
RJL	7 366	7 749	7 777	7 486	7 525
RKL	5 907	5 666	5 761	5 724	5 574

Utfallet indikerar stabila volymer.

Anm: registreringproblem inom onkologi RÖ medför avsaknad av ca 1 000 DRG-poäng 2018.

Ekonomi
Ersättningarna för regionsjukvården delas upp i en fast del och en rörlig del för de ”vårdproducerande” verksamheterna. Rörlig del utgörs av ett gemensamt US-pris och fakturering baseras på faktiskt utförd vård. Övriga verksamheter har helt fast ersättning. RÖ har helt fast ersättning.

I nedanstående tabell (belopp mkr) visas utfall i ekonomiska termer för regionavtalet. I och med att fast del är oberoende av patientvolymer återfinns eventuella avvikelser på rörlig del.

	Fast avtal	**Rörlig debitering**	**Summa utfall**
RÖ	667,7		667,7
RJL	303,6	150,4	454,0
RKL	231,9	111,5	343,4
Summa	1 203,2	261,9	1 465,1

Utöver den rörliga del som anges i tabellen ovan, finns ett antal verk- samheter som ersätts helt rörligt i den mån US utnyttjas. RJL och LKL budgeterar egen nivå.

Under 2018 har dessa kostnader uppgått till:

RÖ, 19,7 mkr. Avser främst TS-kirurgi samt bedömning och utredning inför TS-kirurgi, NO-behandling på barn samt kirurgisk intervention och funktionell neurokirurgi inom strokevården.

RJL, 29 mkr. Avser en faktura från 2017 som bokförts 2018. 7 mkr är kostnader för Heartmate-patienter och 4 mkr avser kostnader för läkemedel. Därutöver har 4 mkr bokförts inom regionvården och det avser kostnader för genanalyser och omkostnader för regiongemensamt arbete.

RKL, 15,5 mkr. Avser främst rekvirerade läkemedel onkologi (ca 7 mkr) och PET-CT undersökningar (ca 5 mkr).

De ekonomiska flödena hanteras av:

Region Östergötland	Hälso- och sjukvårdsnämnden
Region Jönköpings län	Nämnd för Folkhälsa och sjukvård
Region Kalmar län	Regionstyrelsen

Uppföljning – regionala systemmått

I regionsamverkansavtalets § 2 fastslås ett antal punkter om gemensamma värderingar enligt konceptet ”God vård”.

Regionsjukvårdsledningen har enats om att identifiera och följa några ”regionala systemmått” med koppling till målsättningarna och de gemensamma värderingarna. Uppföljningsvariablerna följer strukturen enligt ”God vård” och följs upp enligt överenskomna mätfrekvenser.

Under året gör respektive landsting/region analyser av egen data. I samband med samverkansnämndens årsredovisning görs en gemensam sjukvårdsregional analys.

Uppföljningen av de regionala systemmåtten redovisas i bilaga 2-4.

Samverkansnämnden föreslås BESLUTA

a t t godkänna redovisad årsredovisning

Krister Björkegren	Agneta Jansmyr	Ingeborg Eriksson
regiondirektör	regiondirektör	regiondirektör
Region Östergötland	Region Jönköpings län	Region Kalmar län

Uppföljningsplan

Bilaga 1 till Årsredovisning 2018
för samverkansnämnden
i sydöstra sjukvårdsregionen

Tillgodose regioninvånarnas behov av hälso- och sjukvård av hög kvalitet och med god tillgänglighet

Antalet för allmänheten lättillgängliga publiceringsytor för mått som fångar hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet har under senare år ökat. Siffror över tillgängligheten, i många fall uppdaterade varje månad, finns exempelvis på den av SKL drivna webbplatsen Väntetider i Vården (www.vantetider.se). Flera rapporter under vinjetten Öppna jämförelser presenteras årligen av Socialstyrelsen och SKL.

SKL har samtidigt utvecklat webbplatsen Vården i siffror (www.vardenisiffror.se) så att den nu innehåller en bred samling indikatorer från bland annat nationella kvalitetsregister. Resultaten på Vården i siffror uppdateras i många fall med högre frekvens än årligen.

I juni ger SKL ut Hälso- och sjukvårdsrapporten, en resultatrapport över ett stort antal av indikatorerna som idag finns på Vården i siffor. Rapporten kommer att innehålla mätvärden från 2018. Sakkunniga ur regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning kommer att involveras i indikatorurval och analysarbete.

”Öppna jämförelser 2018 - En god vård?”, som publicerades 31 januari 2019, ger en bred belysning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och kommer därför att användas som grund för nedanstående presentation av kvalitetsläget i hälso- och sjukvården i sydöstra sjukvårdsregionen.

Rapporten syftar till att besvara sex olika frågor om svensk hälso- och sjukvård:

1. Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?
2. Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?
3. Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?
4. Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?
5. Blir vi friskare och lever längre?
6. Hur bidrar hälso- och sjukvården till hållbart god vård?

För att besvara frågorna har sammanlagt 52 indikatorer, grupperade under respektive fråga, valts ut. I följande avsnitt kommer sjukvårdsregionens resultat för respektive fråga att diskuteras. De flesta resultat avser vård som utfördes under 2017. Grön färg innebär att resultatet tillhör den bästa tredjedelen, gula att resultatet tillhör den mellersta tredjedelen och röda att resultatet tillhör den sämsta tredjedelen.

Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?

Det mått som Socialstyrelsen använder för att mäta sjukvårdskostnader är strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad. Måttet anger kostnadsnivån för hälso- och sjukvård sedan hänsyn tagits till kostnadspåverkande faktorer som huvudmännen inte kan påverka, bland annat befolkningens ålderssammansättning och sjukdomsförekomst.

Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad):

Region Östergötland	24 641
Region Jönköpings län	24 782
Region Kalmar län	24 427
Riket	25 326

Samtliga huvudmän i sydöstra sjukvårdsregionen har en kostnad som är lägre än rikssnittet, vilket indikerar en kostnadseffektiv vård. Region Kalmar län har i år den lägsta strukturjusterade kostnaden i landet.

Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?

	RÖ	RJL	RKL	Riket	Enhet
Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver	84	90	89	84	procent
Tandvårdsundersökning de senaste två åren	59	66	62	62	per 100 invånare
Primärvårdens tillgänglighet per telefon	80	100	95	86	procent
Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	90	91	86	90	procent
Tid till läkarbedömning vid akutbesök	63	50	42	61	minuter
Responstid för ambulans	10,8	13,4	13,4	13,1	minuter
Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – bup	64	51	50	72	procent
Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	90	89	86	87	procent
Operation inom 90 dagar	87	90	89	83	procent
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	8,6	2,8	2,5	6,5	per 100 disponibla vård-platser
Utskrivningsklara patienter på sjukhus	209	214	152	192	per 1 000 invånare
Väntetid till särskilt boende	57	35	41	52	dagar
Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer	29	66	49	39	procent
Kontinuitet och koordinering (primärvård)	68	73	72	71	procent
Delaktighet och involvering (primärvård)	76	80	79	78	procent

I det här avsnittet redovisas indikatorer som berör både tillgänglighet av servicekaraktär och den tillgänglighet som är mer central för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Dessa sammanfaller ofta, men de kan också motverka varandra genom undanträngningseffekter där exempelvis garanti om vård inom en viss

tid för samtliga patienter kan leda till en annan prioritering än en rent medicinsk bedömning hade resulterat i.

I sydöstra sjukvårdsregionen har vi generellt en mycket god tillgänglighet och vi ligger i snitt eller över riket i de flesta fall. Befolkningen i sjukvårdsregionen uppfattar att man i stor utsträckning har tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver. Region Jönköpings län och Region Kalmar län ligger topp tre och Region Östergötland i snitt med riket.

Enligt den nationella vårdgarantin som är en del av HSL (2017:30) ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. Avseende primärvårdens tillgänglighet per telefon ligger Region Jönköping län och Region Kalmar län topp tre.

Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården gör att mer avancerad sjukvård kan utföras direkt i ambulansen. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande för vårdens resultat. Responstiden för ambulans är kortast i riket i Region Östergötland.

Vad gäller god tillgänglighet i sjukvårdsregionen avseende besök till specialistsjukvården och till operation inom 90 dagar så har resultaten sjunkit något i förhållande till föregående år, men sjukvårdsregionens resultat ligger fortfarande över riket.

Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. Överbeläggning och utlokalisering innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som kanske inte uppfyller dessa krav. Region Kalmar län och Region Jönköping län har tillsammans med Region Dalarna minst antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter.

Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?

	RÖ	RJL	RKL	Riket	Enhet
Vaccination av barn (MPR)	97,6	97,4	98,2	97,0	procent
Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetstyper)	26	24	33	29	procent
Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)	11,0	10,0	12,7	12,5	procent
Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt	47	52	60	54	procent
Fallskador bland äldre	5 499	4 944	4 968	5 352	per 100 000 invånare

Här redovisas indikatorer som rör hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Flera av indikatorerna rör levnadsvanor för personer som redan har en sjukdom och åtgärder för att de inte ska bli sämre eller återinsjukna.

Sydöstra sjukvårdsregionen uppvisar goda resultat på flera områden. Täckningsgraden för MPR-vaccination är till exempel god i alla tre regioner. Levnadsvanor hos personer med diabetes är ett viktigt område för att förebygga komplikationer och förtida död. Här finns skillnader mellan regionerna, vilket bör stimulera till fortsatt erfarenhetsutbyte och lärande, något som ses även i andra delområden. Fallskador bland äldre är vanligare bland kvinnor än män. Överlag finns goda skäl att fortsätta och utveckla satsningar på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i sjukvårdsregionen.

Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?

	RÖ	RJL	RKL	Riket	Enhet
Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL	531	655	734	710	per 100 000 invånare
Oplanerade återinskrivningar bland äldre	10,3	9,8	8,1	9,8	procent
Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)	10,8	10,4	9,4	10,3	procent
Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes	1,35	1,34	1,40	1,35	kvot
Trycksår i sluten vård (grad 2–4)	6,8	5,4	3,6	7,6	procent
Vårdrelaterade infektioner	12,7	6,9	7,7	8,9	procent
Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)	1,60	1,41	1,41	1,35	procent
Äldre med läkemedel som bör undvikas	8,3	7,8	7,4	7,9	procent
Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre	1,4	2,1	1,7	1,9	procent
Återfrakturer efter fragilitetsfraktur	10 961	11 469	14 581	9 271	per 100 000 levnadsår
Nöjd med rehabilitering efter stroke (12 månader)	81,5	75,9	78,4	77,8	procent
Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)	27,3	24,3	30,9	26,3	procent
Dödlighet efter hjärtinfarkt	25,9	25,7	27,3	24,4	procent
Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	60,4	61,4	58,1	58,7	procent
Dödlighet efter höftfraktur	25,2	25,0	25,5	25,0	procent
Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	22	30	32	30	per 1 000 invånare
Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom	2,0	2,0	1,5	1,8	kvot
Återkommande slutenvård i livets slutskede	7,1	5,8	9,5	7,8	procent

De flesta indikatorer som redovisas under detta område är resultatmått på övergripande nivå. Resultatindikatorerna kan ses som sammansatta mått på samtliga faktorer som bidragit till resultatet och påverkas både av kvaliteteten i systemet och av bakgrundsfaktorer som är svåra att påverka inom hälso- och sjukvården. Jämförelser över tid visar i många fall en mycket positiv utveckling. Likaså uppvisar riket i många fall goda resultat i internationell jämförelse.

Inom området redovisas hela 19 regionjämförelser. I sydöstra sjukvårdsregionen finns flera områden med mycket goda resultat. Särskilt kan nämnas indikatorn för trycksår i sluten vård där Region Kalmar län uppvisar rikets bästa resultat och där även resultaten i Region Jönköpings län och Region Östergötland är bland de bästa. Avseende femårsöverlevnad i cancer ses landets bästa resultat i Region Jönköpings län, det näst bästa i Region Östergötland medan Region Kalmar län ligger kring rikssnitt. Indikatorer med stor spridning i sjukvårdsregionen är till exempel Överdödlighet för vuxna med bipolär sjukdom, Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL och Dödlighet efter stroke. Här finns skäl att analysera resultaten på djupet för att stimulera ömsesidigt lärande och utveckling. Så har till exempel redan skett i projekt Triangelrevision av strokevård inom sjukvårdsregionen.

Könsskillnader ses framför allt i de frakturrelaterade indikatorerna, för indikatorn påverkbar slutenvård och för indikatorerna avseende läkemedelsbehandling till äldre. För flera av dessa ses även tydliga skillnader beroende på utbildningsnivå.

Hälso- och sjukvårdsrapporten från SKL kommer att innehålla fler processmått och ger större möjlighet att jämföra resultaten inom specifika vårdområden.

Blir vi friskare och lever längre?

	RÖ	RJL	RKL	Riket	Enhet
Självskattat allmänt hälsotillstånd	72,6	74,5	73,6	72,8	procent
Egenrapporterad tandhälsa	74,6	76,8	75,8	75,2	procent
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)	87,6	84,2	89,9	83,0	per 100 000 invånare
Suicid i befolkningen	12,5	14,1	16,1	15,3	per 100 000 invånare

Här redovisas breda mått för hälsoutfallet där kvaliteten i hälso- och sjukvården spelar roll men där utfallet även i hög grad påverkas av faktorer som levnadsvanor, livsvillkor och levnadsförhållanden.

Resultaten för hur hög andel i befolkningen som skattar sitt allmäntillstånd som mycket bra eller bra är i Sydöstra sjukvårdsregionen hög. Alla tre regioner ligger inom den bästa tredjedelen i riket.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet visar dödsfall orsakade av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser i rätt tid. Vid jämförelse med riket finns här förbättringspotential för samtliga regioner i Sydöstra sjukvårdsregionen.

För indikatorn suicid i befolkningen redovisas åldersstandardiserade värden och antalet suicid är omräknat till antal per 100 000 invånare. Här ligger Region Östergötland och Region Jönköpings län bland de som har minst antal sucider i riket.

Hur bidrar hälso- och sjukvården till hållbart god vård?

	RÖ	RJL	RKL	Riket	Enhet
Förtroende för sjukvården i sin helhet	67	72	72	61	procent
Förtroende för att vård ges på lika villkor	58	67	64	57	procent
Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård	291	277	286	297	per 1000 invånare
Sjukfrånvaro bland landstingsanställda	5,1	5,6	5,4	6,0	procent
Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar	86,1	86,4	88,5	85,7	medelvärde

I det här avsnittet redovisas indikatorer som inte direkt speglar god vård men som är viktiga förutsättningar för goda resultat nu och framöver.

Befolkningen i sydöstra sjukvårdsregionen har ett högt förtroende för sjukvården. Region Kalmar län och Region Jönköpings län är de regioner i Sverige där högst andel i befolkningen uppgivit förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. Även när det gäller förtroende för att vården ges på lika villkor var resultaten överlag goda.

Samtliga tre regioner i sydöstra sjukvårdsregionen ligger bättre än rikssnittet när det gäller antibiotikabehandling i öppenvården.

Dagens Medicins ranking av svenska sjukhus

Enligt den årliga sammanställningen i tidsskriften Dagens Medicin är sydöstra sjukvårdsregionens sjukhus bland de bästa sjukhusen i landet. Sjukvårds-regionens sjukhus har placerat sig högt i undersökningen under flera års tid.

Det är ett stort material som sammanställs i den årliga rankingen. Tidningen utser bästa universitetssjukhus, bästa mellanstora sjukhus och bästa mindre sjukhus. Rankingen bygger på sju huvudkategorier: medicinsk kvalitet, tillgänglighet, hygien, patientenkäter, trycksår, överbeläggningar och ekonomi. I den tyngsta kategorin, medicinsk kvalitet, finns i sin tur tretton delområden.

Underlaget i jämförelsen utgörs av sjukhusens självrapporterade uppgifter som Dagens Medicin hämtar från olika nationella kvalitetsregister, Socialstyrelsen, SKL, Graviditetsregistret och Vården i siffror. 176 indikatorer med sammanlagt över 10 700 värden från 61 akutsjukhus har samlats in.

I rankingen för 2018 kom Universitetssjukhuset i Linköping på en tredje plats i kategorin bästa universitetssjukhus. I kategorin mellanstora sjukhus kom Värnamo sjukhus på första plats och i kategorin mindre sjukhus kom Oskarshamn på första plats.

Noterbart är att 7 av de 9 sjukhusen i sydöstra sjukvårdsregionen hamnar topp 4 inom respektive kategori vilket indikerar en hög och jämn kvalitet med god tillgänglighet.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan sägas att sjukvårdsregionens huvudmän har goda resultat. Inte sällan har de styrkor inom samma områden. Utmaningar finns dock också. Det finns möjlighet att lära mer av varandra inom flera områden där resultaten skiljer sig åt. Exempel på indikatorer där skillnader fanns i uppföljningen rör överbeläggningar och utlokaliserade patienter, tid till läkarbedömning vid akutbesök, väntetid till särskilt boende, fysisk inaktivitet vid diabetes, trycksår, vårdrelaterade infektioner, användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre, långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel samt återkommande slutenvård i livets slutskede

Huvudmännen arbetar i dagsläget tillsammans inom ett flertal områden, till exempel inom IT-området (eSPIR) och kunskapsstyrning (RMPG/RMPO). Samarbetet är viktigt för att ytterligare förbättra resultaten till gagn för invånarna i sjukvårdsregionen.

Främja en likvärdig utveckling av sjukvården i sjukvårdsregionen

I de följande avsnitten kopplas den årliga överenskommelsen och en redovisning av aktiviteter under året.

1.1 Samverkan för nationell och regional kunskapsstyrning

Överenskommelse

Under 2018 utvecklar sydöstra sjukvårdsregionen även befintliga och nya regionala samverkansgrupper och nätverk utifrån det nationella systemet för kunskapsstyrning. Syftet är att få ytterligare samverkanskraft i utvecklingen av effektiva processer och nya arbetssätt.

De regionala programområdena och samverkansgrupperna arbetar processinriktat och utgår från vad som är bäst för invånarna.

Aktiviteter

Sjukvårdsregionen har under 2018 nominerat ledamöter till samtliga nationella programområden och samverkansgrupper och anpassat strukturen för det sjukvårdsregionala samarbetet.

Etableringen av det nya systemet innebär bland annat att regionala medicinska grupper från och med 2019 ersätts av programområden och att tidigare centrumråd har ersatts av kunskapsråd som förstärkts med ledningsrepresentanter för att stödja och följa upp arbetet i programområdena. Etableringen omfattar även utveckling av andra sjukvårdsregionala samverkansgrupper och nätverk.

Uppdraget till de regionala programområdena, som utgår från sjukvårdsregionens patientlöften, har kompletterats med ett generellt uppdrag att stödja och kommunicera med nationell och lokal nivå i ett gemensamt lärande och en systematisk utveckling av kunskapsbaserad och jämlik vård.

Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap (ansvar för processtöd) för tre nationella programområden:

- Barn och ungdomars hälsa
- Kvinnosjukdomar och förlossning
- Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Sjukvårdsregionen ansvar dessutom för nationella rekommendationer för endokrina sjukdomar, levnadsvanor och palliativ vård i Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården.

1.2 Nationella riktlinjer

Överenskommelse

I sjukvårdsregionen finns ett samarbete för processen kring mottagande och implementering av nationella riktlinjer i samverkan med Socialstyrelsen. Under 2018 kommer arbetet att fokusera på implementering av riktlinjer för demens, stroke samt depression och ångest. Nya riktlinjer eller revideringar är aktuella för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (tidigare sjukdomsförebyggande metoder), schizofreni, endometrios, epilepsi och psoriasis.

Aktiviteter

Under 2018 har arbetet fokuserat på implementering av riktlinjer för demens, endometrios, prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, stroke, schizofreni, depression och ångest.

Nya riktlinjer eller revideringar är aktuella för epilepsi, psoriasis, rörelseorganens sjukdomar och tandvård.

1.3 Regionalt cancercentrum Sydöst

Överenskommelse

Grunden för Regionalt cancercentrum Sydösts verksamhet 2018 ligger på aktiviteter i den verksamhetsplan som bygger på sjukvårdsregionens mål formulerade som sex löften till befolkningen.

Aktiviteter

Under året har arbetet intensifierats med att skapa förutsättningar för att fånga utredningstiderna för de standardiserade vårdförloppen (SVF) på ett enhetligt sätt. Det första målet om att patienter ska genomgå SVF är nära att nås, men det andra målet om att SVF ska nås inom stipulerad ledtid ligger längre bort.

Avseende multidisciplinära konferenser (MDK) har en enighet uppnåtts att standardisera den tekniska utrustningen i ett MDK-rum. Samtidigt har arbete pågått för att få en enhetlig processbeskrivning för MDK. Den beräknas tas i drift i början av 2019.

Processledarna för cancerrehabilitering har under året genomfört besök på kliniker och informerat kontaktsjuksköterskor i syfte att implementera vårdprogrammet och diskutera hur verksamheterna tar sig an området.

En digital version av Min vårdplan (MVP) finns nu tillgänglig för införande i verksamheterna.

RCC kooridinerar arbetet med en gemensam förstudie avseende organiserad PSA-provtagning.

1.4 Regionalt registercentrum

Överenskommelse

Sydöstra sjukvårdsregionen har statligt finansiellt stöd, koordinerat via Sveriges kommuner och landsting, för kvalitetsregistercentrum i sydöstra sjukvårdsregionen (RCSO). Uppdraget är att stödja utveckling av nationella kvalitetsregister för att bidra till bättre utnyttjande av registerdata i verksamhetsutveckling och forskning.

Aktiviteter

Det statliga stödet till kvalitetsregistren och registercentra har minskat avsevärt under 2017 och 2018. För att hantera det nationella uppdraget kommer ett konsoliderande arbete att behöva bedrivas både inom anslutna kvalitetsregister och i registercentrum. RCSO bedöms ha potential att stödja huvudmännen i kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning i sjukvårdsregionen varför ett sjukvårdsregionalt uppdrag som komplement till det nationella har utförts under 2018.

Tre områden har varit i fokus för RCSO regionala uppdrag under 2018: registerbaserade förbättringsnätverk, analys av PROM, och IT – journalintegration, kontaknod gentemot systemleverantörer.

1.5 Sjukvårdsregionalt metodråd

Överenskommelse

Metodrådets huvudsakliga uppdrag är att utvärdera vetenskaplig evidens för tillämpande av nya medicinska metoder inom sydöstra sjukvårdsregionen. Under 2018 är ambitionen att hålla nivån 3-4 utvärderingar samtidigt som metodrådet ställt sig positivt till att även medverka i utvärdering av ordnat införande av medicintekniska produkter.

Aktiviteter

Metodrådet har under 2018 genomfört fyra utvärderingar samt etablerat en diskussion om samverkan inom det medicintekniska området.

1.6 Centrum för sällsynta diagnoser

Överenskommelse

Inriktningen 2018 presenteras i CSD:s verksamhetsplan som koncentreras till följande tre områden:

- samordning, vilket bland annat omfattar inrättande av två nya diagnosteam
- informationsöverföring, exempelvis regiondagar
- kunskapsökning i form av vetenskapliga arbeten och föreläsningar på konferenser

Aktiviteter
Nya nationella kriterier för CSDs verksamhet och nya statliga satsningar med NPO och nivåstrukturering har krävt stort engagemang från CSD sydöst. Verksamhetschefen för CSD är ledamot i NPO och ordförande i RMPO sällsynta diagnoser.

Sjukvårdsregionalt har vi under 2018 arbetat med övergång barn-vuxen för patienter med sällsynt diagnos och komplext vårdbehov. CSD anordnade den årliga ”Sällsynta-dagen” i Jönköping 2018. CSD har anordnat träffar för föräldrar till barn med sällsynt diagnos och under 2018 har träffarna genomförts i Kalmar. Anhörigcenter i Kalmar fortsätter driva dessa träffar lokalt. Träffarna uppskattas av föräldrarna dels då de får mer information om lokalt stöd men framför allt uppskattar de att utbyta erfarenheter med varandra. Arbetet med att stötta patienter med sällsynta diagnoser pågår fortlöpande med hjälp rörande samordning och multidisciplinära konferenser.

1.7 Primärvårdssamarbete

Överenskommelse
Det så kallade ”Flippen-projektet” har varit en del av den nationella kroniker-satsningen där finansiering upphör i och med utgången av 2017. I sydöstra sjukvårdsregionen finns ambitioner att fortsätta samarbetet 2018 och framförallt fortsätta skapa arenor för att sprida kunskap om nya innovativa arbetsmetoder.

Aktiviteter
Sjukvårdsregionen har under 2018 fokuserat på gemensamma målvärden för primärvården och fortsatt utveckling av arbetsformer för ett strukturerat, långsiktigt och effektivt samarbete.

Regionalt medicinsk programområde primärvård har beslutat att utreda möjligheterna till sjukvårdsregionala jämförelser av den nya vårdgarantin, användningen av SIP samt indikatorer inom psykisk hälsa. Urvalet är gjort utifrån Primärvårdskvalitet, den nya lagen om samverkan vid utskrivning och nationella prioriteringar, men också utifrån att det är områden där sjukvårdsregionen faktiskt kan hämta utdata trots att regionerna inte har system som fullt ut stödjer jämförelser.

Sjukvårdsregionen har fortsatt samarbetet utifrån den nationella satsningen ”Flippen i primärvården”. Samarbetet har 2018 framförallt fokuserat på arenor för spridning av nya innovativa arbetsmetoder.

1.8 Läkemedelssamarbete

Överenskommelse

Inom sjukvårdsregionen finns en ambition att öka samarbetet inom läkemedelsområdet utöver det som sker idag där arbetet 2018 inriktas mot följande aktiviteter:

- ökat samarbete med de regionala medicinska programgrupperna kring ordnat införande och uppföljning av nya läkemedel
- undersöka hur aktiviteter och mål i nationella läkemedelsstrategin kan brytas ner på sjukvårdsregional nivå
- samarbeta kring framtida målbilder gällande läkemedelsförsörjning

Aktiviteter

Under 2018 har det nationella samarbetet kring ordnat införande av nya läkemedel intensifierats ytterligare. Det gäller så väl arbetet med NT-rådets rekommendationer som trepartsöverläggningar som genomförts mellan regionerna, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket samt läkemedelsföretag. Detta arbete är väldigt resurs- och tidskrävande och har inneburit att vissa planerade saker inte har hunnits med.

Läkemedelsgruppen i sydöstra sjukvårdsregionen (LäSö) har haft viss, men inte så stor kontakt med de olika regionala medicinska programområdena. Det är önskvärt att hitta fler kontaktytor framåt. Ett lyckat samarbete har lett till en gemensam upphandling och riktlinjer inom ögonområdet.

Arbetet med den nationella läkemedelsstrategin har stått stilla i avvaktan på en ny regering, men väntas ta ny fart under 2019. Gällande samarbete kring läkemedelsförsörjning så har diskussioner exempelvis förts kring kontinuitetshantering och lämpliga lagernivåer av läkemedel. Här inväntas en nationell rapport inom området efter sommaren 2019. Därefter kan sjukvårdsregionen samarbeta och sätta upp gemensamma mål kring eventuella beredskapslager m.m.

1.9 Regionalt center för psykisk hälsa (RCPH)

Överenskommelse

Syftet med regionala resurscentrum är att samla gemensamma stödresurser som ska bidra till strategiskt och långsiktigt förbättringsarbete i syfte att främja psykisk hälsa, och vara en del av en struktur för ökat kunskapsutbyte inom området psykisk hälsa, inklusive psykisk ohälsa och psykisk sjukdom.

Aktiviteter

Under 2018 har stor del av arbetet inriktats på att identifiera samverkansgrupper, etablera stödstrukturen och kommunicera ut den till berörda inom sjukvårdsregionens regioner och kommuner.

Parallellt har arbetet med framtagande av gemensamma nationella vård- och insatsprogram startats och i flera fall kommit långt. Dessa bidrar till att stärka kunskapsutvecklingen inom respektive område. Syftet är att bidra till en mer effektivare användning av resurser och kortare tid mellan kunskapsproduktion och kunskapstillämpning. I stödstrukturen ingår både regioner och kommuner som leds av en nationell ledningsgrupp där sydöstra sjukvårdsregionen är representerad.

RCPH sydöstra sjukvårdsregionen leder utvecklingsarbetet via befintliga strukturer, bland annat RMPO psykisk hälsa och linjeorganisationer, en sjukvårdsregional stödstruktur för de 38 kommunerna och de tre regionerna i sydöstra sjukvårdsregionen finns dessutom. Inom länen Kalmar, Jönköping och Östergötland finns det etablerade länsgemensamma ledningar som stöd.

Gemensamma arbetsgrupper på länsnivå och sjukvårdsregional nivå kanaliserar utvecklingsfrågorna till och från lokal, regional och nationell nivå. Brukar-, patient-, och närståendemedverkan finns på samtliga nivåer. Deras roll kommer att utvecklas ytterligare under kommande planperiod.

Utvecklingsarbetet inom RCPH sydöstra har identifieras utifrån en generell och en specifik del.

I de generella delarna finns psykisk hälsa i kunskapsstyrningsmodellen där vår sjukvårdsregion har klustrat närliggande programområden i kunskapsrådet Hälsa och rehabilitering.

I de specifika delarna för programområdet tas vård- och insatsprogram (VIP) fram. Under 2018 finns sjukvårdsregionala grupper utifrån Schizofreni/Schizofreniliknande tillstånd, Missbruk/beroende, Ångest/Depression, ADHD och Självskadebeteende. I VIP ADHD tas kunskap och erfarenheter med från tidigare sjukvårdsregionalt projekt avseende standardiserat vårdförlopp för neuropsykiatri. Varje vård- och insatsprogram innehåller ett implementeringspaket med hela kedjan från sammanställning av befintlig kunskap i ett dynamiskt webbaserat program till hur det ska implementeras, spridas och vilka indikatorer som ska följas upp i verksamheterna. Berörda verksamheter är förskola/skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård på alla vårdnivåer.

Stärka sydöstra sjukvårdsregionens ställning som samverkansområde för hälso- och sjukvården

Samarbetet inom sjukvårdsregionen har utvecklats från att enbart omfatta de medicinska verksamhetsområdena till områden som exempelvis IT, kompetensförsörjning och upphandling.

1.10 eSPIR

Överenskommelse

Sjukvårdsregionens samverkansgrupp eSPIR har i uppdrag att skapa synergier och nytta genom utveckling av gemensamma processer och arbetssätt inom e-hälsa genom att stödja:

- Digitalisering för att utveckla och stödja vårdprocesserna.
- Samordning och koordinering av utvecklingen av nya funktioner och arbetssätt i Cosmic
- Utveckling av e-hälsa som stöd för invånarna att uppnå och behålla hälsa.

Aktiviteter

ROS/BOS

Under 2018 etablerades ett regiongemensamt program för samverkan och styrning över införandet av Cosmic BOS. Programmets syfte var driva en total övergång från Weadd ROS till Cosmic BOS i Region Jönköpings Län och Region Östergötland. Under hösten 2018 framkom att Region Östergötland och Region Jönköping har valt olika strategier gällande införandet av Cosmic BOS, vilket gör att syftet med samverkan i programform inte blir optimalt och effektivt ur ett regionalt perspektiv.

eSPIR styrgrupp har med anledning av detta beslutat att avveckla programmet och arbeta fram nya former för samverkan och erfarenhetsutbyte.

E-remiss

Under 2018 har e-SPIR arbetat med att etablera ett projekt (projektdirektiv) för att implementera e-remiss som digitalt verktyg för elektroniska remisser inom den sydöstra sjukvårdsregionen. Inriktningen har varit att använda SVF som stöd vid implementeringen. Verksamheterna inom Öron- näsa- hals agerade pilot samt att verksamheterna inom neurologi m.fl. visat intresse för att digitalisera remisser. Projektet har med anledning av detta fått i uppdrag att ta fram modell för breddinförande samt att utvärdera de planerade införandena för att avgöra om ytterligare verksamheter behöver projektstöd. Projektet pågår under 2019.

MDK
Arbetet med att standardisera och höja kvalitén för multidisciplinära konferenser (MDK) inom sydöstra sjukvårdsregionen har genomförts avseende att standardisera den tekniska utrustningen. Detta i syfte att arbeta bort de tekniska bekymmer som påverkat kvaliteten och möjligheten att genomföra MDK. Nästa steg har varit att standardisera arbetsformen vilket under 2018 resulterat i ett direktiv med målet att genomföra en implementering av en gemensam MDK-mall i syfte at öka funktionaliteten för NPÖ som digitalt verktyg för samordning av multidisciplinära konferenser. Arbetet påbörjades i slutet av 2018 och beräknas vara färdigt våren 2019.

Skickeprover
Under 2017 genomfördes ett projekt för att ta reda på förutsättningarna att införa elektroniska beställningar och svar mellan regionens laboratorier. Projektet resultat visade på att vi saknade en del tekniska förutsättningar för att starta upp elektroniska beställningar i drift. Bland annat saknades en stabil infrastruktur. Under 2017 kom en stabil infrastruktur på plats vilket innebar förutsättningar att genomföra ett pilotprojekt för att köra elektroniska beställningar i skarp drift.

Projektet startade under 2018. Målet är att etablera drift till sommaren 2019.

Kartläggning av e-hälsotjänster
På uppdrag från regionsjukvårdsledningen (RSL) har en kartläggning av e-hälsotjänster genomförts. I juni 2018 redovisades en kartläggning för RSL vilket gav en nulägesbild av regionens e-hälsotjänster, projekt och andra insatser i Jönköping. Kalmar och Östergötland. e-SPIR förvaltningsråd fick efter redovisningen uppdrag att återkomma med förslag på ett antal områden och/eller projekt där det finns vinster med att samverka inom sydöstra sjukvårdsregionen.

Resultatet blev tre initiativ som e-SPIR planerar att genomföra under 2019.
- Formaliserad samverkan kring Stöd- och behandling via Internet
- Gemensamt projekt för införande av formulärtjänster kopplat till Cosmic
- Målbild för första linjens vård - Erfarenhetsdag

Flera olika nätverksträffar och samverkansmöten har genomförts med olika teman under 2018 i syfte att samordna gemensamma aktiviteter eller att byta erfarenheter. Detta utvecklar oss och effektiviserar utvecklingen av e-hälsa inom den sydöstra sjukvårdsregionen.

Kvalitetsregister
En förstudie för att kartlägga regionens kvalitetsregister genomfördes under våren 2018. Syftet var att skapa ett tydligt beslutsunderlag för fortsatt

gemensamt arbete att ansluta, automatisera och integrera. Genom att öka förståelsen kring hur långt vi har kommit med våra register i regionen kan vi prioritera och skapa en plan för ett gemensamt arbete. Dessutom kan vi undvika onödigt dubbelarbete. Förstudien visade på förutsättningarna hos respektive verksamhet för att på så sätt förankra möjligheten att genomföra projekt på ett effektivt sätt.

Under 2018 etablerades ett projekt som beräknas pågå under 2019, med huvudmålet att effektivisera och öka kvaliteten i vården genom att automatisera datainsamling till Nationella registret för bröstcancer.

1.11 Kompetensförsörjning inom sjukvårdsregionen

Överenskommelse

Ett gemensamt arbete pågår avseende kompetensförsörjning vilket ska resultera i olika åtgärder för att möta framtida behov av kompetens i Sydöstra sjukvårdsregionen. Arbetet inriktas mot följande huvudområden:

- ökat lärande under temat ”Rätt kompetens och arbetssätt”
- samverkan med sjukvårdsregionens lärosäten för att möta behov av specialistutbildningar för sjuksköterskor
- ökad attraktivitet som arbetsgivare

Aktiviteter

Under året har följande hänt:

- Samverkan mellan sjukvårdsregionen och dess lärosäten har resulterat i ett uppdrag där berörda lärosäten ser över samverkan för att säkerställa utbud av specialistsjuksköterskeutbildning
- Kompetensrådet där sjukvårdsregionen arbetar tillsammans med Linköpings universitet har bidragit till universitetssjukvårdsstrategin med ett antal inriktningar kring utveckling av det gemensamma utbildningsuppdraget
- Igångsättandet av den decentraliserade läkarutbildningen har intensifierats inför kursstart i januari 2019
- Sjukvårdsregionen har startat samverkan kring olika former av ledarutveckling

1.12 Sjukvårdsregionala upphandlingar

Överenskommelse

Sjukvårdsregionen strävar efter att i varje möjlig upphandlingssituation samverka med syftet att uppnå hög kostnads- och resurseffektivitet. Samverkan sker inom ramen för Regionala upphandlingar i sydöstra sjukvårdsregionen (RUSS).

Aktiviteter
Arbetet inom RUSS har under 2018 haft fokus på att utöka de områden där samordnade upphandlingar kan ge stora fördelar, exempelvis inom medicinteknisk utrustning. RUSS har även arbetat med kvalitetssäkring av processer i syfte att stödja och förenkla det gemensamma upphandlings- och avtalssamarbetet.

Flera gemensamma upphandlingar har resulterat i ökad kvalitet eller sänkta kostnader med bibehållen eller ökad kvalitet. Gemensamma läkemedels-upphandlingar har sparat 5,1 miljoner kronor per år. Samordnade upphandlingar inom bland annat syn- och hörselhjälpmedel har också haft en tydlig ekonomisk effekt.

Mål och resultat för arbetet i RUSS presenteras årligen för regionsjukvårds-ledningen. Region Jönköpings län är ordförande i gruppen 2018-2019.

1.13 Samarbete medicinteknik

Överenskommelse
Inom sjukvårdsregionen finns en ambition att öka samarbetet kring införande av ny medicinteknik. Målet är att patienter i sjukvårdsregionen ska ha jämlik tillgång till ändamålsenliga, kostnadseffektiva och säkra medicintekniska metoder och att sjukvårdshuvudmännen ska ha välgrundade underlag för horisontell prioritering vid införande av nya metoder.

Aktiviteter
En nationell arbetsgrupp- och ett nätverk för medicinteknik har bildats och etableringsarbetet leds i projektform av SKL under 2018-2019 d.v.s. under ledning av regionerna via en styrgrupp som utgörs av den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik, kallad NSG LM/MT. SÖSR tre kontaktpersoner från vartdera länet har alla hög kompetens inom det medicintekniska området, en av dessa representerar i den nationella arbetsgruppen tillika leder den.

Den sjukvårdsregionala MT-gruppen har kommit långt i samverkan jämfört med övriga sjukvårdsregioner i landet. Under hösten 2017 utarbetades en rutin för samverkan och under 2018 har den sjukvårdsregionala MT-gruppen intensifierat dialogen med berörda RMPO samt att en pilotprodukt har granskats i syfte att ta fram en generisk process för ordnat införande av medicinteknik. Målet är att den generiska processen ska kunna fastställas under våren 2019.

1.14 Regionala nätverk

Överenskommelse

Förutom RMPG har också inrättats ett antal nätverk och arbetsgrupper. I grupperingarna ingår sakkunniga inom specifika sjukdomsgrupper/tillstånd. Därutöver finns nätverk för representanter med administrativa uppgifter (uppföljning, ekonomi och klassificeringsfrågor)

Aktiviteter

Arbete har påbörjats under året för att docka an en del regionala nätverksgrupper till den nationella kunskapsstyrningsstrukturen och som blir ”regionala samverkansgrupper”. Värt att nämna är också den sjukvårds-regionala ekonomigruppen som under året utvecklat avtalsmodellen till 2019 att gälla alla patientströmmar inom sjukvårdsregionen med undantag för primärvården.

1.15 Gemensam webbplats för sydöstra sjukvårdsregionen

Sjukvårdsregionens webbplats, www.sydostrasjukvardsregionen.se, stödjer regionernas samverkan. Webbplatsen samlar överenskommelser, beslutsunderlag och dokumentation från samverkansnämnden, regionsjukvårdsledningen, regionala medicinska programområden och andra samverkansgrupper. Webbplatsen förvaltas av Region Jönköpings län.

Stärka och utveckla universitetssjukhusets ställning som centrum för regionsjukvård, forskning, utveckling och utbildning

US bedriver huvudparten av regionens regiongemensamma vård. Sjukhuset är därutöver sista linjens sjukhus med konsultservice till sjukvårdsregionens kollegor. Under senare tid pågår ett antal processer som sannolikt kommer att stärka universitetssjukhusens roll i landet som sjukvårdsregionala centra.

Exempel på detta är:
Det nya ALF-avtalet (Avtal om Läkarutbildning och Forskning) där begreppet universitetsjukvårdsenheter etableras. Vården ges ett vidare begrepp än bara lokaliserad till ett ”sjukhus” men innebär samtidigt att vissa kriterier måste uppfyllas. I förlängningen med decentraliserad läkarutbildning i sjukvårdsregionen med tillhörande så kallade anknytningsavtal kan detta komma att medföra en breddad bas för universitetssjukvård i sydöstra sjukvårdsregionen.

En strategi för universitetssjukvården har tagits fram under året och kommer att beslutas hos respektive huvudman i början av 2019.

Nationellt och regionalt nivåstruktureringsarbete, dels inom ramen för RCC i samverkan där hittills ett tiotal områden behandlats, dels inom ramen för nationellt högspecialiserad vård (Socialstyrelsen) där arbete påbörjats inom kvinnosjukdomar och neurosjukdomar, Arbetet med ytterligare områden har intensifierats under slutet av 2018. I korthet innebär dessa processer koncentration till färre enheter där fokus sker på volym och kvalitet. I Sydöstra sjukvårdsregionen förutsätts detta inte vara en ensidig riktning utan begreppet ”arbetsfördelning” gäller i lika stor utsträckning. Under 2018 har patienter från Östergötland erbjudits vård in RJL och LKL avseende kirurgi, kvinnosjukvård och urologi som ett resultat av denna arbetsfördelning.

Utöver rollen som regionalt kompetenscentrum efterfrågas vård vid US från andra utomregionala landsting i en allt större utsträckning från 112 mkr 2010 till 183 mkr 2018. De senaste åren har nivån stabiliserats runt 180 mkr. Dessutom tillkommer även vården vid Brännskadeenheten (rikssjukvård) men som uppvisar stora variationer mellan åren (ca 50-70 mkr).

Tillgodose behovet av forskning och kompetensutveckling i sjukvården

1.16 Läkarutbildning och forskning

Överenskommelse

Samarbetet med Linköpings universitet utökas och förberedelsearbetet för den decentraliserade läkarutbildningen kommer att intensifieras under 2018. Projektering av utbildningslokaler och tillsättning av universitetslektorer påbörjades under 2016 och har fortsatt under 2017 och kommer att fortsätta under såväl 2018 som under kommande år. Ett regionalt ALF avtal har tagits fram och utöver FORSS samarbete har forskningssamarbetet också stärkts genom Forum Sydost och USB (Universitetssjukvårdsberedningen).

Aktiviteter

Läkarutbildningen vid Linköpings universitet har fått ökat antal studenter och för att klara av VFU (verksamhetsförlagd utbildning) har under 2014 nya samarbetsavtal tecknats med RJL och LKL samt Linnéuniversitetet och Jönköping University. Parterna inom sydöstra sjukvårdsregionen är nu så kallade ”upplåtna enheter” och läkarutbildningen kommer att decentraliseras. Från och med det kliniska stadiet (enligt gällande curriculum from termin 6) kommer läkarstudenterna att fördelas på fyra huvudstudieorter, Linköping, Norrköping, Jönköping och Kalmar. Detta kommer att starta från och med vårterminen 2019 med de första läkarstudenterna på plats på respektive studieort 2019-01-21.

Utöver samverkan genom FORSS och Forum Sydost har Universitets-sjukvårdsberedningen på uppdrag av Samverkansrådet RALF SÖ (Storpresidiet) tagit fram en strategi för klinisk forskning och utbildning samt hälso- och sjukvårdsutveckling för universitetssjukvården i sydöstra sjukvårdsregionen. Strategin antogs av samverkansnämnden i november.

Målbild 2025:

- Hela sydöstra sjukvårdsregionen är en sammanhållen framgångsrik klinisk forsknings- och utbildningsmiljö. För att kunna nå detta mål har det införts ett gemensamt system för vårddata och forskningsdata.
- Hälso- och sjukvården i sydöstra sjukvårdsregionen är fortsatt nationellt ledande i kvalitetsutvärderingar och lever upp till sjukvårdsregionens patientlöften.
- Universitetssjukvården bedriver internationellt slagkraftig klinisk och translationell forskning, med mötet mellan människa och teknik och samhällsnytta som ledord.
- Sydöstra sjukvårdsregionen ska vara Sveriges bästa sjukvårdsregion för klinisk utbildning, från grundutbildning till specialistkompetens och

docentur, samt vara världsledande i utvecklingen inom interprofessionellt lärande.

Den decentraliserade läkarutbildningen, enligt sjukvårdsregionens regionala ALF-avtal, är en viktig del av strategin. Från och med vårterminen 2019 fördelas läkarstudenterna (från kurs 6) till de fyra huvudstudieorterna Linköping, Norrköping, Jönköping och Kalmar. Lärartjänster i form av professorer och universitetslektorat har tillsatts på studieorterna där även teknik för videosända föreläsningar installerats.

1.17 Verksamhetsförlagd utbildning inom andra områden

Aktiviteter

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för övriga studentgrupper sker i samverkan med medicinska fakulteten vid Linköpings universitet, Linnéuniversitetet i Kalmar och Växjö samt Hälsohögskolan vid Jönköping University.

Verksamhetsförlagd utbildning sker inom de flesta specialiteter inom hela sjukvårdsregionen med studenter från ett flertal lärosäten och verksamheten har ökat jämfört med föregående år.

1.18 FORSS

Överenskommelse

Forskningsrådet i sydöstra sjukvårdsregionen (FORSS) har framgångsrikt främjat samverkan inom forskning i sjukvårdsregionen under mer än 20 år. En viktig framgångsfaktor inom klinisk forskning är tillgång till stora patientmaterial. För vissa studier kan sydöstra sjukvårdsregionens ca 1 miljon invånare ligga på gränsen för lämplig forskningspopulation.

Från 2013 har samarbetet därför utvidgats i och med deltagande från Region Kronoberg samtidigt som beslut tagits om resursförstärkning rent generellt.

I samband med detta har FORSS frikopplats från samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen och leds organisatoriskt av de fyra ingående parterna. Ordförandeskap 2018 har upprätthållits av Region Östergötland.

Aktiviteter

Under året har nedanstående fördelning skett av FORSS-medel

FORSS är ett bra exempel på hur landstingen samverkar för att tillgodose behovet av forskning och kompetensutveckling i sjukvården. FORSS grundidé är att satsa på kliniskt patientnära forskning som ska ske i samverkan mellan minst två av de samverkande huvudmännen.

Årligen avsätts 25,9 mkr från de fyra regionerna med följande fördelning 2018:

Region Östergötland	17,0 mkr
Region Jönköpings län	3,9 mkr
Region Kalmar län	2,7 mkr
Region Kronoberg	2,3 mkr

Fördelning av projektmedel (projektledarens länstillhörighet) 2012-2017:

(belopp i mkr)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RÖ	13,8	15,9	16,5	17,7	19,0	15,5
RJL	2,6	2,0	3,2	2,6	2,6	3,4
RKL	3,1	3,0	3,7	4,5	2,2	3,3
Reg Kronoberg	0,3	0,8	1,1	1,9	2,1	1,0
Summa	19,8	21,7	24,5	26,7	25,9	23,2

Medel som ej fördelats överförs till nästkommande år.

Ett annat sätt att redovisa fördelningen av projektmedel är att visa på vad respektive region får ut i värde av regionala FORSS-projekt:

(belopp i mkr)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RÖ, RJL, RKL och Region Kronoberg tillsammans	10,7	11,4	10,2	11,3	10,7	9,6
RÖ och RJL	4,9	5,0	7,3	7,0	7,6	6,3
RÖ och RKL	2,5	2,9	3,7	3,7	3,8	3,4
RJL och RKL	0,4	0,2	1,1	0,7	0,5	1,4
Enbart 1 län (pilotprojekt)	0,5	1,0	0,7	0,4	0,6	0,7
Region Kronoberg i samverkan med andra		1,2	1,5	3,6	2,7	1,8
Summa	19,8	21,7	24,5	26,7	25,9	23,2

1.19 Kompetensutveckling läkare

Överenskommelse

Utöver avtal om köpt regionsjukvård vid US, finns överenskommelser om:
Regionalt utbyte för läkare under specialistutbildning (ST)
Efterutbildning av specialistläkare från Sydöstra sjukvårdsregionen vid US

Aktiviteter

Sedan lång tid tillbaka finns avtal som reglerar förhållandena där ST-läkare får randutbildning vid US samt efterutbildningsmånader för specialistläkare. Budgeterad volym har satts i relation till långsiktigt utfall där volym ST har satts till 150 månader och volym efterutbildning har satts till 36 månader. Nedanstående tabeller redovisar ansökningsmånader från sjukvårdsregionen.

Sidoutbildning ST-läkare (antal sökta månader)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RJL	63,5	78	95	128,5	110,5	90,5
RKL	109	72	74	63	68,5	67,5
Summa	172,5	154	169	191,5	179,0	158,0

Efterutbildning specialistläkare (antal sökta månader)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RJL	15,5	12	14	9	19	5
RKL	5,5	10	4,5	5,5	2	0
Summa	21	22	18,5	14,5	21	5

Anm: Någon särskild förklaring till minskning av efterutbildning har inte kunnat identifieras men kan ses i ljuset av en nedåtgående nationell trend.

Tillämpa principen om regioninvånarnas rätt att välja vårdgivare

Regionsamverkansavtalets § 5, § 6 och § 7 redogör för de valfrihetsregler vid vårdsökande som finns inom sjukvårdsregionen.

Sydöstra sjukvårdsregionen var tidigt ute med att underlätta för medborgarna att välja vårdsgivare i sjukvårdsregionen. Genom patientlagen som trädde i kraft 2015 har detta nu generellt reglerats inom landet för den öppna vården.

Inom regionöverenskommelsen redovisas även patientströmmarna mellan Ydre och Eksjö. En separat överenskommelse avseende rättspsykiatri finns mellan RÖ och RJL.

I tabellen nedan redovisas kostnader (mkr) för patientströmmar 2015-2018 inom sjukvårdsregionen men utanför regionavtalet dvs RÖ:s patienter vårdade inom RJL och RKL, RJL:s patienter vårdade inom RÖ (ej ”US”) och RKL samt RKL:s patienter vårdade inom RÖ (ej ”US”) och RJL.

Belopp i mkr	**2015** utförarlandsting			**2016** utförarlandsting			**2017** utförarlandsting			**2018** utförarlandsting		
Köpar-landsting	RÖ	RJL	RKL	RÖ	RJL	RKL	RÖ	RJL	RKL	RÖ	RJL	RKL
RÖ	-	21,0	19,4	-	28,3	21,5	-	40,7	28,0	-	52,2	29,6
RÖ Ydre/Eksjö	-	37,2	-	-	37,2	-	-	33,9	-	-	31,6	-
RJL*	40,7	-	14,5	49,0	-	12,3	48,7	-	9,1	70,1	-	13,0
RKL	10,5	6,4	-	9,0	7,9	-	17,5	5,9	-	17,0	6,7	-

Anm: *I värden för RJL inkluderas rättspsykiatri i Vadstena exklusive akut öppen vård.
Tabellen ovan indikerar relativt stabila patientflöden över åren.
RÖ:s ökade remittering till RJL och RKL under senare år beror till största delen på tillgänglighetsåtgärder samt arbetsfördelning inom cancerområdet.

Upprätthålla en hög självförsörjningsgrad inom regionsjukvården

US roll som universitetssjukhus för sjukvårdsregionen innebär att en hög självförsörjningsgrad ska kunna upprätthållas. Över tid redovisas stabila patientströmmar från RJL och LKL.

Trots detta föreligger och kommer att föreligga behov att inom vissa områden, förutom ren akut vård, remittera patienter till andra sjukhus. Den främsta orsaken är att verksamheten inte bedrivs vid US, t ex inom transplantationsområdet och barnhjärtkirurgi. Remitteringsbehov kan även uppstå då vårdplatsbrist eller annan kapacitetsbrist kan föreligga vid US.

Effekter av nationellt nivåstruktureringsarbete kan komma att påverka dessa förhållanden.

I tabellen nedan redovisas kostnader (mkr) för utomregional vård för respektive region/landsting under 2015- 2018 uppdelat på akut vård, planerad vård och primärvård.

Belopp i mkr	2015			2016			2017			2018		
	Akut	Plan	PV	Akut	Plan	PV	Akut	Plan	PV	Akut	Plan	PV
RÖ	72,5	155,8	18,1	68,1	165,3	20,8	75,8	212,9	22,7	79,7	235,6	27,8
RJL	98,4	153,0	11,5	90,1	140,6	13,8	113,5	125,3	15,4	121,0	166,3	16,3
RKL	43,2	84,5	12,6	39,8	123,3	15,2	44,4	116,1	18,3	31,6	130,3	19,3
Summa	214,1	393,3	42,2	198,0	429,2	49,8	233,7	454,3	56,4	232,3	532,2	63,4

Anm: Det förekommer alltid variationer inom den utomregionala vården. När det gäller den planerade vården i regionen kan man inte se någon dramatisk ökning utan det svänger en del. Svängningarna mellan åren beror på hur ”svåra” patienterna är. När det kommer till den utomregionala vården är det främst inom transplantationskirurgin, barnsjukvård och psykiatrisk tvångsvård som uppvisar stora kostnader. Enskilda fall av vårdepisoder är i vissa fall mycket kostsamma. Även patientens fria val av öppenvårdsbesök i andra landsting utanför regionen tenderar att öka.

Som ett exempel berodde de lägre kostnaderna för planerad vård inom RJL 2017 främst på minskad remittering inom barnsjukvård med färre dyra patienter en utveckling som fortsatt sedan 2016. Dessa bägge år får dock ses som undantagsfall då utfallen vanligtvis ligger i nivån 150-160 mkr. Vad gäller RÖ:s kraftiga ökning 2017 så beror den kraftiga kostnadsökningen på remittering av patienter främst av tillgänglighetsskäl. En utveckling som fortsatt även 2018.

Eftersträva god ekonomisk hushållning av regiongemensam vård

För jämförelser om kostnadseffektivitet utnyttjas så kallad KPP-redovisning (Kostnad Per Patient eller patientrelaterad redovisning). Sveriges Kommuner och Landsting samlar in KPP-redovisningar från i stort sett alla regioner. Data sammaställs som ett genomsnittligt medeltal för riket. Mot detta kan en enskild kliniks värden ställas.

US

Nedan visas en redovisning för några kliniker dels av rent sjukvårdsregional karaktär (neuro- och thoraxkirurgi) dels några klinker med blandad verksamhet. Värdena anger klinikens kostnad (öppen och sluten vård) i förhållande till nationellt genomsnitt för universitetssjukhus. Värden under 1,0 ger en lägre kostnad än nationellt genomsnitt.

Värden för 2018 är klara sommaren 2019.

DRG-kodningen ger primärt ingen möjlighet till att skilja ut högspecialiserad vård från länssjukvård.

Klinik	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
	Index US/nat	Index US/nat	Index US/nat	Index US/nat	Index US/nat
Ortopedi inkl ryggkirurgi	0,82	0,83	0,93	0,98	0,98
Neurokirurgi	0,94	0,94	1,08	1,00	1,11
Thoraxkirurgi	0,88	0,89	1,04	1,01	0,95
Kardiologi	0,95	0,95	0,96	0,91	0,92
Kirurgi	0,82	0,87	0,90	0,91	0,91
Barnmedicin	1,07	1,05	1,13	1,15	1,07

Total kostnadsnivå för US enligt KPP jämförbart med övriga universitetssjukhus ligger på en faktor 0,98 (dvs 2 % lägre än riksgenomsnitt för universitetssjukhus).

Övriga sjukhus

En redovisning enligt KPP-metodik sker nu även för övriga sjukhus inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Även här ligger den totala kostnadsnivån under kostnadsnivån för jämförbara sjukhus i övriga landet.

Regionala systemmått

Bilaga 2 till Årsredovisning 2018
för samverkansnämnden
i sydöstra sjukvårdsregionen

Gemensamma värderingar

I regionsamverkansavtalets § 2 fastslås ett antal punkter om gemensamma värderingar:

- Patientfokusering – Vården och de kliniska besluten ska präglas av respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar.
- Tillänglighet – Ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon bedöms ha behov av.
- Jämlikhet – Vården ges på lika villkor för alla utifrån behov.
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig – Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den ska utformas för att möta individens behov på bästa sätt.
- Säker – Förhindra vårdskador genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Tillräckliga lokaler, utrustning och personalresurser för att kunna ge en god vård ska finnas.
- Kostnadseffektiv – God resurshushållning. Ge vården i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på svårighetsgrad och kostnadseffektivitet för åtgärderna

De regionala systemmått som följts genom åren uppvisar i mångt och mycket de förhållanden som gällt tidigare år, varför text- och siffermässiga förändringar är marginella.

Tillgänglighet

Tillgängligheten i landet försämras så även inom Sydöstra sjukvårdsregionen utifrån gränser på 90 dagar till besök och 90 dagar till operation/åtgärd. Sjukvårdsregionens försämring ligger främst avseende besök medan tillgänglighet till operation/behandling fortfarande står sig väl jämfört med nationellt genomsnitt.

Medicinska mått ur Öppna jämförelser

För att spegla de medicinska resultaten i några stora sjukdomsgrupper har ett mycket begränsat urval av mätetal hämtats ur Vården i siffror.

Av de tre medicinska resultatmåtten som mäts via de regionala systemmåtten uppvisar landstingen i regionen bra resultat i förhållande till nationell nivå.

En bredare analys av samtliga medicinska resultatmått i Vården i siffror visar på att sjukvårdsregionen ligger väl till i landet.

Cancermått

Cancermåtten redovisas mer genomgripande i de resultatredovisningar dels samlat dels diagnosspecifikt som presenteras av RCC Sydöst. I de regionala systemmåtten visas några större cancerdiagnoser där täckningsgrad för register är hög inom bröst- och prostatacancer. Tyvärr är utvecklingen negativ avseende lungcancer. Vad gäller måluppfyllelsen för multidisciplinära konferenser är den hög inom bröst- och coloncancer men med försämrad utveckling inom RÖ. Tyvärr är måluppfyllelsen låg och försämrad avseende lungcancer.

Läkemedelsanvändning

Läkemedelsanvändningen vid landstingen inom Sydöstra sjukvårdsregionen följs dels ur perspektivet kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning dels ur perspektivet ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Det är slående hur väl de tre landstingen följer varandra i förändringen och även i förhållande till den nationella utvecklingen. Detta förhållande har gället under ett antal år. I de flesta fall uppvisas bättre resultat än nationella genomsnitt med undantag för kostnader för oxykodon-innehållande läkemedel i RJL samt användning av tramadol inom hela sjukvårdsregionen.

En översiktlig analys tyder på att oxykodon-preparat är dyrare än morfinpreparat samt att traditionella förskrivningsmönster geografiskt påverkar användning av tramadol – ju längre söderut i landet, ju högre användning.

Avseende antibiotikaförskrivning är förhållandet detsamma, följsamhet till riket med en tendens att ligga något under rikssiffrorna.

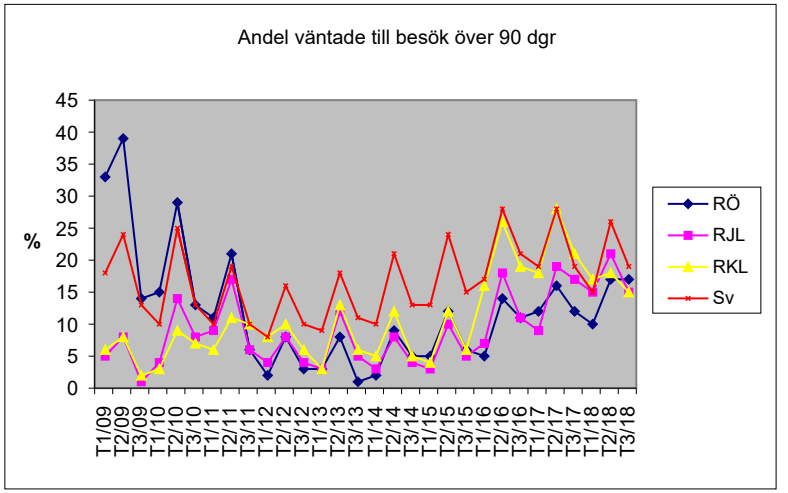
Kostnader

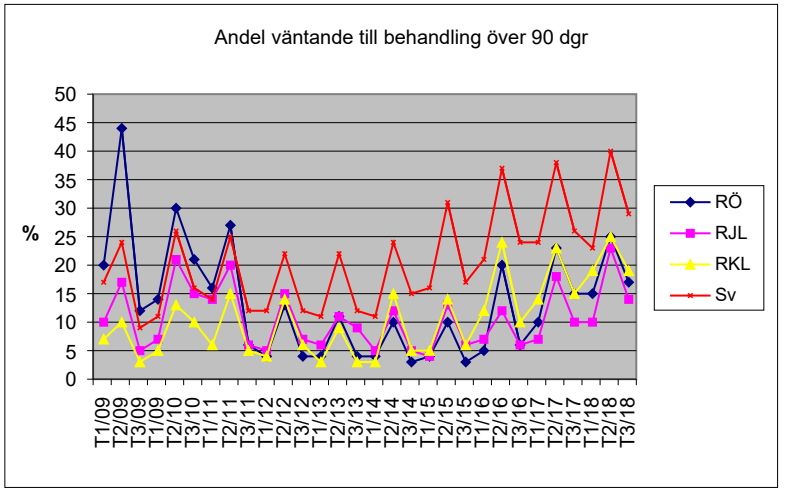
Den genomsnittliga nettokostnadsökningen för landstingen i landet är ännu inte slutligen redovisad. En preliminär bedömning att RJL ligger under nationellt genomsnitt medan RÖ och RKL ligger över nationell genomsnittlig nettokostnadsökning.

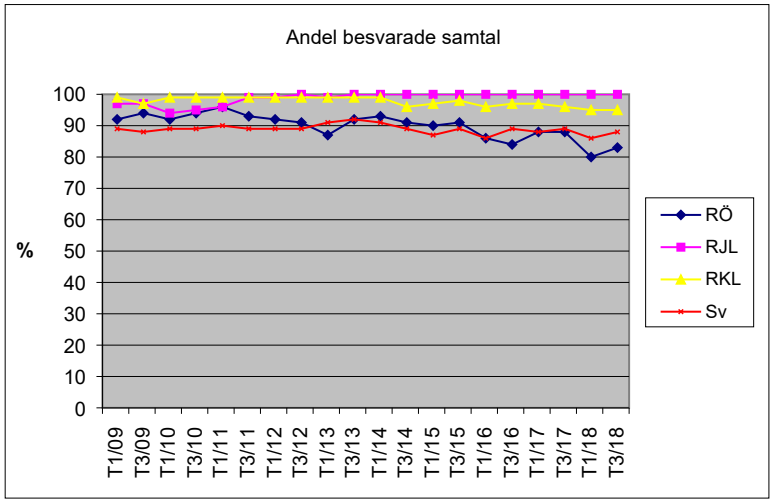
De regionala systemmåtten redovisas i bilaga 3 med diagram i bilaga 4.

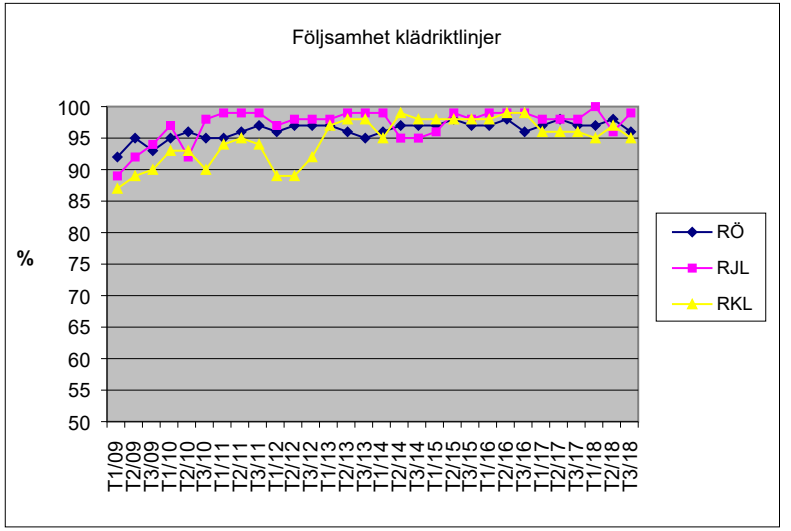
Systemmått 2018 Tertial III (status 2018-12-31)

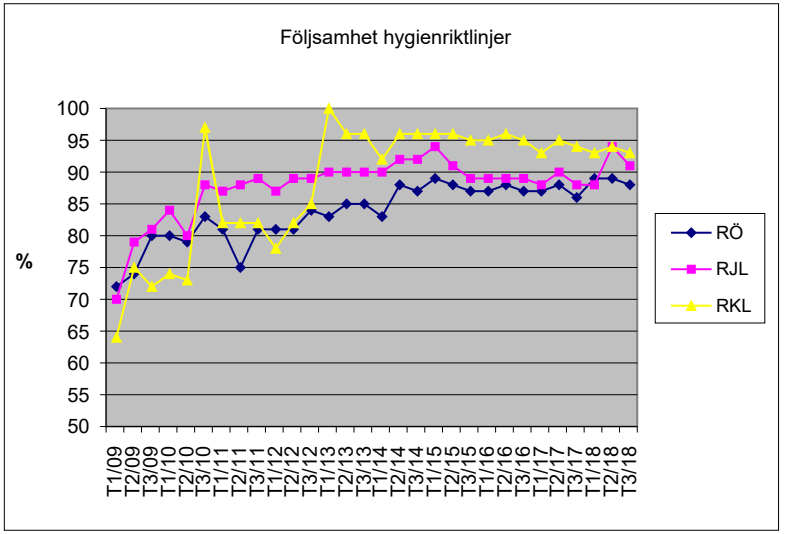
God Vård	Systemmått	"Mått"	Mätmetod	Nat/egen	Redovisn Frekvens	RJL	RÖ	RKL	Sverige
Vård i rimlig tid	Tillgänglighet i förhållande till vårdgarantin	Antal väntande patienter till besök i specialiserad sjukvård över vårdgarantigräns	Nationella väntetidsdatabasen	Nationell	Tertial	15%	17%	15%	19%
Vård i rimlig tid	Tillgänglighet i förhållande till vårdgarantin	Antal väntande patienter till behandling/åtgärd i specialiserad sjukvård över vårdgarantigräns	Nationella väntetidsdatabasen	Nationell	Tertial	14%	17%	19%	29%
Vård i rimlig tid	Telefontillgänglighet	Besvarade samtal	Nationell databas	Nationell	mars/okt	100%	83%	95%	88%
Säker vård	Andel vårdrelaterade infektioner	Antal patienter med infektion/antal inneliggande patienter	Punktprevalensmätning	Nationell	1 ggr/år	7,2%	10,1%	4,7%	9,1%
Säker vård	Andel vårdrelaterade infektioner	Följsamhet kläd- och hygienregler	Observationsstudier	Egen	Tertial	K99%/H91%	K96%/H88%	K95%/H93%	
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	Medicinska resultat, diabetets	Andel patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck (<140/85 mm Hg)	ViS	Nationell	1 ggr/år	53,9%	65,4%	53,0%	55,0%
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	Medicinska resultat, stroke	Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet	ViS	Nationell	1 ggr/år	82%	90%	83%	85%
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	Medicinska resultat, hjärtsjukvård	Andel patientet som behandlats med akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt	ViS	Nationell	1 ggr/år	94,6%	92,6%	87,5%	91,9%
Jämlik vård	Skillnader i antibiotikaanvändning	STRAMA-målet (250-målet)	Recept/1000inv (12-mån period)	Nationell	Kvartal	280	286	289	296
Effektiv vård	Registerkvalitet	Täckningsgrad register	INCA	Nationell	T3	Bröst 99% Kolon 72% Lung 49% Prostata 99%	Bröst 94% Kolon 82% Lung 84% Prostata 99%	Bröst 99% Kolon 99% Lung 54% Prostata 99%	
Effektiv vård	Effektiva cancerprocesser	Andel fall som blir handlagda på preoperativ multidisciplinär konferens	INCA	Nationell	T1 och T3	Bröst 98% Colon 93% Lung 71%	Bröst 88% Colon 83% Lung 73%	Bröst 100% Colon 96% Lung 43%	
Effektiv vård	Kostnadseffektivitet	Nettokostnadsutveckling	Ekonomisystem	Egen	1 ggr/år	4,0%	5,4%	6,1%	ca 4,5%
Effektiv vård	Kostnadseffektivitet/Ändamålsenlig läkemedlesanvändning	Uppföljning av läkemedelsgrupper från TLV:s produktgenomgångar, magsyrarelaterade symtom, höga blodfetter och användning av Tramadol. Kostnad (apotekens utförsäljningspris (AUP) kr exkl moms per definierad dygnsdos (DDD)	Xplain alt Consize	Egen	Tertial	Oxykodon/Morfinprep N02A 12,61 kr/DDD, Höga blodfetter C10 0,76 kr/DDD, Användn av Tramadol N02AX02 hos personer > 65 år 707 DDD/TIN	Oxykodon/Morfinprep N02A 10,89 kr/DDD, Höga blodfetter C10 0,68 kr/DDD, Användn av Tramadol N02AX02 hos personer > 65 år 673 DDD/TIN	Oxykodon/Morfinprep N02A 8,88 kr/DDD, Höga blodfetter C10 0,84 kr/DDD, Användn av Tramadol N02AX02 hos personer > 65 år 764 DDD/TIN	Oxykodon/Morfinprep N02A 11,44 kr/DDD, Höga blodfetter C10 0,9 kr/DDD, Användn av Tramadol N02AX02 hos personer > 65 år 553 DDD/TIN

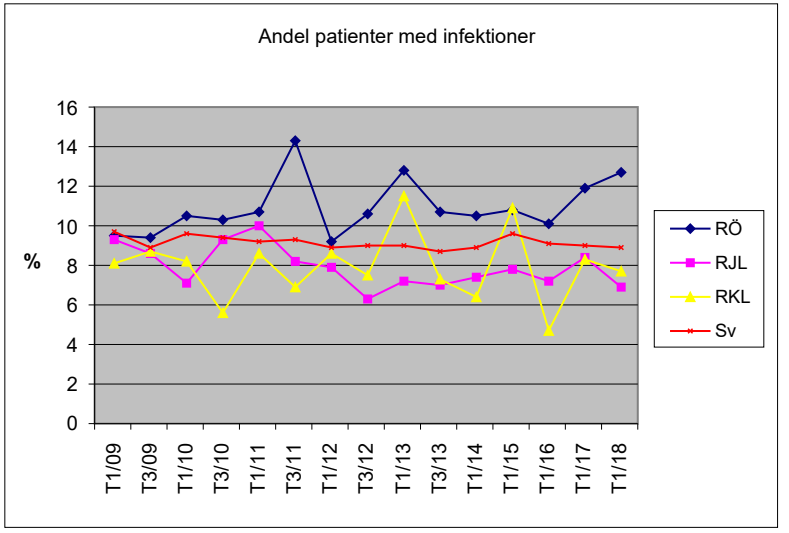

Andel väntade till besök över 90 dgr
%
RÖ
RJL
RKL
Sv

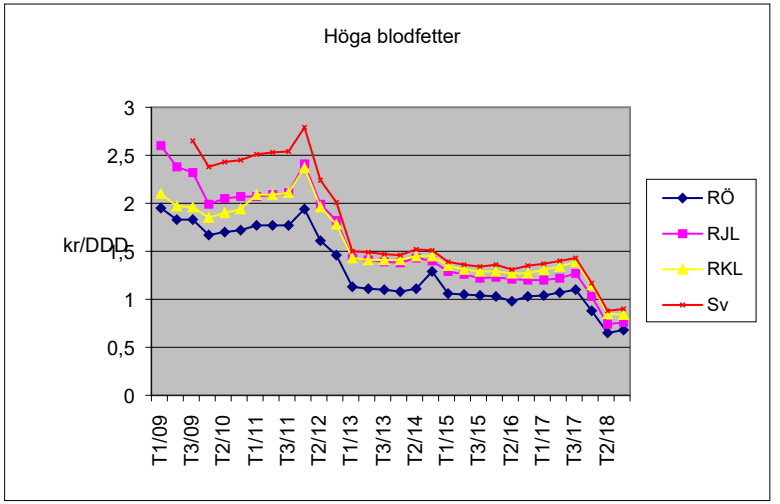

Andel väntande till behandling över 90 dgr
%
RÖ
RJL
RKL
Sv

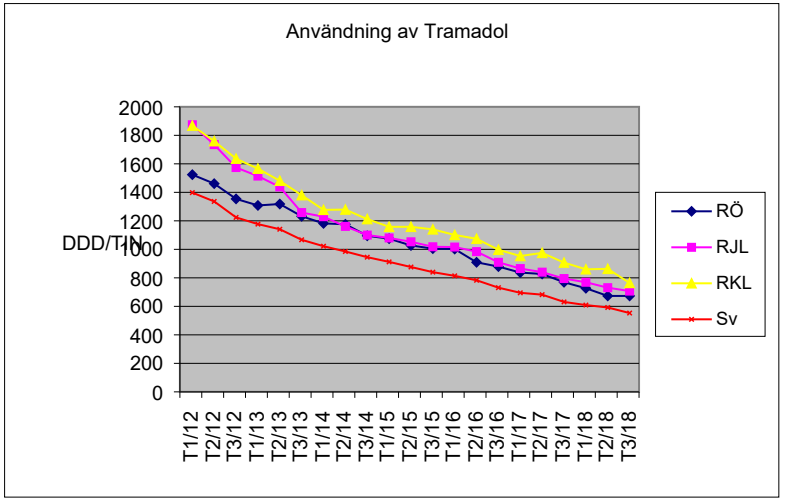

Andel besvarade samtal
%
RÖ
RJL
RKL
Sv

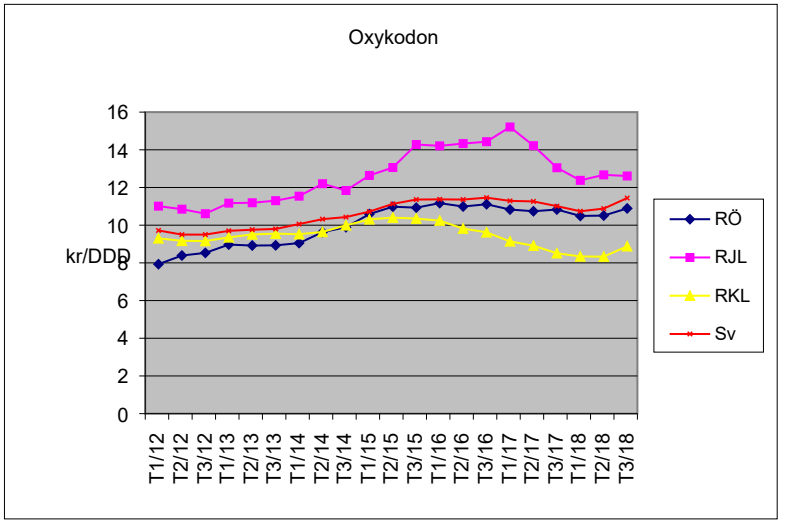

Följsamhet klädriktlinjer
%
RÖ
RJL
RKL

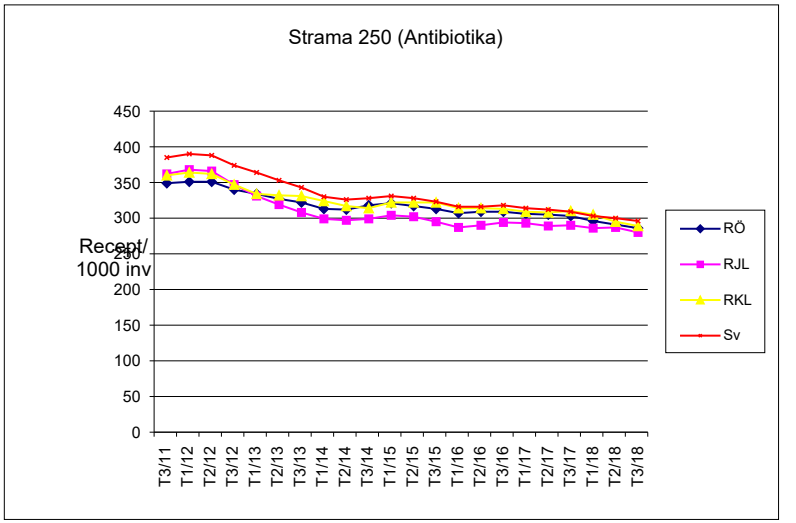

Följsamhet hygienriktlinjer
%
RÖ
RJL
RKL

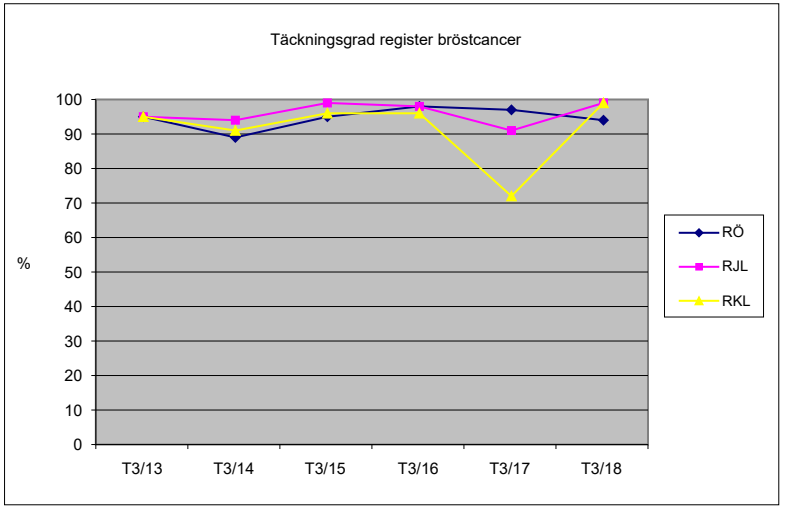

Andel patienter med infektioner
%
RÖ
RJL
RKL
Sv

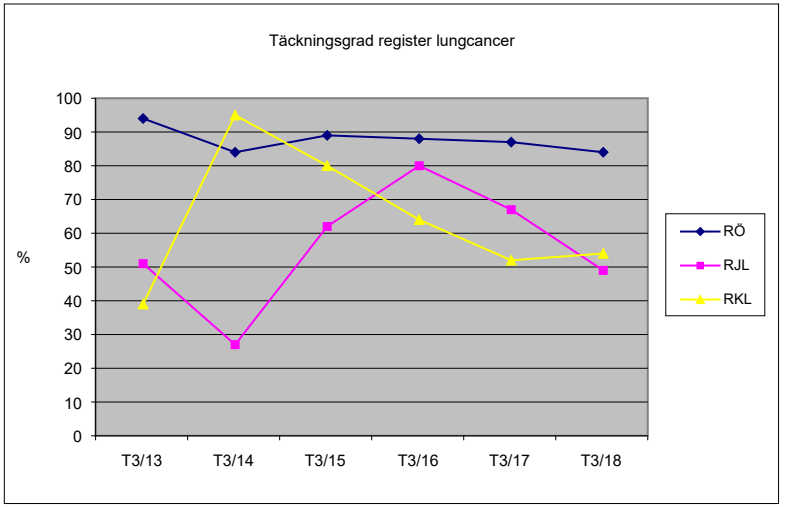

Höga blodfetter
kr/DDD
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
T1/09
T3/09
T2/10
T1/11
T3/11
T2/12
T1/13
T3/13
T2/14
T1/15
T3/15
T2/16
T1/17
T3/17
T2/18
RÖ
RJL
RKL
Sv

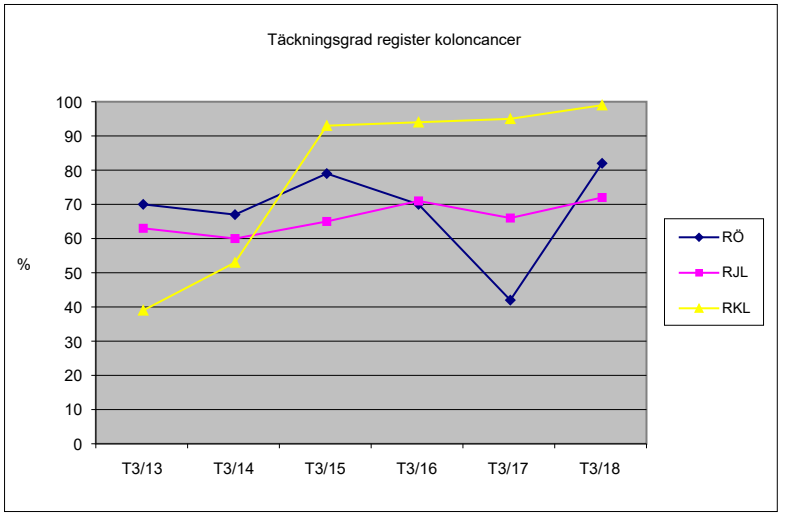

Användning av Tramadol
DDD/TIN
2000
1800
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
T1/12
T2/12
T3/12
T1/13
T2/13
T3/13
T1/14
T2/14
T3/14
T1/15
T2/15
T3/15
T1/16
T2/16
T3/16
T1/17
T2/17
T3/17
T1/18
T2/18
T3/18
RÖ
RJL
RKL
Sv

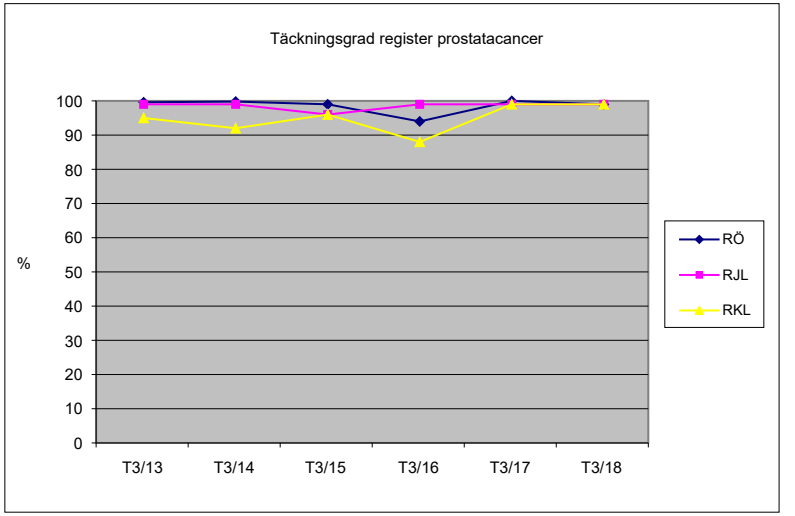

Oxykodon
kr/DDD
16
14
12
10
8
6
4
2
0
T1/12
T2/12
T3/12
T1/13
T2/13
T3/13
T1/14
T2/14
T3/14
T1/15
T2/15
T3/15
T1/16
T2/16
T3/16
T1/17
T2/17
T3/17
T1/18
T2/18
T3/18
RÖ
RJL
RKL
Sv

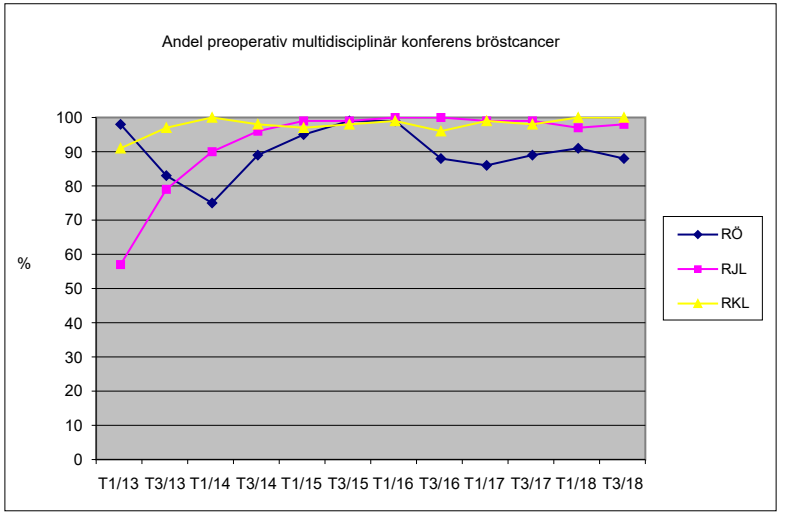

Strama 250 (Antibiotika)
Recept/
1000 inv
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
T3/11
T1/12
T2/12
T3/12
T1/13
T2/13
T3/13
T1/14
T2/14
T3/14
T1/15
T2/15
T3/15
T1/16
T2/16
T3/16
T1/17
T2/17
T3/17
T1/18
T2/18
T3/18
RÖ
RJL
RKL
Sv

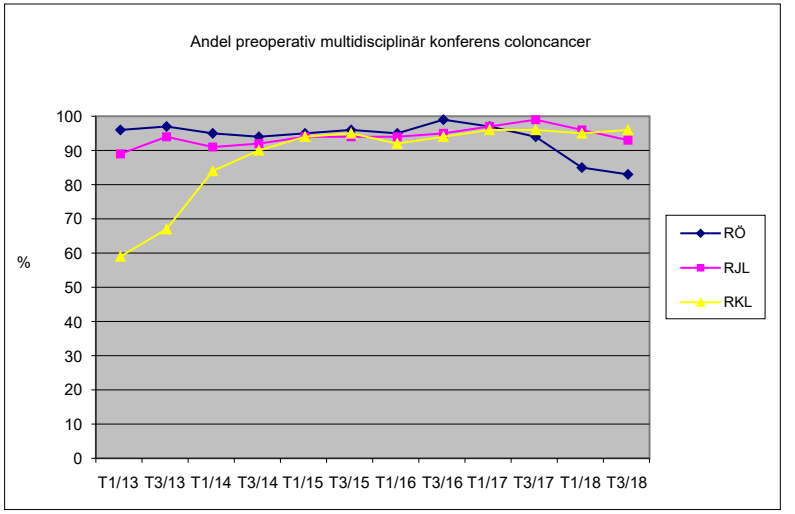

Täckningsgrad register bröstcancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T3/13
T3/14
T3/15
T3/16
T3/17
T3/18
RÖ
RJL
RKL

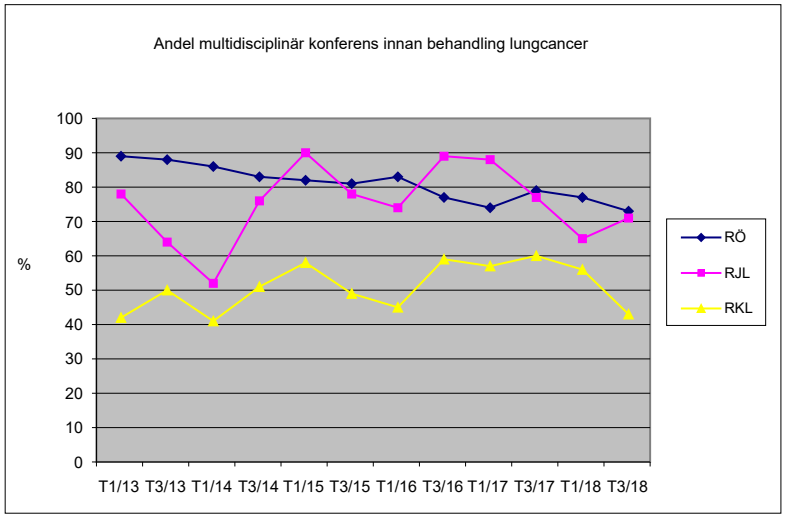

Täckningsgrad register lungcancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T3/13
T3/14
T3/15
T3/16
T3/17
T3/18
RÖ
RJL
RKL


Täckningsgrad register koloncancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T3/13
T3/14
T3/15
T3/16
T3/17
T3/18
RÖ
RJL
RKL


Täckningsgrad register prostatacancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T3/13
T3/14
T3/15
T3/16
T3/17
T3/18
RÖ
RJL
RKL


Andel preoperativ multidisciplinär konferens bröstcancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T1/13 T3/13 T1/14 T3/14 T1/15 T3/15 T1/16 T3/16 T1/17 T3/17 T1/18 T3/18
RÖ
RJL
RKL


Andel preoperativ multidisciplinär konferens coloncancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T1/13 T3/13 T1/14 T3/14 T1/15 T3/15 T1/16 T3/16 T1/17 T3/17 T1/18 T3/18
RÖ
RJL
RKL


Andel multidisciplinär konferens innan behandling lungcancer
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T1/13 T3/13 T1/14 T3/14 T1/15 T3/15 T1/16 T3/16 T1/17 T3/17 T1/18 T3/18
RÖ
RJL
RKL

Diarienr RS 2018-511

Högspecialiserad vård på US

Inför nationell nivåstrukturering

nuläge, möjligheter och utmaningar

2018-12-03
Tommy Skau
Stefan Franzen
Göran Atterfors

www.regionostergotland.se

Region Östergötland

Region Östergötland

Innehållsförteckning

Sammanfattning **2**
Svensk Hälso- och sjukvård **4**
Historisk bakgrund **4**
”Träning ger färdighet” **6**
Högspecialiserad vård på US **8**
Uppdrag och syfte 8
Metodbeskrivning 9
Resultat US **11**
Vårddata 11
Klinik intervjuer 13
BKC Barnkliniken 13
Kvinnokliniken 16
CKOC Hematologiska kliniken 19
Lungmedicinska kliniken 21
Kirurgiska kliniken 22
Onkologiska kliniken 25
Ortopediska kliniken 27
Urologiska kliniken 29
DC Klinisk genetik 32
HMC Endokrinmedicinska kliniken 33
Infektionskliniken 35
Kardiologiska kliniken 35
Magtarmmedicinska kliniken 38
Thorax kärl kliniken 40
NSC Barn och ungdomspsykiatriska kliniken 43
Medicinska och geriatriska akutkliniken 43
Neurologiska kliniken 44
Psykiatriska kliniken 45
SC Hand och Plastikkirurgiska kliniken 47
Neurokirurgiska kliniken 49
Rehab medicinska kliniken 54
Smärt och rehab centrum 56
Ögon kliniken 58
Öron näsa hals kliniken 59
Konklusioner **63**
Rekommendationer **72**

Region Östergötland

Sammanfattning

Tydlig definition och framförallt kodad registrering saknas för begreppet högspecialiserad vård (HSP). Kartläggningen av HSP på US bygger på vårddata från REBUS rörande unika patienter med tillhörande huvuddiagnos, åtgärder och hemlandsting. HSP utifrån diagnoser och åtgärder har bedömts av respektive klinik utifrån definitionen ”sådan vård som bedrivs på US på remiss från andra landsting för att man där inte har/bedriver den vårdverksamheten”. Kvantitativa resultatet får därmed förmodas vara behäftad med viss osäkerhet. Medicinsk service ingår inte i kartläggningen.

Hälften av US:s patientvårdande kliniker bedriver HSP. Högspecialiserade vården utgör ca 1/5 av slutenvården och mindre än 1/10 av öppenvården. Utomlänspatienter i slutenvård utgörs till drygt hälften av HSP. Omfattande vårdsamverkan och beroenden föreligger mellan kliniker för bl.a. skallbaskirurgi, bäckenkirurgisk problematik, hjärtsjukvård och könsdysfori-transsexuell kirurgi, magtarmsjukdomar, barnsjukvård och rehabilitering.

Hand och plastikkirurgiska kliniken har enda rikssjukvårdsuppdraget på US av 15 rikssjukvårdsområden. Kvinnokliniken har hittills det enda US uppdraget bland 11 nationellt nivåstrukturerade cancerbehandlingar. Tretton kliniker har högspecialiserad verksamhet som efterfrågas även utanför sydöstra sjukvårdsregionen.

Högspecialiserade vården utgör vitala delar i rollen som universitetssjukhus och är en viktig resurs för hela sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR). Det finns därmed skäl att säkra högspecialiserade spetsverksamheter på US i den pågående nationella nivåstruktureringen.

Nationell nivåstrukturering torde, om den genomförs i föreslagen omfattning, resultera i mycket stor påverkan på berörda specialistklinikers verksamhet, mest på de kliniker som uteslutande bedriver högspecialiserad vård. Ingen av klinikerna förutsätter eller planerar för så omfattande verksamhetspåverkan. Enbart volym av diagnoser och åtgärder är i många fall olämpligt som centraliseringsunderlag. Högspecialiserade vården karaktäriseras bl.a. av lågvolymer utifrån enskilda diagnoser och åtgärder. Enbart enskilda diagnoser och åtgärder är i många fall helt olämpliga som centraliseringsunderlag. Verksamhetsförluster riskerar ökade kostnader, påverkan på interdisciplinära beroenden och fr.a. kompetensflykt. Detta talar för att verka för att moderera ambitionsnivån i nivåstruktureringsarbetet.

Universitetssjukhuset i Linköping, som ett av landets mindre universitetsjukhus, hämmas av låga volymer och kan inte heller konkurrera med forskning. Bristen på sjuksköterskor, med tillhörande vårdplatsbrist och begränsad operationskapacitet, samt obalans i ekonomin med risker för ytterligare sparbeting, är ytterligare hot mot möjligheter att få nationella uppdrag vid ev. nationell nivåstrukturering.

Region Östergötland

De kliniker på US som uttrycker störst farhågor inför nationella nivåstruktureringen är Neurokirurgiska kliniken, Hematologiska kliniken, Barnkliniken och Öronkliniken. Alla påtalar fr.a. allvarlig risk för förlust av viktiga specialistkompetenser.
NPO neurosjukdomar har utarbetat en samverkansmodell som alternativ till centralisering och patientomflyttningar för deras verksamheter. Är motsvarande alliansstrategi framkomlig väg för flera?

US har bra resultat. Utöver spetskompetenser är medicinska- och patientupplevda resultat samt kvalitets- och utvecklingsarbete de områden där US torde ha bäst konkurrensmöjligheter vid nationell nivåstrukturering.

Tretton kliniker på US bedömer sig ha goda möjligheter i konkurrens om nationella uppdrag. Ansökningar om sådana uppdrag behöver föregås av analys av kapacitets-, och resursbehov och inbegripa de medicinska serviceenheterna i sådan planering. Ställningstagande till ev. satsningar som krävs för sådant åtagande behöver göras. Nationella åtaganden torde i flera fall inte kunna genomföras utan profilerad budgetsatsning.

Närmast föreliggande förberedelser inför kommande ansökningar är lokalplanering för Rehabmedicinska kliniken inför för väntat nära förestående nivåstrukturering av ryggmärgsskaderehabilitering, operationskapacitetsplanering för kirurgkliniken och kvinnokliniken samt ytterligare interventionslab på Seldingerenheten. Det finns skäl att se över ST-tilldelning för att säkra kompetensförsörjning av specialistläkare.

SÖSR är viktig för US:s HSP och fortsatt god sammanhållning i SÖSR är avgörande för att säkra patientunderlagen till US. Länsvisa nivåstruktureringar har skapat utrymme på US för ökad andel högspecialiserad vård. Regionala nivåstruktureringar bör samplaneras med de nationella nivåstruktureringarna med om möjligt växling av vårdverksamheter mellan US och länssjukvården.

Region Östergötland

Svensk hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård är ett sammanhållet nationellt system, format av regering och riksdag, med decentraliserat ansvar för finansiering och tillhandahållande av hälso- och sjukvård på 21 sjukvårdshuvudmän och i viss mån de 290 kommunerna. Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Den geografiska ytan och befolkningsunderlaget varierar mellan respektive sjukvårdshuvudman. Svensk sjukhusvård finns i tre nivåer, länsdelssjukhus med begränsat medicinskt uppdrag, länssjukhus som täcker i princip alla sjukdomsområden och universitetssjukhusen med uppdrag att behandla även de mer sällsynta och komplicerade medicinska vårdfallen.

Regeringen har föreskrivit om regioner för samverkan av hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Samtidigt finns högspecialiserad vård av sådan karaktär att förutsättningar för att bedriva densamma inom varje region har ifrågasatts. Nationell samordning och nivåstrukturering har prövats utifrån olika angreppssätt under flera år.

Historisk bakgrund

Sjukvårdsregioner

Riksdagen beslutade år 1960 utifrån betänkande från statlig utredning (SOU 1958:26) om tillskapande av sju sjukvårdsregioner. Universitetssjukhusen skulle utgöra regionsjukhus med tillhandahållande av högspecialiserad vård för respektive region. En central regionsjukvårdsnämnd skulle ha en samordnande roll mellan sjukvårdsregionerna för bl.a. den del av sjukvården som var att betrakta som mest specialiserad.

Rikssjukvårdsavtal, R-listan

En ny utredning på 70-talet (SOU 1978:70,) med uppdrag att se över organiseringen av regionsjukvården utifrån vikten att säkra tillräckligt patientunderlag för regionsjukhusen, föreslog bl.a. reduktion till sex sjukvårdsregioner och att vissa medicinska verksamhetsområden inte bör fördelas på mer än ett fåtal platser. I regeringsproposition (1980/81:9) tillstyrktes dessa förslag. Genom ett rikssjukvårdsavtal (RIA 1984) skapades instrument för planering, köp och försäljning av den mest specialiserade delen av hälso- och sjukvården över regiongränserna. Den s.k. R-listan, framarbetad av Socialstyrelsen, fastställdes av Landstingsförbundets styrelse. För de verksamheter som fanns med i denna förteckning var hela landet upptagningsområde.

Region Östergötland

Vårdkatalog

Systemet med R-lista avvecklades under tidigt 1990-tal då riksplaneringen hade kantats av motsättningar mellan huvudmännen. Systemet ersattes av ett fritt köp- och säljsystem. Socialstyrelsen tog fram en vårdkatalog med uppgifter om de specialiserade verksamheter som hade ett upptagningsområde från mer än två sjukvårdsregioner utöver den egna.

Rikssjukvård

År 2002 tillsattes ytterligare en utredning i syfte att analysera förutsättningarna, utmaningarna och framgångsfaktorerna för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen med inriktning på starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå (rikssjukvård) istället för då gällande marknadstänk. Baserat på utredningsförslagen lades i regeringens proposition (2005/06:73) grund för rikssjukvårdssystemet med Socialstyrelsen som utredare och med en nämnd för beslut om vad och var nationellt samordnad rikssjukvårdsverksamhet skall bedrivas. Under perioden 2006 – 2017 beslutades om 15 verksamhetsområden som rikssjukvård att bedrivas på 1 - 2 vårdenheter i landet.

Nationell cancerstrategi – nivåstrukturering av cancervård

En statlig utredning (SOU 2009:11), med uppgift att lämna förslag till en nationell cancerstrategi, föreslog bl.a. tillskapande av regionala cancercentra förlagda på universitetssjukhusen för att främja kunskapsöverföringen mellan forskning och vård och framtagande av plan avseende nivåstrukturering av cancervård på regionnivå. Detta resulterade i etablering av sex regionala cancercentra och en process för regional och nationell nivåstrukturering utifrån ett huvudmannaansvar. Hittills har 11 cancervårdområden nivåstrukturerats nationellt utöver regionala nivåstruktureringar i olika grad i de sex regionerna.

Traumavård

År 2013 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta planeringsunderlag för traumavård och beredskap inom hälso- och sjukvård för att kunna omhänderta ett större antal svårt skadade vid allvarlig händelse. Utredningen föreslår ett nivåstrukturerat traumasystem med stabiliserande traumavård och intensivvård på sjukhus med akutkirurgisk verksamhet samt traumacentra för definitiv traumavård vid sjukhus med multidisciplinärt utbud motsvarande universitetssjukhus.

Region Östergötland

”Träning ger färdighet”

Utredningsuppdrag

Ytterligare en statlig utredning fick uppdrag att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård.

Utredningen ”Träning ger färdighet – koncentrerar vården för patientens bästa” (SOU 2015:98) definierar högspecialiserad vård som komplex, sällanförekommande och som kräver viss volym, multidisciplinär kompetens och ev. kostnader för god kvalitet, patientsäkerhet och effektivt resursutnyttjande. Utredaren skiljer på två nivåer av högspecialiserad vård;

- *Nationell högspecialiserad vård* som skall bedrivas nationellt, men inte i varje sjukvårdsregion, och som uppskattas omfatta ca 4-5% av dagens verksamhet.
- *Regional högspecialiserad vård*, som bedrivs i varje sjukvårdsregion, men på ett begränsat antal enheter. Denna vård uppskattas till ca 10-15 % av dagens sjukvårdsverksamhet

Utredningen föreslog att detta kan möjliggöras genom en ökad nationell styrning där Socialstyrelsen skulle driva och besluta om vilken högspecialiserad vård som skall koncentreras nationellt. Varje region föreslogs ansvara för att nivåstrukturera regional högspecialiserad vård inom sin region. Utöver detta förordade utredaren tillskapandet av storregioner, att kvalitetsdata per enhet skall göras tillgänglig för allmänheten och att kvalitetsdata per vårdgivande individ skall vara tillgänglig för verksamheten. Vidare föreslogs framtagande av en nationell prisöverenskommelse för nationell högspecialiserad vård och nationell standard för IT/telemedicinsk kommunikation. Särskild utredning föreslogs av nivåstrukturering för akutsjukvård.

På basen av utredarens förslag, och remissyttrande angående dessa, beslutade riksdagen regeringens proposition (2017/18:40) om en beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Socialstyrelsen uppdrogs (S2017/00506/FS) att ta fram en arbetsprocess för detta, fasa ut systemet för rikssjukvård samt att inventera vilka delar av strukturer för kunskapsstyrning som kan nyttjas i det nya.

Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess

Med nationell högspecialiserad vård menas sådan vård som skall bedrivas på 1-5 enheter i landet (dygnet runt, alla dagar) så att kraven på kompetens i multidisciplinära team och med tillräcklig tillgänglighet uppfylls. Detta uppskattas omfatta ca 5% av all sjukvård. Arbetet föreslås ske i 4 steg under tre år med start hösten 2017.

1. Framtagande av *förslag till vårdområden* och åtgärder som skall belysas.

Region Östergötland

2. Framtagande av *underlag för beslut* om nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter. Medicinska professionen deltar i detta arbete inom 10 - 15 nationella programområdesgrupper med 5-6 sakkunniggrupper per vårdområde, sammanlagt uppskattat 80-100 grupper.
   SoS tar fram mallar som vägledning till sakkunniggruppernas arbete som skall innefatta verksamhetsbeskrivning (hela vårdkedjan med tillhörande resursbehov), konsekvensanalys och bedömning med motivering till föreslagen nationell koncentrering.
3. *Remissförfarande* av framtagna förslag
4. *Beslut* om vilka åtgärder som skall nationellt nivåstruktureras och till hur många vårdenheter

Region Östergötland

Högspecialiserad vård på US

Uppdrag och syfte

Över tid har delar av högspecialiserad vård centraliserats till färre sjukhus i syfte att säkra hög kvalitet och kompetensutveckling samt att effektivt utnyttja kostsam utrustning. Detta har skett utifrån arbete inom de medicinska professionerna, nationella politiska beslut, i Socialstyrelsens arbete med rikssjukvård samt inom ramen för RCC:s arbete med nivåstrukturering inom cancervården. Arbetet med nationell nivåstrukturering kan förväntas fortsätta nu med högre tempo då Socialstyrelsen har uppdraget att under de kommande tre åren driva process för nivåstrukturering motsvarande ca 5 % av all vård.

I utfallet av hittillsvarande nationella nivåstruktureringsarbeten har de tre största universitetssjukhusen tilldelats huvuddelen av nationella ansvarsområden, medan övriga universitetssjukhus får nationellt ansvar inom mycket få områden. US har tilldelats nationellt rikssjukvårdsansvar för brännskadevård och Kvinnokliniken i nivåstrukturering av cancervården tilldelats nationellt ansvar för vulvacancer. US har alltså inom ramen för risksjukvårdsarbetet och nivåstruktureringen inom cancervården hittills tilldelats 2 av 26 möjliga nationella ansvarsområden.

Det bedöms strategiskt viktigt att US i kommande intensifierade nationella nivåstrukturering får behålla viktiga medicinska områden för att kunna bedriva bred högspecialiserad vård inklusive traumavård. Det är också värdefullt för sydöstra sjukvårdsregionen att US som ett av landets universitetssjukhus tilldelas nationella uppdrag.

Region Östergötland och Universitetssjukhuset har efterlyst ett samlat faktaunderlag av nuläget inom den högspecialiserade vården på US samt utifrån det bedöma framtida möjligheter och utmaningar. Detta som förberedelse inför nationell nivåstrukturering.
Mot den bakgrunden har Regiondirektören i Region Östergötland tillsatt den här utredningen/kartläggningen med uppdraget att i samverkan med berörda verksamheter:

- Göra en nu-lägesbeskrivning av all högspecialiserad vård på US.
- Inom varje högspecialiserat område beskriva de möjligheter och de utmaningar/hot som finns inför framtiden.
- Beskriva befintliga samarbeten och beroenden mellan olika specialistområden inom högspecialiserade vården på US.

Målet är att i slutet av 2018 ha en heltäckande bild av den högspecialiserade vården vid US idag och dess möjligheter och utmaningar inför framtiden.

Region Östergötland

Metodbeskrivning

Kartläggningen har innefattat tre steg:

- **Utsökning av vårdproduktion år 2017 på US:s kliniker via Region Östergötlands utsökningsverktyg av vårddata, REBUS**. Antal unika individer har sökts fram utifrån huvuddiagnos, åtgärder (KVÅ) och hemlandsting inom slutenvård respektive öppenvård. Individer med unik diagnos valdes som ett sätt att fånga vårdåtagande per patient istället för vårdtillfällen, som kan inbegripa flera vårdtillfällen för ett vårdåtagande.
  Medicinska serviceenheter utgör del i högspecialiserade vården och kan komma att påverkas av effekter av nationell nivåstrukturering. Dessa har inte medtagits i kartläggningen då deras patienter innefattas i vårdadministrativa data från de patientvårdande enheterna.

- **Identifiering av regional och nationell högspecialiserad vård per klinik.**
  Det finns inte någon tydlig definition eller kodning/registrering av högspecialiserad vård. Här har detta definierats som ”den vård som bedrivs på US åt andra landsting där sådan vård inte ges”.
  Verksamhetsföreträdare har bedömt vilka av diagnoserna respektive åtgärderna i framtagna datafiler som på deras klinik utgör högspecialiserad vård. Antalet patienter med dessa diagnoser/åtgärder, liksom från vilka landsting patienterna kommer ifrån, har avlästs.

  Här bör uppmärksammas på viss osäkerhet vid identifiering av högspecialiserad vård. I de fall där Jönköping och Kalmar efterfrågar US-resurser i olika grad, har definition av vad som är högspecialiserad vård för östgötapatienterna fått hänföras till klinikens bedömning. På samma sätt har kliniken, då en diagnos/åtgärd innefattar såväl länssjukvård som högspecialiserad vård, ibland fått uppskatta hur stor del av gruppen som omfattar högspecialiserad vård. Redovisade kvantitativa data innehåller osäkerhetsfaktorer där otillräckligt faktaunderlag kompletterats med uppskattningar.

  Verksamhetscheferna har också utifrån framtagna datafiler, och/ eller utifrån egen registrering, identifierat s.k. lågvolymverksamhet som skulle kunna komma att omfattas av nationell nivåstrukturering, dvs vård med låg volym, som kräver komplex kompetens och/eller som kräver kostsamma investeringar (<50/år).
  Då det ofta inte är rimligt att värdera volymer enbart utifrån enskilda diagnoser eller åtgärder, har de diagnoser och åtgärder som ur kompetensperspektiv hanteras på likartat sätt grupperats i s.k. ”handläggningsgrupper”. Dessa har utgjort underlag för volymbedömningar utifrån nivåstruktureringskriterier.

- **Intervju av klinikföreträdare avseende:**
  Verksamhetschefer och medicinska företrädare på 23 kliniker med högspecialiserad vårdverksamhet har intervjuats avseende:
  - ***a.*** Bedömning av troliga/möjliga områden för kommande nationell nivåstrukturering

Region Östergötland

b. Vilka konsekvenser, möjligheter och risker det finns för kliniken avseende möjliga nivåstruktureringsutfall

c. Vilka styrkor och svagheter som kliniken har i konkurrens med andra universitetskliniker, dvs utöver produktionsvolym, kvalitet, medicinska resultat, långsiktig hållbarhet, forsknings/utvecklingsaktivitet och ev. andra relevanta faktorer.

- **Kvantitativa data och intervjudata har sammanställts** och granskats för godkännande av berörda verksamhetschefer. Konklusioner har tagits fram efter diskussioner om resultaten inom en arbetsgrupp.

Region Östergötland

Resultat - vårddata

Slutenvård

Uppgifter om antalet unika patienter utifrån huvuddiagnos och/eller åtgärd och hemlandsting i slutenvård på US för år 2017 hämtades från REBUS. Högspecialiserad vård har identifierats av respektive klinik utifrån huvuddiagnos och/eller åtgärd. I enstaka fall där, länssjukvård och högspecialiserad vård inte kunna särskiljas inom en diagnos eller åtgärd, har kliniken därutöver gjort uppskattning av andelen patienter för högspecialiserad vård inom den diagnosgruppen/åtgärden.

Slutenvårdskliniker		**Slutenvårdade patienter**				**Högspec vårdade i slutenvård**					
		Antal	**utomläns**	**%**	**SÖSR**	**Antal**	**%**	**utomläns**	**%**	**Ej SÖRS**	**%**
BKC	Barnmed	1 333	168	13	86	310	23	93	30	29	31
	Kvinnoklin	6 899	523	8	253	451	7	228	51	90	39
CKOC	Hematol	525	201	38	110	224	43	93	42	2	2
	Lungmed	559	58	10	55	226	40	46	20	1	2
	Kir	3 617	467	13	367	580	16	228	39	14	6
	Onkol	1 030	291	28	206	165	16	102	62	48	47
	Ort-rygg	1 950	361	19	254	446	23	148	33	58	39
	Urol	1 318	86	7	70	452	34	83	18	5	6
HMC	EM	399	7	2	5	Beslutsronder och konsultinsatser					
	Infekt	4 176	131	3	40	1	0	1	100	1	100
	Kard	3 705	754	20	581	2 151	58	492	23	130	26
	MT	482	17	4	9	49	10	7	14	4	57
	Njurmed	552	8	1	5						
	Thoraxkärl	1 691	664	39	642	1 147	68	593	52	17	3
NSC	BUP	2 854	130	5	49	140	5	3	2	0	0
	LAH	223	1	0	1	0	0				
	Med Ger Akut	2 334	59	3	11	Konsultationer, ingen registrering					
	Neurol	1 315	150	11	119	98	7	37	38	6	16
	Psykiatri	939	83	9	16	0					
SC	HPK	1 246	565	45	414	*461*	*35*	228	45	85	37
	Neurokir	1 491	760	51	701	1 491	100	760	51	59	8
	Rehabmed	124	88	71	30	42	34	13	31	2	15
	Ögon	847	440	52	420	456	54	265	58	11	4
	ÖNH	1 226	224	18	199	495	40	175	35	29	17
Totalt		40 835	6236	15	4643	9385	23	3595	38	591	16

Högspecialiserad vård utgjorde 23% av all slutenvård på US, varav drygt 1/3 utgjordes av utomlänspatienter. 84% av dessa kom från SÖSR och således 16% från andra landsting/regioner. Bland alla utomlänspatienter i slutenvård utgjordes 58% av högspecialiserad vård. Av alla slutenvårdspatienter från SÖSR utgjorde 65% högspecialiserad vård.

Region Östergötland

Öppenvård

Antalet unika patienter i öppenvård identifierades på samma sätt som för slutenvård.

Verksamhetsenheter		Öppenvårdspatientr				Högspec i öppenvård			
		Antal	Utomläns	%	SÖSR	Antal	%	Utomläns	%
BKC	Barnmed	7 875	495	6	253	909	12	89	10
	Kvinnoklin	53 541	2 529	5	1378	952	2	385	40
CKOC	Hematol	2 219	256	12	226	77	3	32	42
	Lungmed	4 226	1 973	47	274	1 112	26	163	15
	Kir	9 354	739	8	633	1 102	12	817	74
	Onkol	11 212	1 213	11	972	372	3	138	37
	Ort-rygg	10 060	1 076	11	8134	Ingen uppgift			
	Urol	7 792	274	4	240	Ingen uppgift			
DC	Klin genetik	705	188	27	157	705	100	188	27
HMC	Allergicentrum	4 694	95	2	51				
	Arbets o miljömedicin	109	38	35	31				
	EM*	6 244	191	3	136	450	7	100	22
	Hud	11 836	302	3	65				
	Infektion	10 244	807	8	110	0	0	0	0
	Kard	9 371	694	7	555	3 162	34	463	15
	MT	7 059	330	5	215	651	9	44	7
	Njurmedicin	1 468	37	3	17				
	Reuma	6 330	135	2	64				
	Thoraxkärl	1 247	56	4	45	246	20	124	50
SC	Hand och plastik kir	8 899	2 212	25	1865	Ingen uppgift			
	Käkkikr	2 420	213	9	161	Ingen uppgift			
	Neurokir	1 821	690	38	656	1 371	100	499	36
	Rehabmed	754	67	9	55	220	29	14	6
	Smärt centr	858	96	11	46	101	12	15	15
	Ögon	23 763	839	4	606	954	4	201	21
	ÖNH	25 486	1 489	6	1206	13 608	53	887	7
NSC	Akutkliniken	51 921	3 346	6	517				
	BUP	2 676	113	4	45	140	5	13	9
	Enhet samordnad ca utr	747	3	0	2				
	Hab barn och ungdom	660	14	2	2				
	Hab vuxen	303	4	1	1				
	LAH	623	2	0	0				
	Med Ger Akut	1 765	596	34	4	Konsultationer, ingen registrering			
	Neurol	4 206	640	15	582	131	3	41	31
	Psyk	13 627	878	6	149	270	2	145	54
	Rörelse och hälsa	13 331	202	2	36				
Totalt		31 9446	22 832	7	19 489	26 533	8	4 358	16

Region Östergötland

Inom öppenvården utgjorde 8% högspecialiserad vård och ca 7% var utomlänspatienter. Andelen utomlänspatienter inom högspecialiserade öppenvården var 16% och 15 % kom från SÖSR. Av alla öppenvårdspatienter från SÖRS utgjorde ca 20% högspecialiserad vård.

Resultat – intervjuer

Barn- och kvinnocentrum

Kronprinsessan Victorias barn och ungdomssjukhus

Sammanfattning

Högspecialiserad vård omfattade år 2017 ca ¼ av klinikens slutenvård. Verksamheten är diversifierad och i princip all högspecialiserad vård utgörs av låga volymer. Kliniken är tillsammans med Umeå landets minsta universitetsklinik och kan inte inom något område konkurrera med volymer. Verksamheten uppvisar goda resultat. Neonatalsektionen är kvalitetscertifierad och i några verksamheter (PNUT, vagusstimulering, behandling med Baklofenpumpar) är kliniken Sverigeledande.

Förlust av centraliserad verksamhet riskerar leda till förlust av specialistläkare. Kliniken ser behov av helikopterkapacitet med transportteam, fler ST-block och partnerskap med annan universitetsklinik som viktigt för att säkra framtida högspecialiserad vård på kliniken.

Regional högspecialiserad vård

Högspecialiserad vård, som utgör ca 23% av barnklinikens slutenvård och 12% av öppenvården, omfattar:

- Neonatologi
    - För tidigt födda barn
    - Kylbehandling och No-behandling vid syresättningsproblem
- Kardiologi
    - Foster eko kardiografi
    - Missbildningar
- Neurologi
    - EP-preoperativa utredningar, och avancerad EP-vård
    - Vagusstimulering
    - SPEC-undersökningar
    - Barnrehabilitering hjärnskador, spinala skador

- Behandling med Baklofenpumpar
- Vård av neurokirurgiskt åtgärdade barn
  - Encefaliteter
- PNUT (behandling av barn med blås- och tarmfunktionsproblem)

- Endokrinologi
  - Könsdysforiutredningar
- BOND - barnonkologi

Lågvolym inom högspecialiserad vård
Inom samtliga högspecialiserade vårdområden finns en mycket stor andel lågvolymverksamhet till följd av en mycket diversifierad verksamhet.

Neonatologi
Ca 30 för tidigt födda barn (< vecka 28) behandlas på neo-IVA/år, varav fördelas relativt jämnt mellan E,F och H-län. Kylbehandling ges 3 - 8/år och NO-behandlingar 10-15/år. Specialistföreningen föreslår gräns på 10 behandlade fall/år. Om US kan överta Jönköpings kylbehandlingar så uppnås gränsen för US:s del. Rh-immunisering och utbytestransfusioner förekommer i ca 5 fall/år.

Neurologi
Samtliga högspec-områden förekommer i låg volym. Vagusstimulering och Baklofenpumpar är relativ ny verksamhet som inte bedrivs på så många ställen i landet. US är ledande i landet vad avser PNUT (Spina bifida med diagnostik och behandling av blås- och tarmrubbningar).

Onkologi
All onkologi utgör högspecialiserad vård, är diversifierad med många olika tumörer och därmed i stort sett lågvolymsverksamhet.

Nationell högspecialiserad vård
Barnhjärtkirurgi, missbildningskirurgi, benmärgstransplantationer vid leukemier och ECMO-behandling utförs på andra universitetssjukhus men där US-kliniken är involverad i utredning inför behandling och i eftervård.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Nivåstrukturering inom *neonatologi* skulle kunna omfatta de flesta högspecialiserade områden eftersom det mesta kan betraktas som lågvolymverksamhet. Eventuell nationell nivåstrukturering inom *barnonkologi* torde omfatta allt eller inget.

Konsekvenser
Centralisering av *neonatalvården* riskerar öka nationell sårbarhet då varje högspecialiserad neonatal-IVA utgör en viktig buffert vid varierande belastning på landets kliniker. Vid ev.

förlust av sådan verksamhet på US till följd av nationell centralisering förväntas flykt av specialistkompetenser och inga förutsättningar att upprätthålla nuvarande neonatal-jour.

Barnonkologin karaktäriseras av långa uppföljningstider och stort mått av socialt omhändertagande av barn och föräldrar. Om den vården centraliseras från US förutspås flykt av specialistkompetens och försämrat omhändertagande av berörda barn och deras föräldrar vid insjuknande, vid komplikationer under pågående behandlingen och långvarigt. Det finns nära beroenden med andra kliniker i stora delar av *neurologiska* barnsjukvården. Centralisering inom någon av dessa kliniker får effekter på övriga involverade klinikers verksamhet. Det gäller det fr.a. Hand- och Plastikkirurgiska kliniken, Neurokirurgiska kliniken, Rehabmedicinska kliniken, Neurofysiologiska kliniken och Ortopediska kliniken.

Styrkor – möjligheter

Kliniken följer resultaten av sin verksamhet i kvalitetsregister och uppvisar generellt lika goda medicinska resultat i relation till övriga universitetskliniker. Det finns goda förutsättningar för forskning.

Neonatologi
Neonatalverksamheten är kvalitetscertifierad (NisCap), har god arbetsmiljö och omvittnat gott omhändertagande av barn och föräldrar. Sektionen deltar aktivt i många nationella arbetsgrupper.

Neurologi
Klinikens verksamhet med vagusstimulering, Baklofenpumpar och PNUT är sverige-ledande, liksom rehabilitering av ryggmärgsskadade barn och hjärnskador. Som enda i landet behandlar kliniken med elektrisk stimulering för blåsmodulering. Nära samverkan i detta är upparbetat med Neurokirurgiska kliniken och Rehabmedicinska kliniken. Kliniken är rikstäckande för rehabilitering av barn med ryggmärgsskador. Hög forskningsaktivitet bedrivs inom PNUT, neurologi och kardiologi.

Endokrinologi
Könsdysforiutredningar görs på US i välfungerande samverkan med Psykiatriska kliniken, Barn- och ungdomspsykiatri och Hand- och Plastikkirurgiska kliniken. Forskningsverksamheten inom diabetes är mycket stark.

Barnonkologi
Kliniken deltar varje vecka i nationella konferenser med övriga universitetskliniker om onkologiska fall. Kliniken har väl utvecklade vårdprocesser i nära samverkan med hemsjukvård, polikliniska behandlingar och onkologisk jour i beredskap 24/7. Den mindre klinikens fördelar med individanpassat arbetssätt, kontinuitet och kostnadseffektivitet talar för fortsatt verksamhet.

Svagheter – utmaningar

Kliniken har tillsammans med Umeå generellt låga vårdvolymer relativt övriga universitetskliniker. Kliniken täcker de flesta medicinska områden och har därmed många sektioner med få specialister i varje sektion. På kliniken finns tre professorer och en docent inom endokrinologi, en professor inom allergologi, en blivande docent inom neonatologi, en disputerad och två doktorander inom kardiologi och två disputerade inom onkologi. Med undantag från diabetesforskningen kan klinikens forskning inte konkurrera med de stora universitetsklinikerna.
Behov framfördes om barnintensivprofilerade intensivvårdsläkare 24/7 på US, något som företrädare för IVA-vården uppgier sig ha löst. Helikopter med kvalificerat transportteam saknas och som kan bidra till att en del patienter transporteras till andra universitetssjukhus för vård.

Tillgång till specialistläkare behöver säkras långsiktigt. För hållbar kompetensförsörjning är kliniken i behov av ökat antal ST-läkare.

Ett antal patienter från sydöstra sjukvårdsregionen hänvisas till andra universitetskliniker vilket undergräver redan konkurrensmässigt lågt antal vårdfall för US.

Kliniken ser behov av åtgärder för att säkra framtida högspecialiserad vård inom kliniken vilket sammantaget innefattar:

- Transportmöjligheter med helikopter och transortteam
- Ökade ST-tillsättningar minst 3/år
- Marknadsföra de ”nya” vård-verksamheterna på kliniken som inte är så väl kända i Sverige
- Eftersträva partnerskap med andra universitetssjukhus, t.ex. Stockholm
- Stärka sydöstra sjukvårdsregionen för ökad sammanhållning med bl.a. utökad lokala utbildningar/kurser för sjukvårdspersonal och ST-läkare samt fler randutbildningar för sydöstra sjukvårdsregionens barnläkare på US-kliniken.

Kvinnokliniken

Sammanfattning

Klinikens verksamhet innefattar ca 7% högspecialiserad vård, varav behandling av vulvacancer är nationellt nivåstrukturerat till US. Kvinnosjukvården utgjorde ett av två pilotområden för processarbetet till nationell nivåstrukturering. Förslag har där diskuterats omfattande flera lågvolymsområden där US-kliniken har ambition och goda förutsättningar att kunna få uppdrag inom flera av dessa. Detta innebär i så fall behov av ökad

operationskapacitet, som redan nu utgör en begränsning. Kliniken har imponerande hög forskningsaktivitet.

Regional högspecialiserad vård

Av klinikens ca 6900 slutenvårdade patienter 2017 utgjorde 7% högspecialiserad vård som innefattade 51 % utomlänspatienter. Den högspecialiserade vården omfattar:

- All cancer
- Komplicerade benigna operationer; endometrios, prolaps, adherenser, fistlar
- Extrem prematur < 28 v
- Gravida med svår interkurrent sjukdom
- Gravida med sjukt foster som behöver förlösas
- Amniocentes, corionvillibiopsi
- Second opinion foster ultraljud
- Svåra bäckenbottenskador, långvarig bäckensmärta
- Assisterad befruktning
- Fertilitetsbevarande åtgärder
- Donation av könsceller
- Könsdysfori

RCC har förslag på att all corpuscancer bör centraliseras regionalt. Om detta beslutas ställer det ytterligare krav på ökade operationsresurser.

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt

Kliniken har nationellt uppdrag för vård av patienter med vulvacancer. Kliniken servar därutöver Västmanland och Sörmland med behandling för gynekologisk cancer.

Ev. ytterligare nivåstrukturering

Nationell programområdesgrupp (NPO) för kvinnosjukvård har diskuterat följande tänkbara områden för nivåstrukturering:

- Trofoblastsjukdomar
- Avancerad fostermedicin
- Avancerad endometrioskirurgi
- Könsdysfori
- Preimplantatorisk genetisk diagnostik
- Avancerad rekonstruktion av fistlar och prolaps
- Könsstympning
- Graviditet med samtidig sällsynt diagnos

- Cervixcancer

Kliniken har ambition och förutsättning att kunna få uppdrag inom samtliga dessa med undantag för kunskapscentrum för könsstympade kvinnor och gravida med sällsynta diagnoser.

Konsekvenser
Om kliniken skulle få utökat nationellt uppdrag förutsätter det kapacitetshöjande åtgärd avseende operationsresurser. Förlust av delar av ovanstående torde inte få några större konsekvenser för kliniken.

Styrkor – möjligheter

Kliniken har en nationellt unik bäckensmärtenhet i nära samverkan med Kirurgkliniken, Urologkliniken, Magtarmmedicinska kliniken och Smärtkliniken. Klinikens förlossningsverksamhet betraktas som en av landets bästa. Cancerkirurgin uppvisar goda resultat. I nära samarbete med Hand och plastikkirurgiska kliniken är kliniken involverad i utredning och behandling av könsdysfori.
Kliniken har sin obstetriska verksamhet i nya, bra lokaler och med tillfredsställande tillgång på vårdplatser. Bemanningen är för tillfället god. Cervixcancerkirurgi bedrivs med operationsrobot, där ytterligare en robot till US är inplanerad. Kliniken är kvalitetscertifierad.

Akademiskt håller kliniken mycket hög aktivitet, bland de mest produktiva på US, med 6 professorer och ett flertal docenter. Nästan alla läkare och ett flertal andra yrkesgrupper är forskningsaktiva. Framstående forskningsområden är bl.a. gynekologisk cancer, psykosocial obstetrik och gynekologi, hormonforskning och obstetrik.

Svagheter – utmaningar

Störst sårbarhet utgör operationskapaciteten. Här krävs planering för att möta ökad operationskapacitet för såväl ev. regionalt centraliserad corpuscancerkirurgi som inför ev. utökade nationella uppdrag. Planering för detta hastar.

Kompetensförsörjning är en ständig utmaning. Betald utbildning till specialistsköterskor har nu tillgodosett tillräckligt med barnmorskor förlossningen på US. Förestående generationsväxling på läkarsidan förutsätter god framförhållning med ST tjänster.

Region Östergötland

Centrum för kirurgi ortopedi och cancer

Hematologiska kliniken

Sammanfattning

Högspecialiserad vård utgör nära hälften av klinikens slutenvård, huvudsakligen vård med allogena stamcellstransplantationer (SCT) vid hematologiska neoplasier, onkologiska- (sarcom, testis cancer), och neurologiska sjukdomar (MS).
Kliniken har mycket god tillgänglighet, likvärdigt goda resultat som andra enheter men lägre volymer än de större av de behandlande 6 universitetsklinikerna i landet. Vården karaktäriseras av långa vårdtider, täta efterbehandlingskontroller och ofta livslång uppföljning.

Ev. förlust av fr.a. allogena stamcellstransplantationer bedömer kliniken innebär mycket hög risk för högre kostnader, försämrad patientsäkerhet i uppföljning, kompetensflykt och påverkan på US:s stamcells lab.

Regional högspecialiserad vård

Hematologklinikens högspecialiserade verksamhet karaktäriseras av långa vårdtider, täta eftervårdsuppföljningar och ofta livslång uppföljning

Av slutenvård 2017 utgjordes 43% av högspecialiserad vård, varav 42% för utomlänspatienter. Detta innefattar fr.a. akut myeloisk leukemi med autolog- (ca 60 patienter/år) respektive allogen (ca 15 patienter/år) SCT med årliga variationer av antalet. I detta ingår diagnostik för val av terapialternativ, sökning av stamcellsgivare vid allogen SCT, induktionsbehandling med cytostatika, stamcellstransplantation, täta efterkontroller de första 3 månaderna och därefter upp till livslång uppföljning.

Kliniken är även högspecialiserad på konventionella behandlingar för AML, promeyelocyt leukemi, ALL och sällsynta diagnoser som aplastisk anemi, T/B-promyelocytleukemier, sällsynta lymfom m.m. inom sydöstra sjukvårdsregionen.

Därutöver stöttas vid behov kliniker i sydöstra sjukvårdsregionen av och till vid tillfälliga kapacitetsbrister.

Hematologiska kliniken US driver ett flertal läkemedelsstudier som remissinstans för Sydöstra sjukvårdsregionen.

Region Östergötland

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Sedan flera år remitterar kliniken barn med AML för stamcellstransfusion till Stockholm.

Tänkbar ytterligare nivåstrukturering
År 2010 föreslog Karolinska/Stockholm att allogena stamcellstransplantationen bör utgöra rikssjukvård och endast utföras på tre kliniker (Stockholm, Lund, Göteborg). Detta har såväl Linköping som 4 andra kliniker motsatt sig och någon sådan centralisering har inte verkställts. Det kan förväntas att sådant förslag återkommer. Inga förutsättningar finns för nationellt uppdrag för Linköpingskliniken vid ev. nivåstrukturering.

Konsekvenser
Vid ev. förlust av allogena stamcellstransplantationer bedöms kliniken drabbas av kompetensflykt. Dagens verksamhet på blodcentralens stamcellslaboratorium skulle reduceras.

Styrkor – möjligheter

Svensk Förening för Hematologi har tagit fram 15 kriterier som krävs för hematologisk intensivvård/högspecialiserad vård. US Hematologkliniken uppfyller samtliga dessa. Kliniken är välbemannad, har inga tillgänglighetsproblem, goda upparbetade samarbeten med sydöstra sjukvårdsregionens hematologer och med goda behandlingsresultat, i paritet med andra svenska enheter (där Sverige har internationellt toppresultat). Avancerad analys av genetiska förutsättningar för transplantation görs på laboratorium i München med svar inom 48 timmar. Detta är betydligt snabbare än några svenska laboratorier och av stort värde för berörda patienter.

Transplantationsbehandlingarna karaktäriseras av långa vårdtider, täta efterkontroller de första månaderna efter transplantation och därefter ofta livslång uppföljning. Av den anledningen är närhetsprincipen av stort värde för patienterna.

Kliniken uppfyller krav för Universitetssjukvårdsenhet (USV) och har en professor, två docenter och för närvarande två doktorander.

Svagheter – Utmaningar

Utöver vården av patienter med hematologiska sjukdomar deltar kliniken i vården av akuta internmedicinska patienter i mån av platstillgång. Kliniken ser nackdelar med den samverkan och skulle hellre se att US:s tumörkoordinator verksamhet vid behov av vårdplatser kunde nyttja dessa vårdplatser.

Störst risk är att volymen av transplantationer bedöms motivera centralisering utan beaktande av de goda resultaten och värdet av närhetsprincipen för patienterna.

Region Östergötland

Lungmedicinska kliniken

Sammanfattning

Högspecialiserad vård utgör ca 40% av slutenvårdsverksamheten och ca 20% av öppenvårdsverksamheten. Det omfattar huvudsakligen diagnostik av misstänkt lungcancer. Av möjliga nationella nivåstruktureringar bedömer kliniken sig ha förutsättningar att få uppdrag rörande lunglavage i mycket låga volymer.

Inga större negativa konsekvenser förutspås om kliniken inte kommer ifråga för några tänkbara nivåstruktureringar. Verksamheten begränsas av bemanningsproblem och lokalmässigt av endast ett bronkoskopirum.

Regional Högspecialiserad vård

Högspecialiserade vården utgjorde år 2017 40% av slutenvården och 20% av öppenvården. Det omfattar utredning av misstänkt lungcancer samt mycket sällanförekommande behandling av alveolär proteonos. I gråzonen till detta har kliniken länsansvar för uppföljning av lungtransplantationer och kontroller av cystisk fibros och är remissinstans från delar av sydöstra regionen för rådgivning avseende handläggning, ofta med utgångspunkt i radiologi för oklara tillstånd.
Kliniken har nära samverkan med Thorax-kärlkliniken.

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Årskontroller för cystisk fibros sköts i regi från nationella CF-centra i Lund, Göteborg, Stockholm, och Uppsala. All lungtransplantation är idag rikssjukvård. Kliniken remitterar f.n. patienter med behov av stentbehandling i luftvägar.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Inom NPO lunga-allergi har följande områden för ev. nationell nivåstrukturering diskuterats:

- Årskontroll av cystisk fibros
- Lunglavage vid alveolär proteinos
- Systemisk behandling av carcinoid
- Behandling av Mb Osler

Detta utgör lågvolymverksamhet på alla universitetskliniker.

Konsekvenser
US-kliniken har ambition och bedömer sig ha förutsättningar att få nationellt uppdrag rörande lunglavage behandling. Detta omfattar ett fåtal patienter varför kliniken inte ser

några kapacitetsproblem att klara sådant uppdrag. Ev. förlust av någon eller samtliga av föreslagna verksamheter bedöms inte få någon större påverkan på vare sig kompetensförsörjning eller verksamhet på US.

Styrkor – möjligheter

Kliniken har bra lungcancerdiagnostisk verksamhet med mycket erfarna bronkoskopister. I lungcancerregister, INCA, har kliniken uppvisat bäst överlevnad för lungcancer i avancerat stadium och resultat i nivå med övriga kliniker för övriga cancerformer.

Kliniken har god erfarenhet av lunglavage behandling, som inte utförs på alla universitetskliniker.

Svagheter – utmaningar

Kliniken har 10 specialistläkare, där huvudparten arbetar deltid. Läkarbemanning är sårbart på kliniken med f.n. godkännande för en hyrläkare. Tillväxten med 5 ST-läkare är otillräcklig. För närvarande är sjuksköterskebemanningen tillräcklig men där 5 slutar till årsskiftet. Oklart hur det påverkar möjlighet att hålla antal vårdplatser öppna.
Akademiskt är kliniken för närvarande inte konkurrensmässig. En av klinikens läkare är docent, en disputerad, en med lic och en doktorand.
Lokalerna är bra, men endast ett bronkoskopisrum är en avgörande begränsningsfaktor.

Kirurgiska kliniken

Sammanfattning

Högspecialiserad vård utgör ca 16 % av klinikens verksamhet, varav 39% är utomlänspatienter. I detta är inte inräknat multitrauma som inte fångas adekvat i ICD- eller KVÅ-koderna. Främsta spetsområden är leverkirurgi, pancreaskirurgi, inflammatoriska tarmsjukdomar och kirurgi för enterocutana fistlar. Rektalcancerkirurgi utförs med i relativt hög volym efter genomförd regional nivåstrukturering.

Kliniken bedömer sig ha hyggliga möjligheter att nationellt konkurrera inom sina spetsområden. Största svagheten för närvarande är brist på sjuksköterskor med tillhörande otillräcklig slutenvårdskapacitet.

Störst risk för förlust vid nationell centralisering bedöms föreligga för esofaguskirurgi.

Regional högspecialiserad vård

År 2017 vårdades 3617 patienter i slutenvård, varav 16% för högspecialiserad vård , multitrauma inte inräknat då det inte fångas adekvat i ICD- och KVÅ-koder.

Region Östergötland

De viktigaste högspecialiserade vårdområdena är:

- Colorectal kirurgi
    - Rectalkirurgi
- Övre abdominell kirurgi
    - Esophaguskirurgi
    - Leverkirurgi
    - Pancreaskirurgi
- Inflammatory Bowel disease (IBD)
- Endokrin kirurgi
- Traumakirurgi

Lågvolymområden inom högspecialiserade vården
Kirurgiska verksamheten på kliniken är indelad i befintliga sektioner där varje sektionsverksamhet verkar inom specialiserat anatomiskt område. Alla dessa områden innehåller sällanförekommande verksamhet utifrån diagnos och åtgärdskoder. Mycket av kompetensen för sektionernas kirurgi har värde utifrån all kirurgisk verksamhet som utförs inom kliniken, och några även för andra klinikers kirurgiska verksamhet.
Till relativa lågvolymområden oavsett diagnos och åtgärdskod kan räknas Esophaguskirurgi, leverkirurgi, enterocutana fistlar, IBD, pancreaskirurgi och binjuretumörkirurgi.

Nationell högspecialiserad vård

Befintliga
Av klinikens verksamhet har redan några verksamhetsområden centraliserats nationellt och utförs inte längre på kliniken; Medfödda missbildningar i esofagus, medfött diafragmabråck, levertransplantationer och kirurgi för Hirschsprungs sjukdom är rikssjukvård.
Radiokemoterapi och kirurgi för analcancer samt retroperitoneala sarcom är centraliserade utifrån cancerstrategin och utförs inte på kliniken på US.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Kliniken kan inte utesluta några av högspecialistområdena, eller delar av dessa områden, för nationell nivåstrukturering. Mest troligt bedöms att esophaguskirurgi, leverkirurgi, enterocutala fistlar och IBD kan aktualiseras.

Konsekvenser
Generellt bejakar kliniken centralisering av sällanförekommande verksamhet. Kliniken har bl.a. varit drivande till redan genomförd centralisering av analcancerkirurgi. Skulle kliniken behöva lämna ifrån sig verksamhet finns risk för kompetensflykt. Om förlust av rektalkirurgi med tillhörande kompetensförluster får det konsekvenser även utanför kliniken, fr.a. för det nära upparbetade samarbete med Kvinnokliniken, Urologiska kliniken och Magtarmmedicinska kliniken inom bäckenproblematik.

Region Östergötland

Styrkor – Möjligheter

Klinikens spetsområden där man bedömer sig ha stora möjligheter att konkurrera nationellt är:

- lever
- pancreaskirurgi
- IBD
- kirurgi för enterocutana fistlar

Inom dessa verksamhetsområden har man god senior läkarkompetens. I samtliga områden följs resultaten i kvalitetsregister där man uppvisar resultat i parietet med övriga universitetskliniker. Inom området enterocutana fistlar remitteras redan nu patienter från landsting utanför sydöstra sjukvårdsregionen till kliniken.
Till kliniken är knutet 3 professorer, 4 docenter och 6 doktorander. Forskningsmässigt lyfts framförallt levekirurgi- och IBD-området fram, men även colorectal-gruppen och bröstkirurgigruppen är forskningsmässigt aktiva.
Inom rektalkirurgi har kliniken nu stora volymer (50 - 70/år).

Kliniken har ett nära och välfungerande samarbete i s.k. bäckenkirurgigruppen tillsammans med Kvinnokliniken och Urologiska kliniken. Därutöver finns ett välfungerande system i sydöstra sjukvårdsregionen med multidisciplinära konferenser (MDK). Kliniken huserar i välfungerande lokaler i huvudblocket och har nu bra tillgång till operationssalar för sin verksamhet. På kliniken finns modern utrustning.

Deltagande i nationella kvalitetsregister sker inom Colorectalregistret, pancreasregistret, leverkirurgi registret, gallblåseregistret och Svetrau (traumaregistret).
Kliniken koordinerar traumavården på US med relativt stort inflöde av patienter för sekundär traumavård.

Svagheter – Utmaningar

Klinikens största problem f.n. är bristen på sjuksköterskor vilket begränsar möjligheten till fullt utnyttjande av vårdplatser inom kliniken. Kliniken har ett förhållandevis litet upptagningsområde, beläget mellan två stora universitetssjukhus, som begränsar konkurrenskraften. Generellt bedöms förlust av någon/några verksamhetsområden resultera i flykt av specialistkompetenser inom dessa verksamhetsområden.

En brist har varit svårigheter att få tillgång till endovasculär service på jourtid, något som nu är åtgärdat med endovasculär jourlinje sedan oktober 2018.

Kliniken har haft tunn specialistbemanning inom esofagusområdet, men nyligen har ytterligare senior esofaguskirurg rekryterats till kliniken.

Inom cancervården hålls ännu inte standardiserade vårdförloppens tidsgränser, ett problem som delas med alla cancerkirurgiska enheter i landet.

Ömsesidiga bäckenkirurgiska beroenden mellan colorektalkirurger gynekologer, urologer och magtarm medicinare (bäckenkirurgigruppen) gör verksamheterna sårbara om någon av klinikerna förlorar avancerad bäckenkirurgisk verksamhet.

Onkologiska kliniken

Sammanfattning

Definition på högspecialiserad vård försvåras av olika efterfrågan på Onkologens resurser från Kalmar respektive Jönköping. Klargörande regional nivåstrukturering efterlyses.
Kliniken berörs av genomförda och ev. framtida nationella nivåstruktureringar utifrån i vilken grad andra kliniker på US med cancervård blir berörda.
Största utmaningen utgör det ständigt ökande vårdbehovet inom cancervården, vilket ställer krav på kapacitetsplanering med god framförhållning.

Regional högspecialiserad vård

Stora svårigheter föreligger att klargöra vad som är högspecialiserad vård utifrån diagnoser till följd av olika efterfrågan av US-insatser från Kalmar och Jönköping. Högspecialiserad vård hos Östgötadelen inom dessa vårdområden har värderats utifrån klinikens uppfattning vad som borde vara högspecialiserad vård.
Verksamheten är uppdelad i följande sektioner

- Gyn onkologi
- Gastrointestinal, dermatologisk och urologisk cancer
- Sarcom, neuroendokrina-, hjärn-, testis- och brösttumörer
- Strålbehandling

All gynokologisk verksamhet utgör högspecialiserad vård och nyttjas även av Sörmland och Västmanland. Delar av övrig tumörvård liksom brachyterapi efterfrågas i olika grad inom sydöstra sjukvårdsregionen, vilket försvårar bedömningen av vad som räknas som högspecialiserad vård. Kliniken ser ett värde att centralisera onkologisk vård av sarcom i sydöstra sjukvårdsregionen.
Brachyterapi på US gjordes år 2017 inom gynekologi på 42 patienter, prostata 32 och övriga 5 patienter.
Stereotaktisk strålterapi görs på US på lunga och hjärna (år 2017 33 respektive 39 patienter). Jönköping har startat motsvarande verksamhet, men har reservutnyttjat US-kliniken sommartid.
All barnradioterapi är högspecialiserad vård (2017 på US 10 patienter), men där Jönköping remitterar patienter till Göteborg.
Inför protonterapi på Scandionkliniken i Uppsala görs planering med datortomografi,

fixationsutrustning och dosplanering för alla patienter i sydöstra sjukvårdsregionen på US (år 2017 30 patienter - i starkt ökande).

Nationell högspecialiserad vård

Befintlig
Nationellt nivåstrukturerad cancervård berör klinikens verksamhet, där vulvacancer sköts på US och övriga utanför US.
Brachyterapi inom head-and-neck görs enbart i Göteborg, Stockholm och Lund.
Scandionkliniken är enda enhet i landet för protonterapi.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Nationell nivåstrukturering av behandling har föreslagits för trofoblastsjukdom, och regional nivåstrukturering för cervixcancer och corpuscancer.
Onkologiska verksamheten är nära knutet till de kirurgiskt verksamma klinikerna respektive barnmedicinska kliniken. Ev. nivåstruktureringar inom deras verksamheter påverkar motsvarande verksamhet på Onkologiska kliniken.
Diskussioner har förts om Scandionkliniken skall ansvara för även de planeringsdelar som nu görs regionalt.

Styrkor – möjligheter

Kliniken har sin verksamhet i moderna lokaler tillsammans med andra kliniker med huvudsaklig cancervård. Utvecklingspotential vore att samla samtliga dessa klinikers slutenvård gemensamt på ett våningsplan respektive ett gemensamt mottagningsplan.
Utrustningen är uppdaterad.
Kliniken har för närvarande god bemanning.
Akademisk aktivitet drivs av 2 professorer, 2 professorer med kombinationstjänst, två blivande docenter och 5 doktorander. Främsta forskningsområden är bröstcancer, pancreascancer och rektalcancer.

Svagheter – utmaningar

Största risken är den ständigt ökande efterfrågan på cancervård, bl.a. till följd av bättre överlevnad med allt längre uppföljningar. Det ställer krav på god framförhållning avseende kapacitetsplanering gällande lokaler, utrustning och bemanning. Kompetensförsörjning är en ständig utmaning.
Kliniken kan inte konkurrera forskningsmässigt med de större onkologiska klinikerna i landet.
Olika förväntningar på US:s insatser från Kalmar respektive Jönköping utgör speciell utmaning. Kliniken efterlyser konstruktiv regional nivåstruktureringsdiskussion för klargörande vem som förväntas göra vad i sydöstra sjukvårdsregionen.

Region Östergötland

Ortopediska kliniken

Sammanfattning

En stor del av klinikens högspecialiserade verksamhet är av lågvolymkaraktär. Det finns tveksamhet till nationell centralisering inom svenska ortopedikretsar. Klinikens spetsområden utgörs av övre extremitetskirurgi (trauma och protes) samt svåra frakturer (ofta i samverkan med Plastik kirurgiska kliniken).

Kliniken kan inte konkurrera med volymer men med hög per-doktor-produktion av komplicerad kirurgi till följd av koncentrerad komplikationsvård på US kliniken inom länet. Motsvarande följsamhet inom sydöstra sjukvårdsregionen kan förbättras. Klinikens barnortopediska enhet dras för närvarande med bemanningsproblem.

Ev. förlust av verksamhetsområden till följd av nationell centralisering ger risk för kompetensflykt. Från kliniken förordas som alternativ formaliserade sektionsvisa professionella nätverk mellan universitetskliniker.

Regional högspecialiserad vård

Högspecialiserad verksamhet inom kliniken uppskattas till knappt en fjärdedel av slutenvårdsverksamheten och grupperas i följande generella områden:

- Svåra muskuloskelettala (djupa/komplicerade) infektioner
- Infektioner i ledproteser
- Deformitetskirurgi i rygg och långa rörben
- Ledproteskirurgi
- Svåra S- och T-diagnoser (frakturer, komplikationer)
- Komplicerade reoperationer
- Komplicerade öppna frakturer
- Svåra bedömningar
- All revisionskirurgi
- Kärlmissbildningar i extremitet (multidisciplinärt med ortopedi, plastikkir, rtg-interventionist)

Merparten av Högspecialiserade behandlingar görs i relativt låga volymer. Spetskompetens för kirurgisk behandling inom kliniken finns inom övre (axel, armbåge) och nedre (underben, malleol) extremiteter.

Övre sektionens högspecialiserade verksamhet omfattar:

- Revisioner av armbågsproteser
- Fel/icke läkta frakturer
- Muskel-sen transferering

- Resttillstånd efter neurologiska skador
- Kronisk ledinstabilitet

Barnortopediska sektionens verksamhet omfattar:

- Behandling av osteogenesis imperfecta
- Motoriserade magnetspikar
- Externfixationer
- Habiliteringsinsatser avseende CP-skador och ryggmärgsbråck
- Behandling av sent upptäckt höftluxation/dysplasi
- Spasticitets och spina bifida mottagning (multidisciplinärt med neruolog, rehab, hab)

Nedre sektionens verksamhet omfattar:

- Primära proteser hos patienter med avvikande anatomi
- Komplicerade revisioner
- Djupa protesinfektioner och efter osteosyntes
- Komplicerade läkningsstörningar

Tumörsektionens verksamhet omfattar:

- Operation av bäcken- och acetabulum fraktur
- Operation för calcaneus och talusfrakturer
- Operation av ovanliga lednära/intraartikulära frakturer
- Öppen operativ behandling av traumatisk höftluxation och frakturer på lår benshuvudet (pipkin frakturer)

Nationell högspecialiserad vård

Befintlig

Rikssjukvård som berör ortopedin är plexus brachialisskador. Enligt överenskommelse inom centrala RCC bedrivs inte heller kirurgi för sarcom på kliniken. Kliniken har i övrigt god kännedom om specialkompetens i landet och konsulterar vid behov andra klinikers kollegor alternativt vidareremittera patient för vård. Övre sektionen får även av och till remisser från kliniker utanför sydöstra sjukvårdsregionen.

Ev. ytterligare nivåstrukturering

Kliniken har medverkat i NPO där man rapporterar en generell skepsis till centraliseringsinitiativ i någon större utsträckning. Man förordar som alternativ formaliserade sektionsvisa nätverk för professionell kunskapsdelning och utvecklingsarbete. Områden som lyfts/kan tänkas lyftas är:

- Diskproteser
- Fotledsproteser

- Armbågsproteser
- Bäcken/acetabular frakturer

Konsekvenser
Kliniken är bland de minsta bland universitetsklinikerna och har som andra US-kliniker svårt att konkurrera volymmässigt. Det finns begränsad mängd data till följd av låga volymer. Detta i kombination med att stora interindividuella behandlingsutmaningar i dessa patientgrupper försvårar användbara kvalitetsjämförelser.

Centralisering av verksamhet från kliniken bedöms utgöra stor risk för kompetensflykt med tillhörande risker för försämring för patienter med förlust av tillgänglighet till spetskompetens.

Styrkor – möjligheter
Kliniken har redan fokus på högspecialiserad vårdverksamhet då s.k. vardagskirurgi nivåstrukturerats i länet. Det finns god bemanning inom samtliga sektioner förutom barnsektionen. Kliniken registrerar sin frakturverksamhet i frakturregister.

Konkurrensfördelar är jämförelsevis goda strukturella förutsättningar vad avser vårdplatser, tillgång på operationsresurser och hög per-doktor-produktion av komplicerad kirurgi. Goda multidisciplinära samverkan är upparbetade med Barnmedicinska kliniken, Rehabmedicinska kliniken, Habiliteringsklinikerna och Hand och plastikkirurgiska kliniken. Kliniken har 2 professorer och forskningsmässigt är kliniken aktiv, bl.a. inom ämnesområden stressfrakturer och bifosfonatfrakturer.

Svagheter – utmaningar
Kliniken har tappat bemanning av specialiseter inom barnsektionen. På US efterlyses barnintensiv kompetens 24/7 har efterlysts, något som IVA nu tillhandahåller. Det faktum att huvudparten av Östergötlands elektiva vardagskirurgi inte bedrivs på US-kliniken har inneburit att komplikationer efter sådan kirurgi i sydöstra regionen inte sällan remitteras till andra universitetskliniker. Detta begränsar erfarenhetsunderlaget på US kliniken för sådan verksamhet.

Urologiska kliniken

Sammanfattning
Högspecialiserad vård utgjorde 34% av klinikens verksamhet år 2017. Det innefattar all avancerad cancervård och ett antal avancerade lågvolymområden. Flertalet skulle kunna omfattas av nationell nivåstrukturering men där kliniken bedömer tre sådana som mer

troligt. För två av dessa har kliniken ambition och förutsättningar att kunna få nationellt uppdrag.

Kliniken ser fördelar med gemensam verksamhet på US och VIN med därvid dubblerade operationsenheter, vårdavdelningar och mottagningar, samt av bemanning med unga specialister. Otillräckliga forskningsresurser är största utmaningen.

Regional högspecialiserad vård

Kliniken slutenvårdade 1318 patienter år 1217, varav 34% utgjorde högspecialiserad vård. Av dessa var 7% utomlänspatienter. Den högspecialiserade vården innefattar:

- Cancersjukdomar
  - Njurcancer med cavatrombos samt RF-behandling
  - Urotelial cancer i njurbäcken, uretär och uretra
  - Avancerad blåscancer - cystektomi
  - Prostatacancer - prostatectomier
  - Peniscancer
  - Testiscancer
- Benigna tillstånd
  - Uretrastrikturer - uretraplastik
  - Komplicerade blåsfunktionsrubbningar
  - Inkontinens till följd av sfincterproblem - op med protes och sling-kirurgi
  - Avancerad njurstensbehandling, PCNL (percutan litotripsi), kombinationsbehandling med ESWL (stötvågsbehandling) och spolning
  - Urinavledande kirurgi
  - Erektil dysfunktion – induratio penis plastik, proteskirurgi
  - Trauma med njur- och/eller bäckenskador

Kliniken har verksamhet på US och på VIN där läkarna arbetar omväxlande på VIN och på US. Högspecialiserad inkontinenskirurgi och avancerad njurstensbehandling utförs på VIN, liksom endoluminal laserbehandling av njurbäckentumörer (samma teknik som endoluminal njurstensbehandling). Övrig högspecialiserad vård utförs på US.
Kliniken ser behov av, men saknar, andrologisk kompetens/mottagning.

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Kurativ operation för tesikelcancer och peniscancer är nationellt nivåstrukturerad och utförs inte på US, men däremot den preoperativa och postoperativa handläggningen. Avancerad njurstensbehandling på VIN efterfrågas även utanför sydöstra sjukvårdsregionen.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
All högspecialiserad vård, med undantag för prostatacancer, är att betrakta som lågvolymverksamhet och skulle därmed kunna komma att omfattas av nationell nivåstrukturering. Kliniken lyfter fram de tre mest troliga av dessa:

- Uretraplastiker
- Inkontinenskirurgi
- Endoluminal laserbehandling av njurbäckentumör

Av dessa har kliniken ambition och förutsättningar att få nationellt uppdrag avseende inkontinenskirurgi och endoluminal laserbehandling av njurbäckentumörer.

Konsekvenser
Uppdrag av ovanstående vårdområden bedöms kunna klaras kapacitetsmässigt med nuvarande resurser.

Styrkor – möjligheter

Kliniken har fördel av att kunna nyttja två vårdavdelningar, två operationsenheter och två mottagningsenheter och också att verksamheten därigenom innehåller hela vårdprocessen från diagnostik, behandling till uppföljningar. Cancervården följs i kvalitetsregister, INCA, och inkontinenskirurgi i ett inkontinensregister.

Kliniken bemannas av unga specialister, med för närvarande två vakanser, samt 10 ST-tjänster. Bemanning av vårdpersonal i övrigt är god med alla vårdplatser öppna. Tillgång till operationsresurser är tillräcklig med inte optimala men acceptabla väntetider för canceroperation.

Svagheter – utmaningar

Största svagheten är forskningsaktivitet där man bl.a. har misslyckats att knyta professor till kliniken. Tre disputerade finns på kliniken och två doktorander. Docentkompetens saknas. Trots detta bedrivs forskningsaktivitet, bl.a. i samarbete med ett forskarlag i Umeå och Stockholm. Förhoppningen är att kunna få en av dessa samarbetspersoner som professor på kliniken.

Region Östergötland

Diagnostikcentrum

Klinisk genetik

Regional högspecialiserad vård

År 2017 registrerades i Cosmic 705 patienter i öppenvård, varav 27% gällde utomlänspatienter. Klinikens egen statistik över remisser redovisar för samma tid 1276 genetiska utredningar.

All verksamhet är regional högspecialiserad vård och innefattar laborativa analyser, rådgivande mottagning, inklusive satellitmottagning i Kalmar och Jönköping, samt konsultationer.

Patienter med Ehlers-Danlos syndrom hanteras i Västervik och kardiogenetiska frågeställningar hanteras av Kardiologen på US.

Nationell högspecialiserad vård

Det finns ett upparbetat samarbete mellan landets genetiska enheter på universitetssjukhusen vad avser utbildning/fortbildning. Vissa analyser skickas till andra genetiska laboratorier nationellt och internationellt. T.ex. skickas samtliga analyser för bröstcancer till laboratoriet i Lund.

Kliniken ser utifrån detta inte att ytterligare nivåstrukturering kommer att genomföras då samlade resurserna i landet redan nu understiger behovet av klinisk genetisk efterfrågan.

Region Östergötland

Hjärt- och medicincentrum

Endokrinmedicinska kliniken

Sammanfattning

Högspecialiserad vård bedrivs huvudsakligen i öppenvård och uppskattas till ca 450 patienter årligen. Det motsvarar ca 7 % av klinikens öppenvårdsverksamhet, innefattande två högvolymområden och ett flertal lågvolymverksamheter. Kliniken ser uppenbara risker med nationell nivåstrukturering med påverkan på klinisk kompetens, utbildning och forskning och förordar som alternativ samverkansmodell enligt förslag från NPO - neurosjukdomar. Stor utmaning är pressade seniora specialister, bl.a. till följ av mycket nattstörningar som medicinbakjourer.

Regional högspecialiserad vård

Av klinikens drygt 6200 öppenvårdsbesök år 2017 utgjordes 191 (3%) av utomlänspatienter. Uppskattningsvis 450 patienter/år utgör högspecialiserad vård (7%). En del av dessa hanteras remissvägen i samband med multidisciplinära beslutsronder och återfinns inte alltid i Cosmicdata. Därav uppskattade siffror om antal högspecialiserade insatser och utomlänspatienter bland dessa. De patienter som går till operation behöver endokrinmedicinska konsultinsatser peroperativt och postoperativ behandling varav många livslångt. Högspecialiserade insatserna ges i nära samverkan/beroenden med kirurgiska kliniken, Neurokirurgiska kliniken, ögonkliniken, onkologkliniken, Klinisk genetik, hand och plastikkirurgiska kliniken och psykiatriska kliniken.
Högspecialiserade vården omfattarföljande områden:

- *Hypofystumörer*. Multidisciplinär beslutsrond, ca 250 patientfall/år varav ca 40 går till operation. Dessa bedöms preoperativt och postoperativt av endokrinmedicinare och vidare uppföljning sköts vanligen på hemortsklinik.
- *Njurartärstenos*. Multidisciplinär endokrinrond på US, ca 20 patienter/år. Utreds på kliniken eller på hemortslasarettet. Behandling sker på Seldingerenheten, ca 5/år.
- *Könsdysfori*, f.n. ca 150/år, ökande antal. Efter utredning på psykiatriska kliniken kommer patienter som skall få könskorrigerande behandling till Endokrinmedicinska kliniken för hormonell behandling i öppenvård. Detta innebär livslång behandling. Nästa steg är ev. kirurgisk åtgärd på Hand och plastikkirurgiska kliniken. Hela vårdkedjan finns således samlad på US.
- *Tyroidea*. Remisser avseende endokrin oftalmopati utreds och behandlas i samverkan med ögonkliniken, 5 - 10/år
  Tyroideahormonresistens remitteras från SÖSR, 5 - 10/år

- *Multipel endokrin neoplasi* ca 20 - 30 patienter från SÖSR/år, multidisciplinär rond med endokrinkirurg, onkolog, genetiker. Fortsatt behandling som regel på US.
- *Gonadpatienter*. Sällsynta diagnoser; Klinerfelters, Turner.
- *Gravida med sällsynta endokrina diagnoser*, ca 5 - 10/år
- *Ovanliga skelettmetabola sjukdomar*; Osteogenesis imperfecta hypofosfatasi, autoimmun polyglandulärt syndrom, hypoparatyroidism
- *Binjuretumörer och endokrina buktumörer*, i samverkan med endokrinkirurger.

Lågvolymverksamhet
Med undantag för hypofystumörer och könsdysforiverksamhet består den högspecialiserade vården av lågvolymverksamhet.

Nationell högspecialiserad vård

Befintlig
Könsdysforipatienter remitteras till Linköping även från andra delar av landet.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Volymmässigt torde varken hypofystumörer eller patienter med könsdysfori komma att omfattas av nationell nivåstrukturering, medan övriga områden inte kan uteslutas att omfattas av detta.

Konsekvenser
Om könsdysfori och hypofystumörer mot förmodan skulle omfattas av nivåstrukturering har kliniken ambition, och bedömer sig ha goda förutsättningar att få sådant uppdrag. Bedömningen är att förlust av någon eller några av högspecialiserade verksamheterna bedöms försämra kompetensen på kliniken, förutsättningar för läkarutbildningen och forskning. Från kliniken förordas som alternativ samarbetsmodell enligt NPO neurosjukdomars förslag.

Styrkor – möjligheter
Kliniken är fullbemannad avseende såväl läkare som övrig vårdpersonal. Till kliniken hör en professor, tre docenter, 5 disputerade och 2 doktorander. En av klinikens läkare är ordförande i nationella endokrinföreningen och en deltar för sydöstra sjukvårdsregionen i NPO endokrin. Kliniken är forskningsaktiv med ca 20 vetenskapliga publikationer/år.

Svagheter - utmaningar
Läkarbemanningen har viss övervikt på yngre kollegor. Seniora specialister är tyngda av bakjoursuppdraget där US kräver bakjourskontakt för varje internmedicinsk inläggning från akutmottagningen. Det blir många nattstörningar med svårigheter att upprätthålla effektiv

dagverksamhet. De äldre specialisterna sviktar till följd av detta med åtföljande ökande andel deltidstjänstgöringar. Det är mycket svårt att rekrytera endokrinspecialister.
Kliniken verkar i gamla, otidsenliga lokaler.

Infektionskliniken

Regional högspecialiserad vård

Kliniken har ingen egen högspecialiserad vård men är vårdinstans för thoraxkirurgiska kliniken och Neurokirurgiska kliniken då de har infektionskomplikationer.

Nationell högspecialiserad vård

NPO infektionssjukdomar har i inledande diskussioner inte kunnat identifiera några områden för nationell nivåstrukturering.

Högisoleringsenheten på Infektionskliniken US är en nationell resurs, den enda i landet, och som nyttjas mycket sällan (uppskattningsvis en patient var till vartannat år).
Högisoleringsvård har förekommit i diskussioner om nationell nivåstrukturering men verksamheten skulle snarare behöva spridas på fler enheter. Malmö har beslutat tillskapa en sådan.

Kardiologiska kliniken

Sammanfattning

Drygt hälften av slutenvården och ca 1/3 av öppenvården på kliniken utgörs av högspecialiserad vård, där verksamheter i låg volym svarar för ca 12% respektive 17%.

Av 17 områden där RMPG förutser tänkbar nationell nivåstrukturering har kliniken ambition, förutsättningar och kapacitet att få och ta uppdrag rörande 5 av dessa då man där idag är sverigeledande. Kapacitetsmässigt förutsätter detta en utökning av dagens 8 interventions lab till 9 och framgent till 10. Begränsande är även THIVA resurs.
Ev förlust av dessa områden riskerar flykt av viktiga spetskompetenser.

Regional högspecialiserad vård

Av klinikens 3705 slutenvårdade patienter år 2017 utgjordes 58% av högspecialiserad vård, varav 23% var utomlänspatienter. I öppenvårdsverksamheten utgjordes högspecialiserade vården 34% högspecialiserad vård, varav 15% var utomlänspatienter. Högspecialiserade vården omfattar fr.a.

- Interventionell behandling av arytmier
- Interventionell behandling av klaffsjukdomar
- Utredning av missbildningar
- Kardiomyopatier
- Pulmonell hypertension
- Inlagringssjukdomar i hjärtat
- Tumörer
- Interventionell behandling av instabil angina och infarkter
- Utredning och eftervård av transplanterade

Lågvolym
Lågvolymsverksamhet bedömds utgöra ca 12% av högspecialiserade slutenvården och 17% av högspecialiserade öppenvården.

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Idag bedriver Kardiologkliniken på US all kardiologisk högspecialiserad vård med undantag för GUCH ablationer på vuxna med medfödda hjärtfel och ablationer på mycket små barn. Klinikens verksamhet med kateterburen dilatation av mitralis stenos samt VT ablationer efterfrågas även utanför sydöstra sjukvårdsregionen.

Ev ytterligare nivåstrukturering
Inom RMPG kardiologi i sydöstra sjukvårdsregionen har diskuterats tänkbara områden som kan komma att omfattas av ytterligare nationell nivåstrukturering. Detta har innefattat de mest uttalade lågvolymområdena:

- PTMV (Percutan Transeptal Mitralis Valvulotomi, dvs dialatation av mitralisstenos)
- Mitraclip behandling
- LAAO (Left Atrial Appendage Occlusion device, d.v.s. slutning av vänster förmaksöra)
- VT-ablationer
- Extraktion av pacemakerutrustning
- GUCH ablationer/GUCH center (Grown Up Congenital Heart disease)
- Ablationer på mycket små barn
- Inlagringssjukdomar i hjärtat (sarcoidos, amyloidos, carcinoid)
- Septal alkoholablation/kirurgi vid hypertrofisk cardiomyopati
- Hjärtpatologi (avser patologkliniken)
- Monogena hjärtsjukdomar
- CTO (Chronic Total Occlusion, dvs kronisk total occlusion av kranskärl)
- Behandling/omhändertagande av refraktär angina

- Behandling av persisterande foramen ovale
- Handläggning av pulmonell arteriell hypertention (PAH)
- Subcutan ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator, dvs implanterbar defibrillator)
- Utredning och behandling före och efter transplantation

Kliniken bejakar merparten av dessa förslag med ambition och förutsättningar att få nationellt uppdrag avseende:

- PTMV
- Mitraclip
- LAAO
- VT ablationer
- Extraktion av pacemakerutrustning/elektroder

Konsekvenser
Kliniken bedömer sig ha kapacitet att klara förväntad volymökning med nationellt uppdrag inom ovanstående verksamhetsområden under förutsättning av utökad kapacitet med interventionslaboratorier. Även utan sådant uppdrag behövs minst ytterligare ett lab inom tre år och två lab inom 5 år. Förlust av dessa verksamheter riskerar medföra flykt av värdefulla specialister med den spetskompetensen och begränsa pågående forskning inom dessa fält.

Ev. förlust av övriga föreslagna nivåstruktureringsområden bedöms inte nämnvärt påverka klinikens övriga verksamhet.

Styrkor – möjligheter

Kliniken är ledande i landet vad avser dilatation av mitralisstenos och mitralisclips och utgör nationellt referenscentrum för avancerade VT-ablationer. Huvuddelen av klinikens verksamhet följs i nationella kvalitetsregister och uppvisar där mycket goda resultat.

Strukturellt har kliniken en god och hållbar bemanningsstruktur avseende specialister inom samtliga sektioner och ingen brist på övrig personal. Kliniken är organiserad i mycket välfungerande centrum kring hjärt - kärlsjukvård.

Det bedrivs en omfattande forskningsaktivitet på kliniken som huserar 7 professorer, 7 docenter, 10 doktorander. Under 2017 producerades 87 vetenskapliga publikationer och 2 disputationer.

Svagheter – utmaningar

Största svagheten är trångboddhet.
Efterfrågan på klinikens interventionella verksamhet ökar. Oavsett ev. ökade nationella

uppdrag är kliniken i behov av ytterligare kapacitet utöver dagens 8 lab. Målsättningen är ytterligare ett lab inom 3 år och två lab inom fem år. Med ev. nationella nivåstruktureringsuppdrag ökar tempot på detta behov.
Thiva-resursen är hårt ansträngd med ett expansionsbehov redan idag.

Magtarmmedicinska kliniken

Sammanfattning

Klinikens högspecialiserade vård (10% av slutenvård och 9% av öppenvård) gäller framför allt vård av komplicerade inflammatoriska tarmsjukdomar. Nationell nivåstrukturering kan tänkas omfatta dessa verksamhetsområden. Kliniken har ambitionen, förutsättningar och kapacitet att få och ta sådant uppdrag i nära samverkan med Kirurgiska kliniken.

Regional högspecialiserad vård

Högspecialiserad vård utgjorde år 2017 10% av slutenvården och 9% av öppenvården. Av dessa var 7% utomlänspatienter. De delar som utgör klinikens högspecialiserade vård omfattas huvudsakligen av inflammatoriska tarmsjukdomar och tarmfunktionsrubbningar. Omfattningen är i ökande. Insatserna innefattar allt från telefonkonsultationer till vård inom kliniken.

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Kliniken bedriver vård för även andra landsting vad avser:

- Komplicerad Crohns sjukdom
- Refraktär coeliaci, typ II
- Mikroskopisk colit
- Tarmfunktionsrubbningar

Vård avseende IBD sker i nära samverkan med kirurgiska kliniken och komplikationsvård i samverkan med hudkliniken, och reumatologiska kliniken. Endoskopisk polypextraktion med submucös dissektion (ESD) eller mucös resektion (EMR) är helt nya tekniker som är i ökande.

Refraktär premalign coeliaci typ II diagnostiseras och behandlas bl.a. med stamcellstransplantationer i samverkan med Hematologiska kliniken.

Mikroskopisk colit omfattar huvudsakligen telefonkonsultationer

Tarmfunktionsrubbningar hanteras inom klinikens bäckenfunktionsenhet i nära samverkan med kirurgkliniken, Kvinnokliniken, urologen och smärt-rehab kliniken.

Ev. utökad nivåstrukturering
Kliniken ser fördelar med nationellt centraliserad vård avseende ovan nämnda vårdområden och har ambition och förutsättningar att få och ta sådant uppdrag. Volymerna är små varför det inte bedöms utgöra något större kapacitetsutmaning. Risken bedöms liten att den verksamheten skulle fråntas kliniken, som i så fall inte skulle utgöra större verksamhetspåverkan, utöver möjligen kompetensflykt.

Styrkor – möjligheter

Nära samarbetet med kirurgiska kliniken avseende IBD-vården är avgörande styrka på US. Kliniken är tillsammans med kirurgiska kliniken ledande i landet avseende erfarenhet och vård av komplicerade IBD och med hög grad av forskning och utvecklingsarbete på bägge dessa kliniker. En av klinikens specialister leder en Europeisk mikrocirkulatorisk colit grupp.

Utöver hög kompetens utgörs klinikens styrkor av strukturerade arbetssätt med team, rationella processer och fokus på patienter som mår dåligt istället för standardiserade återbesök.

Ett utvecklingsområde är att tillsammans med kirurgkliniken tillskapa ett kort-tarm center för hantering av komplicerade korta-tarmen problem även för andra patienter än de med IBD.

Verksamheten bedrivs i nya välfungerande lokaler där planerna innefattar att ta över även kirurgklinikens vårdplatser för IBD-patientvård om ett par år.

Kliniken är idag välbemannad med 16 läkare, varav tre med 30% universitetsuppdrag (1 professor, 2 lektorer/motsv.). På kliniken finns 5 docenter och 5 doktorander. Forskningsaktiviteten är hög.

Kliniken registrerar kvalitetsdata för IBD patienter i nationellt register SWIB, där ofullständig följsamhet på en del andra kliniker begränsar resultatjämförelser.

Svagheter – utmaningar

Trots god bemanning för dagen utgör kompetensförsörjning hela tiden en utmaning. Planerad övertagning av IBD-vårdplatser från kirurgkliniken kommer att kräva nyanställningar av sjuksköterskor.
Klinikens högspecialiserade roll bygger på det nära samarbetet med kirurgkliniken. Om kirurgkliniken skulle svikta till följd av bemanningsproblem får det avgörande konsekvenser även för Magtarmmedicinska kliniken.

Region Östergötland

Thorax-kärl kliniken

Sammanfattning

All thoraxkirurgisk vård och en mindre del av kärlkirurgin utgör högspecialiserad vård.
Nationell nivåstrukturering finns redan genomfört på några områden inom thoraxkirurgin.
Endast mycket marginell verksamhet bedöms kunna komma ifråga för ytterligare nivåstrukturering.
Kärlkirurgiska thorakoabdominella åtgärder (öppen operation eller endovaskulärt) skulle kunna nationellt nivåstruktureras där kliniken har ambition och förutsättningar att kunna få sådant uppdrag.
Viktigaste styrkor är hjärtsjukvården samlad i en organisation på US samt mycket goda redovisade resultat.
Allvarlig utmaning är trångboddhet vad avser operation och intensivvård.

Regional högspecialiserad vård

Av klinikens ca 1700 slutenvårdade patienter år 2017 utgjorde ca 70% högspecialiserad vård, varav drygt hälften var utomlänsvård. Klinikens högspecialiserade verksamhet innefattar:

- Lung kirurgi
    - Tumörer och metastaser; i lunga, mediastinum, bröstvägg, thymus
    - Infektioner; empyem, bronkiektasier, fistlar, lungabscess
    - Emfysem, bullektomi
    - Operation för pectus excavatum och carniatum
- Hjärtkirurgi
    - Kranskärl, klaff, tumörer (myxom, carcinoid)
    - Aortakirurgi; aorta ascendens, arcus rekonstruktion
    - Maze-förmaksflimmer i samband med klaffkirurgi
    - Korttidsassist; ECMO, Impella, IABP
    - Långtidsassist; Heartmate
    - Ductus; barn
- Kärlkirurgi
    - Thorakala och thorakoabdominella ingrepp
    - Kärltrauma, regionalt traumacenter
- Thoraxanestesi och intensivvård

I princip all thoraxkirurgisk verksamhet är högspecialiserad vård innefattande:

- hjärtkirurgiska ingrepp krävande hjärtlungmaskin - drygt 700/år, varav:
    - kranskärlsingrepp – drygt hälften
    - klaff ingrepp – drygt en tredjedel
    - kombinationsingrepp – knappt 100/år (varav flest är aortaklaffkirurg)
    - Övrigt – ca 75/år

- endovaskulära klaffåtgärder, drygt 100/år

Thoraxverksamheten är med sin produktion 4:e största enheten i landet. Inom kärlkirurgiska verksamheten utgjorde thorakala och thorakoabdominella ingrepp 27 st år 2017. Nio av dessa var på östgötar, 17 från SÖSR samt 1 patient från Stockholm.

Nationell högspecialiserad vård

Befintlig
Rikssjukvård utgörs av barnhjärtkirurgi, som bedrivs i Lund och Göteborg samt av lung- och hjärttransplantationer. US-kliniken har dock på uppdrag från Lund gjort enstaka slutningar av öppetstående ductus. Kliniken bedriver därutöver inte ECMO-behandling för lungproblem (influensakomplikationer), kirurgi för kronisk lungembolisering/trombos och tracheal kirurgi. US har vid sidan om Malmö stor erfarenhet av endovaskulär behandling (TEVAR) av thorakala och thorakoabdominala aneurysm/dissektioner. Dessa kärlkirurger har nära samarbete och kunskapsöverföring.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Merparten av thoraxkirurgin är högvolymsproduktion. Möjligen kan behandling av inlagringssjukdomar i hjärtat (sarcoidos, amyloidos och carcinoid) centraliseras, mer utifrån komplicerad diagnostik och efterbehandling än av komplex kirurgi. Tracheal kirurgi skulle kunna ha ett värde att centraliseras, där US inte aspirerar på sådant uppdrag.

Kliniken ser i övrigt inget värde av ytterligare centralisering av få befintliga lågvolymsområden.
Mekanisk vänsterkammarassist (LVAD) med s.k. Heartmate är lågvolymsverksamhet. Indikationen är långtidsbehandling av hjärtsvikt i väntan på hjärttransplantation eller för destinationsbehandling. Dessa patienter har ofta utvecklat hjärtsvikt under ett antal år och erbjuds denna behandling efter noggrann utredning av ett multidisciplinärt team på US bestående av kardiolog, fysiolog, thoraxkirurg och thoraxanestesiolog. Den kirurgiska proceduren är ofta okomplicerad medan det postoperativt kan vara mer komplicerat med krav på intensivvård. Därpå följer en tid på kardiologens vårdavdelning för att patient och anhöriga skall introduceras och adaptera till den nya situationen som en hjärtpump innebär. Det är stor fördel att ha hela processen samlad på US för regionens patienter med detta behov.
Mekanisk korttidsassist med hjärt-ECMO, IABP och Impella, är nödvändigt att ha som akutberedskap i samband med hjärtkirurgi och som beredskap för kardiologpatienter med akut hjärtsvikt, som t.ex. kardiogen chock eller myokarditer som kräver omedelbar support. Lung-ECMO, för att enbart supportera lungfunktionen vid allvarliga lunginflammationer och influensa eller vid omfattande lungembolisering, är lågvolymsverksamhet som US inte har kapacitet för. Dessa patienter skickas efter kanylering och anslutning till ECMO-utrustningen till ECMO-center, KS i Stockholm.

Ett nytt tänkbart utvecklingsområde är ECPR, ECMO behandling vid akut hjärtstopp. Detta utförs i Sverige ännu bara i Stockholm, har ännu inte evidensstöd för rutinbruk, och där US-kliniken inte har någon ambition att ta upp detta.
Kärlkirurgiskt kan TEVAR-behandling tänkas bli föremål för nationell nivåstrukturering. US-kliniken har i så fall ambitionen och förutsättningar att få ett sådant uppdrag.

Konsekvenser
Kliniken ser inte förutsättningar för nämnvärda ytterligare nivåstruktureringar inom thoraxkirurgin av skäl enligt ovan. US-kliniken bedömer sig ha kapacitet för ev. utökat nationellt åtagande inom kärlkirurgin.

Styrkor – möjligheter

Klinikens organisation i ett hjärt-kärl kluster där man ”äger” hela vårdkedjan är en styrka och har varit en viktig framgångsfaktor. Kliniken är nu 4:e störst i landet. Det är attraktivt att arbeta på kliniken och bemanningen är god.
Kvaliteten på verksamheten följs i Carath, Swedheart och Swedvasc och resultaten är genomgående mycket goda. Tillgängligheten är god trots ökande väntelistor till följd av ökad efterfrågan.
Kliniken har 3 biträdande professorer, 6 docenter och 7 doktorander. Forskningsaktiviteten är hög.

Svagheter – utmaningar

Kliniken huserar i trånga lokaler utan expansionsmöjligheter. Detta samtidigt som verksamheten är i ökande. Såväl operationsutrymme som THIVA-resurser är begränsande. Planering för utökning av lokaler för dessa centrala verksamhetsdelar är mycket angeläget.
Som alla intensivvårdsenheter är brist på IVA-sköterskor ett hot. Kliniken har f.n. bättre situation än flertalet andra motsvarande kliniker.
Det pågår en generationsväxling bland thoraxanestesiologer. Hittills har kliniken endast rand-utbildat ST-läkare i anestesiologi. Nu påbörjas, om än något sent, utbildning av egna ST-läkare i thoraxanestesiologi.

Region Östergötland

Närsjukvårdscentrum

Barn och Ungdomspsykiatriska kliniken

Sammanfattning

Specialteam på kliniken för behandling av traumatiserade barn, bl.a. sexuellt utsatta barn (Elefanten) på US, har behandlat barn på remiss från flera landsting. Sådan verksamhet håller på att byggas upp på andra enheter. Kliniken bejakar spridning av sådan kompetens och ser inte värde att begränsa sådan vård på få enheter.

Regional och nationellt högspecialiserad vård

På Barn och ungdomspsykiatriska kliniken bedrivs slutenvård på 6 vårdplatser med huvuddelen av verksamheten i öppenvård. Inom kliniken finns en enhet, Elefanten, med team för behandling av traumatiserade barn och ungdomar, bl.a. sexuellt utsatta barn. Den var tidigare den enda av sitt slag i landet med remisser för vård från många landsting. Nu finns motsvarande verksamhet även i Stockholm och i Borås, varvid remissflödet minskat med åren. Verksamheten är resurskrävande fr.a. i form av långa behandlingstider. Vårdteamet innefattar sammanlagt åtta terapeuter.

År 2017 behandlades 2676 patienter på BUP öppenmottagning varav 4% var utomlänspatienter. Sammantaget behandlades 140 patienter på traumamottagningen Elefanten (5%), varav endast tre utomlänspatienter. Detta illustrerar utveckling från högspecialiserad till länssjukvård.

Nationell högspecialiserad vård

Även om det rör sig om lågvolymverksamhet vad avser utomlänsremisser bedömer klinikledningen att omfattning och vårdbehov är av sådan volym att detta inte kommer att omfattas av nationell nivåstrukturering. Utvecklingen är snarare en uppbyggnad av sådan kompetens inom fler landsting och kliniker.

Medicinska och Geriatriska Akutkliniken

Sammanfattning

Högspecialiserad konsultverksamhet bedrivs inom kliniken rörande koagulationsmedicin. Det omfattar 2000 - 3000 konsultationer/år, varar ca 100-200 utomlänskonsultationer. God kompetens finns för detta på kliniken där specialistläkarna regelbundet deltar i

verksamheten på hemofilicentrum i Stockholm. Ingen nationell nivåstrukturering inom detta ämnesområde bedöms trolig.

Regional Högspecialiserad vård

Kliniken bedriver uteslutande länssjukvård. Med specialkunnande inom koagulationsmedicinska ämnet har kliniken kommit att i ökande grad utgöra konsultativt stöd till kollegor inom sydöstra sjukvårdsregionen rörande fr.a. hemostashämmande läkemedelsbiverkan och komplexa blödningar/tromboser hos onkologiska patienter. Av uppskattningsvis 2000 – 3000 sådana konsultationer/år bedöms 100 - 200 konsultationer gälla utomlänspatienter. Detta är därmed volymer som inte torde beröras av nationell nivåstrukturering.

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt

Nationellt finns tre hemofili-centra (Malmö, Stockholm och Göteborg). Sydöstra sjukvårdsregionen nyttjar huvudsakligen Stockholm för denna patientgrupp.

Ev. ytterligare nivåstrukturering

Någon ytterligare nationell nivåstrukturering bedöms inte trolig. Kliniken ser däremot patientfördelar med ytterligare regional nivåstrukturering rörande dessa patienter.

Styrkor – möjligheter

Kliniken är kompetensmässigt väl bemannade med 3 formella och 2 informella specialister inom koagulationsmedicin. Samtliga dessa deltar regelbundet i Stockholms verksamhet. Avdelningen för klinisk kemi på US har trombocytanalysverksamhet som är i nationell toppklass.

Svagheter – utmaningar

Kliniken saknar finansiell överenskommelse avseende medicinsk observationsvård till andra klinikers patienter på AVA, något som utgör ett US-internt problem.

Neurologiska kliniken

Regional högspecialiserad vård

Högspecialiserad vård utgjorde år 2017 7% av slutenvården, varav 38% för utomlänspatienter, Motsvarande siffror för öppenvården var 3% respektive 31% . Till högspecialiserad vård räknas:

- Utredning inför epilepsikirurgi, ca 30/år

- Utredning och behandling av avancerad Parkinsons sjukdom, ca 35/ år
- Normaltryckshydrocephalus, utredning (öppenvård ca 60/ år) och behandling (slutenvård ca 45/ år)
- Neuromuskulära sjukdomar, ca 50 år
- Stroke för trombectomi, ca 25/år

Nationell högspecialiserad vård

Neuroområdet har utgjort pilotområde för nivåstruktureringsprocessen nationellt. Inom ämnesområdets NPO har, på initiativ från Linköping, utarbetats förslag till samverkansmodell med tre samverkansgrupper om vardera två universitetssjukhus. Detta som alternativ till centraliserad vård. Förslaget stöds av NPO neurosjukdomar, Svensk neurokirurgisk förening, RCC samt har mottagits positivt från Socialstyrelsen. Nu avvaktar man ställningstagande till detta från SKL:s enhet för kunskapsstyrning.

Högspecialiserade vårdområden för neurosjukdomar har diskuterats inom ramen för sådan samverkan i NPO. Av dessa har så här långt avancerad Parkinsonsjukdom exkluderats i den diskussionen.

Styrkor – Möjligheter

Spetsområden inom Neurologkliniken på US är:

- Vård av avancerad Parkinsons sjukdom (såväl forskningsmässigt som kliniskt)
- Utredning och behandling inför EP-kirurgi
- Neuromuskulära sjukdomar med biopsi med analys inom kliniken

Kliniken har god läkarbemanning med jämn åldersfördelning. För sjuksköterskor har införts ett karriärsystem till ledningssköterskor vilket bidragit till stabil bemanning med välutbildade sköterskor. På kliniken finns en professor, en deltid gästprofessor, en docent och 10 disputerade.

Svagheter – utmaningar

Forskningen är begränsad fr.a. till följd av begränsade forskningsmedel. Nuvarande ALF-fördelningsmodell har missgynnat kliniken. Detta, tillsammans med kompetensförsörjning av sjuksköterskor i slutenvård, utgör största utmaningarna.

Psykiatriska kliniken

Regional högspecialiserad vård

Kliniken svarar för psykiatrisk utredning av patienter med könsdysforiproblem. Utredningen tar 2-3 år. Under 2017 hanterades 271 sådana patienter vilket utgjorde 2% av

öppenvårdsverksamheten, varav 54% var utomlänspatienter. Detta hanteras i samverkan med Endokrinmedicinska kliniken och Hand och plastikkirurgiska kliniken. Ingen forskning bedrivs inom detta område på kliniken.

Specifik kompetens finns på US-kliniken som föreslås kunna ligga till grund för regional nivåstrukturering inom sydöstra sjukvårdsregionen. Det gäller svåra affektiva sjukdomar med nya behandlingsformer, t.ex. Ketaminbehandling av suicidnära depressioner, transkraniell magnetstimulering vid depressioner och behandling av opioidberoende.

Nationell högspecialiserad vård

NPO för psykiatri har föreslagit nationell nivåstrukturering av mycket vårdkrävande självskadepatienter där kliniken i så fall inte har ambition att ansökan om sådant uppdrag.

Styrkor – möjligheter

Kliniken är utvecklingsinriktad med hög forskningspotential. Till verksamhet byggs f.n. nya ändamålsenliga lokaler.

Svagheter – utmaningar

Efterfrågan på könsdysforiutredningar ökar varvid kapacitetsbegränsning på kliniken medför ökande väntetider.

Region Östergötland

Sinnescentrum

Hand och plastikkirurgiska kliniken

Sammanfattning

Ca 30 - 40% av klinikens produktion och 60 - 70% av operationsverksamheten bedöms utgöras av högspecialiserad vård.

Alla landets handkirurgiska kliniker har enats om att inte medverka i ytterligare centraliseringar utöver det som beslutats. Detta då välfungerande nivåstrukturering mellan handkirurgi och ortopedi redan finns.

US kliniken är för närvarande mycket sårbar p.g.a. av brist på seniora specialistläkare till följd av generationsväxling. Det finns risk att kliniken inte mäktar upprätthålla hela bredden av dagens verksamhet om läkarbemanningen inte löses. Om detta innefattar mikrokirurgi får det konsekvenser för flera andra klinikers verksamhet.

Regional högspecialiserad vård

Kliniken har svårigheter att utifrån vårddata med diagnos och åtgärdskoder klargöra vilka delar som är högspecialiserad vård. Andelen högspecialiserad vård uppskattas till 30 - 40% av klinikens totala produktionsvolym och det motsvarar ca 60 - 70% av klinikens operationstider.

Verksamheten är uppdelad i basverksamhet som alla läkare medverkar i (jour, trauma, senskador, cancer och brännskadevård) och specialiserade sektioner. De senare indelas i:

- Plastikkirurgi
    - Läpp-gom-spalt
    - Hypospadi
    - Kärlmissbildningar
    - Transexuell kirurgi
    - Mikrokirurgi (trauma och cancer)
    - Bröstrekonstruktioner
    - Hudtumörer
    - Brännskadevård
- Handkirurgi
    - Handledsproblem – proteser
    - Barn missbildningar
    - Trauma

Region Östergötland

Nationell högspecialiserad vård

Befintlig
Rikssjukvård som nu inte behandlas på kliniken innefattar plexus-skador och kraniofaciala missbildningar. Kliniken bedriver rikssjukvård avseende avancerade brännskador.

Transsexuell kirurgi utgörs fr.a. i Linköping, Stockholm och Göteborg, där Linköping har mest och störst bredd på kirurgiska åtgärder. Efterfrågan på sådana åtgärder ökar kontinuerligt utan att andra kliniker i landet visat ambition att ta sig an detta verksamhetsområde.
Inom handkirurgi har professionen själva valt att centralisera fall med dysmeli, d.v.s . medfödd avsaknad av extremitet eller del av extremitet, och där US vidareremitterar dessa fall till andra kliniker.

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Alla befintliga handkirurgiska kliniker har gemensamt tagit fram ett dokument där nackdelar med ytterligare ev. nivåstrukturering klargörs. Enligt uppgift är ingen klinik beredd att medverka till ytterligare sådan i utredningsarbete eller ansökan.

Tidigare oenighet rörande avancerad brännskadevård har försvunnit efter det förtydligande som gjordes inom rikssjukvården. Nuvarande struktur inom brännskadevården är okontroversiell. Detta kanske illustrerar svårigheten att återuppta högspecialiserad vård som man en gång lämnat.

US kliniken kan se risken av att inte klara nuvarande bredd i sin verksamhet p.g.a. kompetensbrist bland specialistläkare. I så fall skulle profilering mot några av dagens sektioner kunna bli nödvändigt.

Styrkor – möjligheter
Kliniken verkar i nya, funktionella lokaler, har hög forskningsproduktion och uppvisar goda resultat i sin verksamhet. Kliniken är attraktiv och välbemannad med sjuksköterskor.
Handkirurgins och brännskadans kvalitetsregister är välfungerande medan plastikkirurgins register inte ger samma information. Kliniken har system där varje ST-läkare går igenom operationer för att i klinikmöten redovisa och dra lärdomar.

Mest framgångsrik forskning bedrivs inom brännskadevård och mikrocirkulation.
Kliniken har nära samarbete avseende mikrocirkulationskirurgi med Neurokirurgiska-, kirurgiska-, öron näsa hals-, barnmedicinska och ortopediska klinikerna.

Svagheter – Utmaningar
Kliniken är i ett mycket sårbart läge vad avser läkarbemanning och är på kort sikt i behov av 3 specialister inom plastikkirurgi och 3 inom handkirurgi. Flera av de produktiva seniora läkarna har gått i pension och återväxten har inte hunnit med. Det är brist på specialister i

landet med stora svårigheter att rekrytera specialistläkare. Även till utbildningstjänster är det begränsat med intressanta sökanden. Till detta kommer en splittrad tillvaro för läkare med forskningstid (ca 20%), jourkompledigheter (ca 10%) och jour/basåtagande (20%) som ger begränsad kliniktid inom specialistsektionerna (ca 50%) med lång utbildningstid till sektionsspecialist.

Läget är inom kort prekärt med risk att inte kunna behålla dagens verksamhet. Om detta skulle omfatta mikrokirurgiverksamhet kan det allvarligt påverka andra klinikers verksamhet som berörs av den kompetensen. Förslag finns att ytterligare sprida handkirurgisk verksamhet till duktiga ortopeder i sydöstra sjukvårdsregionen med stöd av preoperativa bedömningar tillsammans med US i videokonferenser. Möjligen skulle en växande privat plastikkirurgisk verksamhet också kunna avlasta klinikens tillkortakommanden.

Kliniken är inte nöjd med prissättningssystemet för rikssjukvård. Priskalkyl bör ta hänsyn till variationer i volymer men samtidigt strikt kostnadsbaserade så att ingen riskerar känna sig lurad. Bäst vore en statlig finansiering av nationell högspecialiserad vård.

Neurokirurgiska kliniken

Sammanfattning

All neurokirurgisk verksamhet är högspecialiserad där ca 50% av patienterna på US utgörs av utomlänspatienter. Hela neurokirurgin består av lågvolymsverksamhet till följd av ett mycket brett spektrum av diagnoser som, med få undantag, förekommer i låga antal. Centralisering av lågvolymverksamhet utgående från diagnos eller åtgärder är dåligt anpassat för neurokirurgin.

Kliniken ser mycket stora risker med föreliggande nationella nivåstruktureringsupplägg. US har den näst minsta neurokirurgiska kliniken i landet och mäter sig inte i vare sig volymer eller forskningsaktivitet. Däremot har kliniken strukturella styrkor med utrustning, lokaler, hållbar bemanning av alla personalkategorier och ledande i landet vad avser kvalitetsuppföljning.

Som alternativ till nivåstrukturering med patientomflyttningar förordas det förslag som framförts av Nationellt programområde (NPO) för neurosjukdomar, d.v.s en nära samverkan i klusterbildning mellan fler neurokirurgiska kliniker för att nå ett tillräckligt stort befolkningsunderlag även för sällan sedda diagnoser.

Regional högspecialiserad vård

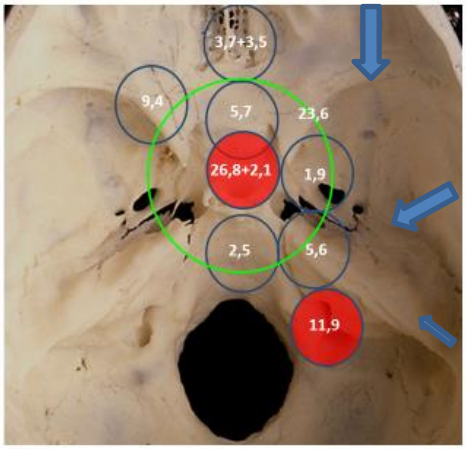
All neurokirurgisk vård är högspecialiserad vård. Kirurgi i nackkotpelaren utförs också på Neuroortopediska enheten på Ryhov. Neurokirurgiska kliniken på US har ökat antalet

operationer sedan 90-talet med en avplaning kring 1500 ingrepp fördelat på 5000 operationstimmar årligen de senaste åren. Belastningen på NIVA är konstant. Kliniken upprätthåller jour och bakjourslinjer och endovaskulär beredskap dygnet runt. 85 % av klinikens patienter opereras. Mottagningsverksamheten är blygsam.
2017 års verksamhet på Neurokirurgiska kliniken omfattade 1491 unika slutenvårdspatienter, varav 51% utomlänspatienter.

Lågvolymverksamhet
Hela neurokirurgin består av lågvolymsverksamhet med ett mycket brett spektrum av diagnoser (>150) som, med få undantag, förekommer i låga antal. Detta illustreras av historiska data från US neurokirurgiska verksamhet där ca 70% av de vanligaste 105 diagnoserna förekommer i färre än 10 fall per år och endast 15% förekommer i fler än 50 fall per år. I REBUS-data från år 2017 fördelar sig slutenvårdspatienterna på 238 diagnoser. Detta utgör en uttalad nivåstruktureringsproblematik för samtliga neurokirurgiska kliniker i landet. Neurokirurgi, liksom all annan kirurgi, har ett begränsat antal centrala tekniker och anatomiska områden att verka i, vilket kan samlas till tekniska områden/handläggningsgrupper:

- hjärnparenkymkirurgi (hjärntumörer, epilepsi)
- skallbaskirurgi (extracerebrala tumörer, ÖNH tumörer)
- vaskulär kirurgi (aneurysm, kärlmissbildningar)
- hydrocephalus/missbildningar
- rygg (trauma, degenerativa tillstånd, missbildningar)
- funktionell kirurgi (intracerebrala stimulatorer)
- endovaskulär behandling.

Varje sådant tekniskt kirurgiskt område omfattas av ett stort antal sjukdomar där tekniskt sett samma operativa typingrepp utförs med små variationer. Den skallbaskirurgiska verksamheten kan användas som illustration av sådan handläggningsgrupp.



I figuren visas antalet fall på US per år för olika tumördiagnoser i skallbasen. Ingen diagnos når de volymer som lyfts fram men sammantaget uppgår denna handläggningsgrupp till 73,1 fall per år som utförs av 2 - 3 kirurger. Pilarna visar de principiella ingångsvägarna. Man ser samma sak och hanterar exakt samma anatomiska strukturer oavsett diagnos. Dessutom hamnar all aneurysmkirurgi inom samma anatomiska fält med samma tekniska problem. Det finns ingen logik eller vinst i att centralisera operationer av en eller två av dessa diagnoser.

Diagnoskodsstrukturen medger inte heller att skilja ut grupperingar för ev. nationell centralisering. Hjärntumörer hos barn har t ex samma kodning som vuxentumörer och olika sällsynta tumörer har samma kod som vanliga maligna gliom. För medulloblastom/PNET avslöjas inte histopatologisk diagnos av diagnoskoden, som dessutom är postoperativ. Komplexa skallbasmeningiom har samma kodning som enkla konvexitetsmeningeom. Vissa distinkta diagnoser, som D353 (kraniofaryngeom), kan identifieras, men dessa tumörer faller inom skallbaskirurgi ur ett tekniskt perspektiv.

Det har uppmärksammats substantiella felaktigheter i diagnoskodning, vilket torde gälla på alla vårdenheter. Nivåstrukturering baserat på felaktigt underlag kan därvid slå snett.

Inte heller kodade åtgärder (KVÅ) fångar lågvolymsgrupper av potentiellt värde för centralisering. Avancerade neurokirurgiska ingrepp täcks i vissa fall av åtgärdskoder som också innehåller mycket av basal verksamhet.

Många diagnoser, vaskulära sjukdomar, hjärntumörer hos barn, trauma m.fl., har dessutom ett stort akut inslag som kräver omgående handläggning av kompetent och erfaren kirurg.

Även andra komponenter än det kirurgiska utförandet är avgörande för den samlade handläggningen av ett tillstånd. De kompetenser som t.ex. ingår i det multidisciplinära teamet för hjärntumörkirurgi i Linköping innefattar:

- Mikroneurokirurg
- Tumörfluorescens, ICG angiografi)
- Neuronavigation
- Neuroanestesi; (hjärnsvullnad, luftembolier)
- Vakenkirurgi (intraoperativt team med bl.a. logoped)
- Intraoperativ MRT
- Radiologi; (MR, CT, fMRI, tractografi, PET, CBF, angiografi)
- Neurofysiologi (kranialnervsmonitorering, SEP, MEP)
- Neurointensivvård

Region Östergötland

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Kraniofacial missbildningskirurgi utgör rikssjukvård och utförs för närvarande inte på US.

Ev. ytterligare nationell centralisering - konsekvenser
Nivåstrukturering utifrån volymer av diagnos eller åtgärd bedöms snarast försämra svensk neurokirurgisk vård. Mycket av den samlade spetskompetensen som by-pass kirurgi, rekonstruktion med fria lambåer, intraoperativ neurofysiologisk monitorering, vakenkirurgi, endovaskulär behandling, skallbaskirurgisk teknik och intraoperativt MRT appliceras inom många av neurokirurgins områden. Att montera ner sådan fungerande verksamhet får konsekvenser långt utanför ett utvalt fokusområde.

Resultatet vid neurokirurgisk behandling är beroende av att ett komplett team finns tillgängligt lokalt med hela panoramat som ingår i omhändertagandet för en given patientkategori. Många patienter inom ett smalt område kommer att behöva flera olika konsekutiva vårdinsatser och långsiktig uppföljning. De flesta nervsjukdomar har mycket långvariga förlopp och om den lokala förmågan monteras ner kan hela vårdkedjor fragmenteras. Närhet till rätt vårdnivå är viktigt för många med livslånga sjukdomstillstånd. Det torde också bli svårt för alla kliniker att klara en volymökning till följd av centralisering då flera av landet neurokirurgisk klinker brottas med stora tillgänglighetsproblem redan idag.

Kliniken förordar försiktighet då det inte finns några bra exempel i den nationella nivåstruktureringsprocessena att dra lärdom av och ett snedsteg blir mycket svårt att rätta till. Det man förlorar bedöms vara borta för gott, något som styrks av erfarenheten med centraliserad avancerad brännskadevård.

I Nationellt programområde (NPO) för neurosjukdomar har föreslagits en samarbetsmodell som alternativ till nationell centralisering. Samverkan mellan neurokirurgiska kliniker som en form avkluster med 3 - 4 miljoner i upptagningsområde för varje skulle ge ett tillräckligt stort befolkningsunderlag även för sällan sedda diagnoser och innefatta gemensam process med diagnostik, MDK möten, gemensamma operationer med kirurger från båda klinikerna, jourverksamhet etc. för ett antal definierade diagnoser. Det bedöms bevara möjligheten till en fortsatt dynamisk utveckling av Sveriges neurokirurgiska kliniker, ge bättre rekryteringsbas och bättre möjligheter att utbilda nya kirurger. Sådan samverkan kan utvidgas till gemensamma eller nationella utrednings- och vårdprogram, gemensam policy för intraoperativ monitorering, gemensam policy för onkologisk behandling, gemensam resultat- och kvalitetsuppföljning etc. Neurokirurgiska kliniken i Linköping förordar en sådan lösning.

Styrkor - Möjligheter

Struktur
Kliniken är välbemannad, har inga tillgänglighetsproblem, med intensivvård och

postoperativa vård i egen regi och egen neurointerventionell verksamhet. Det finns inga kompetensluckor, en väl fördelad åldersprofil bland läkarna, mycket modern utrustning, moderna lokaler och ett mycket nära samarbete mellan de olika neurospecialiteterna på US.

En extern revison som gjordes av prof. Tribolet från Geneve på neurokirurgföreningens begäran under 2018 visar att Linköping ligger väl/mycket väl till i jämförelsen av ett antal processtal mellan klinikerna, men med forskning som en svag punkt. Svensk neurokirurgi konstaterades genomgående hålla hög klass och att en seriös jämförelse mellan klinikerna måste utgå från resultat och kvalitet och inte kvantitet. En fungerande klinik avseende bemanning, vårdplatser, öppna operationssalar etc. är viktiga parametrar för resultatet. Övriga NK-kliniker har problem härvidlag. Det torde vara viktigt att värdesätta den klinik som kan redovisa konkurrenskraftiga resultat, har fungerande team och har tillgång till all aktuell teknik för optimerad intraoperativ monitorering.

Den nystartade neurokirurgiska verksamheten i Örebro signalerar en vilja till samarbete med US vilket skulle kunna innebära en 20 % ökning av underlaget. US har fysiskt utrymme och specialistkapacitet att möta sådan ökning med en begränsad belastning på avdelning och intensivvård eftersom man kan utnyttja deras egna motsvarande resurser redan tidigt postoperativt.

Det finns inget förestående tekniksprång i närtid inom neurokirurgi som medför nya stora investeringskostnader. Det på US pågående projektet med intraoperativ MR kamera som kommer att installeras under 2019 är en bred plattform för utvecklingen av neurokirurgin och neurokirurgisk forskning, och liknande satsningar görs på flera ställen (Sahlgrenska, invigd 2018, Akademiska, pågående bygge, Lund, planeringsstadium).

Kvalitet
Kvaliteten i processer och medicinska resultat följs noga, bl.a. i en omfattande för neurokirurgiska kliniker i landet unik databas. Mycket arbete läggs på att optimera klinikens arbete med denna information som grund. Kliniken prioriterar patientsäkerhetsarbete och har en frikostig hållning till arbete med problemområden, IVO-granskningar, händelseanalyser etc.

Medicinska resultat
Befintliga nationella databaser täcker bara en begränsad del av neurokirurgin och följsamheten sviktar betydligt på flera håll varför det inte finns någon bra gemensam resultatuppföljning för neurokirurgi i landet. I de medicinska resultat som går att belysa ligger Linköping väl till. Inom hypofystumörkirurgi har Linköping, trots relativt små volymer, för vissa parametrar bäst resultat i landet. Då resultatjämförelse haltar riskerar dock volym bli enda tillgängliga mätetal för jämförelse. Kliniken i Linköping är i alla sammanhang minst.

Långsiktig hållbarhet
Kliniken har en stabil åldersprofil bland specialisterna och god läkarbemanning jämfört med flera av de större klinikerna. Till skillnad från andra neurokirurgiska kliniker tillhör den

endovaskulära verksamheten i Linköping kliniken och kliniken bemannar också NIVA. Kliniken är mycket modern med ändamålsenliga lokaler och den senaste tekniska utrustningen såväl på operation som på NIVA och det finns yta för framtida expansion. Neurokirurgen är fullt bemannad, har ingen hyrpersonal, inga stängda platser, inga stängda operationssalar, endast enstaka långväntare >60 dagar till operation och en mycket blygsam väntelista. Det står folk i kö för att få jobba på kliniken. Kliniken är i uppstartsfas av fyra nya ST läkare och arbetar mot en ökande subspecialisering.

Alla berörda specialiteter på US ingår i ett informellt neurokluster för att optimera gemensamma processer integrerat med hela sjukvårdsregionen, skapa gemensamma utbildningar och samverka i neuroforskning. Kliniken har goda relationer med alla remittenter i regionen, en fungerande RMPG verksamhet och inga indikationer på att patienter skickas till annan neurokirurgisk klinik.

Forskning / Utvecklingsaktivitet
Kliniken utgör en universitetssjukvårdsenhet men med jämförelsevis låg forskningsaktivitet. Två avhandlingsprojekt pågår i samverkan med neurokirurgiska kliniken i Lund (maligna gliom; Milos och metabolism i hjärnvävnad kring blödningar (Tobieson). Inom LiU finns ett samarbete med IMT kring laserbaserade tekniker för att mäta vävnadsegenskaper respektive blodflöde samt egenskaper av intracerebral stimulering. Samarbete med klinisk farmakologi innefattar mätning av läkemedel i hjärnvävnad och mot proteomiklab pågår studier av t ex inflammationsmarkörer och proteinreglering. Klinikens MR kamera kommer att fungera som ett nav i forskning såväl inom intraoperativa applikationer som inom neurointensivvården där tumörkirurgi respektive blodflöde står i centrum.

Svagheter – Utmaningar
Kliniken balanserar på gränsen till för litet befolkningsunderlag. Det finns mycket reella risker för US om nivåstrukturering på nationell nivå genomdrivs efter utredarens förslag. US är i alla sammanhang minst och inte i något fall som kan vara aktuellt för centralisering når US upp i angivna volymer. Inte heller inom forskningsvolymer eller i impact-faktorer kan kliniken hävda sig i konkurrensen.

Rehabmedicinska kliniken

Sammanfattning
Klinikens verksamhet utgörs till ca 50% av högspecialiserad vård. Nästan all vård är lågvolymverksamhet och karaktäriseras av långa vårdtider. Ryggmärgsskador bedöms komma att centraliseras nationellt och kliniken bedömer sig ha goda förutsättningar att få sådant nationellt uppdrag. Dock krävs för detta en översyn av lokalkapacitet då nuvarande

inte medger kapacitetsökning. Då beslut om nivåstruktureringsområde kan förväntas inom kort är det angeläget att snabbt påbörja kapacitetsplanering.
Förlust av den verksamheten förväntas leda till allvarlig kompetensflykt.

Regional högspecialiserad vård

Kliniken uppskattar att ca hälften av slutenvården utgörs av högspecialiserad vård som karaktäriseras av långa vårdtider och ibland livslångt vårdåtagande. Det gäller fr.a.

- Behandling av ryggmärgsskador
- Vård av patienter med svåra hjärnskador, fr.a. medvetandesänkt
- Intratekala läkemedelsbehandlingar

Lågvolymverksamhet

Som för alla rehabiliteringsmedicinska kliniker med vård med långa vårdtider så förekommer nästan alla diagnoser/åtgärdsdiagnoser i låga volymer. Dessa klustras i de tre ovan angivna vårdgrupperna.

Nationell högspecialiserad vård

Rehabmedicinska kliniken ingår i NPO neurosjukdomar där process för nationell nivåstrukturering utgjort pilotområde. Klinikens bedömning utifrån hittillsvarande diskussioner är att behandling av ryggmärgsskador troligen kan komma att nivåstruktureras till 3 eller 4 enheter i landet. Efter framlagt förslag från sakkunniggruppen, troligen i början av 2019, förväntas processen gå mot beslut inom ett år. Eventuella förberedelser inför ansökan hastar därvid.
Nivåstrukturering av fraktioner av huvudgrupperna skulle kunna innefatta initial ryggmärgsskadevård, höga ryggmärgsskador och behandling av spasticitet.

Konsekvenser

Kliniken bedömer sig ha goda möjligheter att få nationellt uppdrag vid en kommande nivåstrukturering. Dock saknas för närvarande lokalmässig kapacitet. Det finns behov att snarast se över hur förbereda för möjlig kapacitetsökning med initial vård i sjukhusets lokaler och efterföljande vård i lokaler som inte kräver sjukhusets resurser.

Skulle US förlora konkurrensen om ryggmärgsvård, vilket är en betydande del av klinikens verksamhet, finns stor risk för kompetensflykt såväl av läkarspecialister och professor. Förlust av behandling av svåra hjärnskador får inte samma allvarliga följder då dessa patienter är färre, men sannolikt kompetensflykt och påverkan på forskningsaktiviteten i detta.

Kliniken ser farhågor med åtagande av långvarig vård utan klara regler för finansieringen av detta. Efterlyses process för att säkra hållbar finansieringsform utan alltför stora variationer utifrån efterfrågan, helst utifrån ett statligt finansiellt åtagande.

Region Östergötland

Styrkor – Möjligheter

Klinikens chef är styrelseledamot i nationell-, och ordförande i nordisk rehabiliteringsmedicinsk specialistförening. Kliniken bedöms stå sig mycket väl i nationell konkurrens.
Till kliniken hör en av landets två professorer inom ämnet och verksamheten har stor bredd. Kliniken är bl.a. enda i landet med barnrehabilitering och intermediärvård för andningsvård. Kliniken är välbemannad och verksamheten bedrivs i nya moderna lokaler. Hög forskningsmässig aktivitet bedrivs med 1 professor, 1 docent samt 3 doktorander. Forskningsmässigt bedöms kliniken ligga på delad andraplats efter Stockholm, tillsammans med Lund och Uppsala.

Kliniken bedömer det högst sannolikt att komma ifråga för nationellt uppdrag vid förväntad nivåstrukturering av initial ryggmärgsskadebehandling. Man håller det också för mycket troligt att komma ifråga för uppdrag (tillsammans med övriga berörda verksamheter på US; Smärtkliniken, Neurologkliniken, Barnmedicinska kliniken) om intratekal läkemedelsbehandling skulle nivåstruktureras.

Svagheter – Utmaningar

Klinikens lokaler är dimensionerade för dagens verksamhet utan möjligheter till kapacitetsökning. Nationellt åtagande av behandling av ryggmärgsskador utgör substantiellt ökat kapacitetsbehov, mindre så för behandling av svåra hjärnskador eller intratekal läkemedelsbehandling.

Från klinikens sida ser man behov att förbereda hur möta upp ett ev. sådant nationellt uppdrag. Klinikens verksamhet delas upp i initial vård, som behöver sjukhusets lokaler, och efterföljande vård, som inte behöver lokaler på sjukhuset.

Kalmar har aviserat att inte klara sin rehabiliteringsmedicinska vård med behov av hjälp från US och Ryhov. Även här finns således behov att förbereda för ev. kapacitetsökning. Med tanke på att nationella nivåstruktureringsprocessen rörande medicinsk rehabilitering redan är på gång hastar sådana förberedelser och kliniken efterlyser snarast tillsättande av processkoordinator för detta.

Smärt och rehabcentrum

Sammanfattning

Kliniken bedriver vård på begäran från andra landsting avseende Spinal Cord Stimulation, tillsammans med Neurokirurgiska kliniken och avseende Ehler Danlos syndrom, tillsammans med Västerviks sjukhus. Detta faller därvid inom definition för högspecialiserad vård.

Verksamheterna är av lågvolymkaraktär men inte spridda på många enheter i landet varför det inte torde komma att omfattas av nationell nivåstrukturering.

Regional högspecialiserad vård

Kliniken bedriver endast egen öppenvård. Inom två områden är kliniken remissmottagare av vårdbegäran från även andra landsting som därvid uppfyller definitionen för högspecialiserad vård:

- Spinal cord Stimulation (SCS), som görs i samverkan med neurokirurgiska kliniken och innefattar utprovning och inläggning av elektroder i spinalkanalen för terapi mot smärtor med elektrisk stimulering. År 2017 fick 43 patienter permanenta SCS.
- Ehler Danlos syndrom (EDS), som görs i samverkan med Västerviks sjukhus, innefattande diagnostik, behandling och rådgivning. År 2017 behandlades 101 EDS patienter varav 24 var utomlänspatienter.

SCS är en verksamhet som bedrivs sporadiskt på få ställen i landet. EDS ingår i gruppen ”sällsynta diagnoser” där avdelningen för klinisk genetik har ett uppdrag i sydöstra regionen som regionalt kompetenscentrum men där vårdinsatser således ges bl.a. inom Smärt och rehabcentrum. Även här är det få enheter i landet som tagit samlat grepp för hantering av den här patientgruppen.
Bägge dessa angelägna verksamheter är således i uppbyggnadsskede och bedrivs på få ställen, därav remisser till US.

Nationell högspecialiserad vård

Då ovanstående verksamhet inte finns spridd på så många enheter torde den inte nu bli föremål för nationell nivåstrukturering.

Styrkor – Möjligheter

Dessa verksamheter är angelägna för de drabbade patienterna. Det kan finnas skäl att säkra uppbyggnaden den resursen som kan komma att efterfrågas ytterligare då den blir alltmer etablerad. Forskningsaktivitet finns inom bägge områdena. Kliniken har en professor, 2 docenter, 6 disputerade och 10 forskarstuderande.

Svagheter – Utmaningar

Dessa behandlingar saknas i vårdprogram. Torde behöva lyftas in i kunskapsstyrningsdokument för att bli etablerade. Oklar väg för sådan process.

Region Östergötland

Ögonkliniken

Sammanfattning

Ögonklinikens högspecialiserade vård motsvarade år 2017 54% av klinikens slutenvård, varav 58% för utomlänspatienter. Motsvarande siffror för öppenvården var 4% respektive 21%. Flertalet av vad som uppfattas som rimligaste områden för nationell nivåstrukturering omfattar verksamhet som kliniken redan lämnat ifrån sig. Som en av de mindre ögonklinikerna bland landets universitetssjukhus har kliniken rimligtvis svårt att konkurrera med produktionsvolymer.

Corneatransplantationer (ca 60 om året) är ett område som skulle kunna komma att nationellt nivåstruktureras. Förlust av den verksamheten bedöms riskera flykt av viktiga kompetenser från kliniken och negativt påverka framgångsrik spetsforskning inom det fältet. Kliniken har ambition och bedömer sig ha förutsättningar för ett nationellt uppdrag för corneatransplantationer.

Regional högspecialiserad vård

År 2017 behandlades 847 patienter i slutenvård. Av dessa var 54% högspecialiserad vård, varav 58% utomlänspatienter. Motsvarande andelar för öppenvård var 4% respektive 21%.

Lågvolymverksamhet

Många av högspecialiserade diagnoserna förekommer i låga volymer och skulle kunna omfattas av nivåstrukturering. Dessa torde hanteras i större grupper/vårdområden för ev. nationell nivåstrukturering.

Nationell högspecialiserad vård

Inom ögonkirurgi utgör ögononkologi, kirurgi för glaukom och katarakt på barn rikssjukvård och behandlas således inte på kliniken, liksom delar av vård av ärftliga retinala sjukdomar.

Ev. ytterligare nivåstrukturering

Klinikens företrädare bedömer att de mest troliga vårdområden som kan bli föremål för nationell nivåstrukturering är:

- Ögonkirurgi på små barn (varav flertalet redan utförs utanför US-kliniken som rikssjukvård)
- Corneatransplantationer
- Orbitakirurgi
- Ärftliga retinala sjukdomar

Dessutom kan utredande diagnostik inom rikssjukvårdsområden, som idag görs på kliniken, ev. också komma att kunna centraliseras.

Konsekvenser
Orbitakirurgi görs idag på US av ÖNHkirurger och käkkirurger och ev. centralisering av dessa åtgärder skulle inte beröra Ögonkliniken.

Vid ev. förlust av corneatransplantationer bedöms stor risk för förlust av några av de ögonkirurger som verkar inom det kunskapsfältet, utebliven intäkt för detta till huvudman/klinik för den de transplantationer som idag görs på utomlänspatienter, liksom intäktsförlust till kliniken för motsvarande vård till östgötapatienter. Förlust av den vården skulle allvarligt påverka pågående spetsforskning inom detta forskningsfält.

Kliniken bedömer sig kapacitetsmässigt klara ett nationellt uppdrag motsvarande 30% volymökning av corneatransplantationer om man skulle få en sådan tilldelning.

Styrkor – Möjligheter
Inom corneatransplantationer har kliniken idag 1,25 senior specialistkompetens, 1,5 specialister och en ST-läkare under profilering. Därmed är en långsiktigt rimlig hållbar kompetens inom det här kunskapsfältet under uppbyggnad.
Akademiskt ligger klinikens corneaforskning i frontlinjen, fr.a. avseende utveckling av biosyntetiska hornhinnor, kärlnybildning och inflammationer. Corneatransplantationer utförs ca 60 per år och vårdkvaliteten följs i ett Cornearegister. På kliniken finns spetskompetens, mångårig erfarenhet, relativt stor verksamhet, och högkvalitativ forsknings- och utvecklingsarbete. Detta bedöms innebära förutsättningar för att få och kunna åta sig ett nationellt uppdrag.

Svagheter – Utmaningar
Som en av de mindre Universitetsklinikerna i landet kan kliniken inte konkurrera med produktionsvolymer.

Kliniken huserar för närvarande i gamla inte optimalt anpassade lokaler för såväl mottagnings-, vårdavdelnings- som operativ verksamhet. Sjukhuset planerar för flytt av ögonklinikens verksamhet till mer ändamålsenliga lokaler som förväntas klart tidigast 2021.

Öron näsa halskliniken

Sammanfattning
Ca 40% av klinikens verksamhet utgörs av högspecialiserad vård, varav ca 1/3 utgörs av utomlänspatienter. Ingen enskild diagnos eller signifikant åtgärd når upp till 40/år.

Nivåstruktureringsprocessen bedöms riskera det samarbete och förtroendekapital för ömsesidigt lärande som byggts upp de senaste åren mellan universitetsklinikerna. Kliniken kan svårligen konkurrera med produktionsvolymer.

Region Östergötland

Efter ett uppbyggnadsskede i en period med svår specialistbrist har man god bemanning. Ev. förlust av högspecialiserade vårdområden riskerar nya kompetensförluster av läkare.

Störst möjlighet att få nationellt uppdrag efter nivåstrukturering bedöms föreligga inom skallbaskirurgin och cochlea verksamheten.

Regional högspecialiserad vård

ÖNH-kliniken behandlade år 2017 1226 patienter i slutenvård varav 40% var högspecialiserad vård innefattande 35% utomlänspatienter. Sju av patienterna, huvudsakligen barn med missbildningar, handlades utanför kliniken som rikssjukvård. De flesta av högspecialiserade diagnoserna utgörs av maligna tumörer följt av hörselnedsättningar och infektion/inflammationer.

Ca hälften av öppenvården (53%) utgjorde högspecialiserad vård, varav 7% var utomlänspatienter.

Högspecialiserad vård av lågvolymkaraktär

ÖNH-klinikens verksamhet karaktäriseras av ett stort antal olika diagnoser och åtgärder. Ingen enskild diagnos eller signifikant åtgärd når över 40/år. Kompetensmässigt kan dessa grupperas i större ”handläggningsgrupper” utifrån:

- Orsak
  - Tumörer
  - Trauma
  - Inflammation/infektioner
- Anatomisk lokalisation
  - Näsa-, skallbas-, orbita område
  - Munhåla, oropharynx
  - Hypopharynx, larynx
  - Öron
  - Trachea
- Kirurgisk approach
  - Endoskopisk kirurgi
  - Öppen kirurgi

Samtliga dessa grupperingsalternativ går in i varandra. Varje undergupp ingår i alla tre huvudgrupper.

Nationell högspecialiserad vård

Cochleakirurgi på barn utgör rikssjukvård och utförs inte på US.

Region Östergötland

Tänkbara ytterligare nivåstrukturering
I nationella cancercentrum för ÖNH har nedanstående områden för nivåstrukturering diskuterats:
Onkologisk behandling

- Brachyterapi ca 80 i Sverige/år
- Salvage – rebestrålning

Kirurgi

- Skallbaskirurgi ca 20/år
- Hörselgångscancer ca 20/år
- Primär kirurgi för oropharynx och hypopharynx-TORS ca 20/år
- Salvagekir munhåla rT2, oropharynx, hypopharynx ca 20/år
- Transoral larynxkirurgi T2, partiell laryngectomi ca 10/år
- Cochlea

Nationella programområdesgruppen för ÖNH har föreslagit tillsättning av sakkunniggrupper inom:

- ÖNH tumörsjukdomar
- Otologi
- Näsa/bihålor/trauma
- Larynx/trachea/esofagus

Konsekvenser
Kliniken pekar på risker att med nivåstruktureringen rasera det samarbete och förtroendekapital för ömsesidigt lärande som byggts upp de senaste åren mellan universitetsklinikerna. Konkurrens om ev. nivåstruktureringsområden bedöms skapa ett polariserat klimat som motverkar kunskapsspridning och medicinsk utveckling till nackdel för patienterna.

Kliniken har 25% incidensökning av cancerfall inom ÖNH-området de senaste 8 åren. Detta utgör en risk för kapacitetsproblem och sårbarhet för alla universitetskliniker som kan komma att få ökade nationella uppdrag.

Styrkor – Möjligheter

Kliniken har tidigare förlorat specialistläkare fr.a. inom cancerkirurgi-området. Det har man nu lyckats vända med återigen tillfredsställande specialistbemanning med en hållbar åldersstruktur. På kliniken arbetar sammanlagt 39 läkare med god tillväxt med 15 ST-läkare. Bemanning med övrig vårdpersonal är för tillfället god.
Akademiskt finns bl.a. 3 professorer, 3 docenter och 9 doktorander. Forskningsaktiviteten är med de resurserna goda.

Klinikens verksamhet följs i fem nationella kvalitetsregister. Medicinska resultat, tillgänglighet och patientupplevd kvalitet är i nationellt genomsnitt och däröver. Mycket goda erfarenheter finns inom bl.a. skallbaskirurgin och cochleaimplatatkirurgi. Ett mycket nära och fruktbart interdisciplinärt samarbete är upparbetat med Hand och plastikkirurgiska kliniken, Neurokirurgiska kliniken och Käkkirurgiska kliniken.
Kliniken har verksamhet även i Norrköping där det kan finnas möjligheter för utökad operationskapacitet.

Störst möjlighet att få nationellt uppdrag bedöms föreligga inom skallbaskirurgin och cochlea verksamheten.

Svagheter - Utmaningar

Fortfarande är kliniken i uppbyggnadsskede efter en period med specialistbrist. Kapacitet på vårdavdelning och operation är begränsad. Kliniken tillhör de minsta bland universitetsklinikerna och kan svårligen konkurrera med produktionsvolymer.

Stor risk finns för förlust av ett antal nivåstrukturerade verksamheter och därmed risk för kompetensflykt av fr.a. specialistläkare. Bristen på ÖNH-specialiser i landet medför att specialister inom berörda verksamhetsfält lätt kan söka sig från kliniken, vilket kan riskera en redan skör bemanningssituation. Detta skulle beröra även kliniker i nära multidisciplinär samverkan och beroenden i patientvård, fr.a. Hand och plastikkirurgiska kliniken, Neurokirurgiska kliniken och Käkkirurgiska kliniken.

Region Östergötland

Konklusioner

Regional högspecialiserad vård

Tydlig definition och framförallt kodad registrering saknas för begreppet högspecialiserad vård. Den här kartläggningen bygger på vårddata för unika patienter med tillhörande huvuddiagnos, åtgärder och hemlandsting. Högspecialiserade vården bland huvuddiagnoser och åtgärder har bedömts av respektive klinik och får i avsaknad av konsekutivt kodad registrering därmed förmodas vara behäftad med en del osäkerheter.

Medicinsk service har inte medtagits i kartläggningen. Medicinska servicekliniker är dock en viktig del i högspecialiserade vården, påverkas av ev. nivåstruktureringar som berör vårdande kliniker på US och bör därför aktivt inkluderas i nivåstruktureringsplaneringar.

Av totalt 41 vårdande kliniker på US bedriver 23 högspecialiserad vård. Högspecialiserad vård på US utgör knappt 1/4 av all slutenvården och mindre än 1/10 av öppenvården. Drygt varannan utomlänspatient i slutenvård och knappt 1/5 i öppenvård erhåller högspecialiserad vård. Motsvarande siffror för SÖSR är 65% respektive 20%.

US omsätter ca 6 mdr kronor/år varav vård till patienter från andra landsting/regioner omsätter ca 1 mdr kronor (ca 17%). Högspecialiserade vården är en viktig del för RÖ:s ALF-intäkter som utgör ca 3% av US:s omsättning. Sammantaget bidrar högspecialiserad vård och statliga forskningspengar till ca 20% av US:s ekonomiska omsättning.

Lågvolymverksamhet

Samtliga klinikers högspecialiserade vård består till mycket stor del av lågvolymverksamhet utifrån diagnos- och åtgärdsregistrering.

Samverkan

Nära samverkan och beroenden i sina högspecialiserade verksamheter föreligger avseende:

- Skallbaskirurgi — NK-, ÖNH-, HPK, Neurofys, Anestesi- Radiologi
- Bäckenproblematik — Kir, KK, Urol, MT, Smärt, Onkologi
- Hjärtsjukvård — Thoraxkärl, Kard, Klin fys, Rtg
- Barnsjukvård — Barnmedicin, Kirurgi, Ortopedi, Neurokirurgi, Rehab
- Könsdysfunktion — HPK, KK, Psyk/BUP, Barnmed, EM
- IBD — Kir, MT
- Onkologi — NK, Kir, Ort, Urol, KK, ÖNH, Lungmed, Barnmed,
- Lungsjukvård — Lungmed, Thoraxkärl
- Traumavård — Kir, Ort, NK, Thoraxkärl, HPK, ÖNH, Käkkir, Ögon, Urol, IVA, Seldinger
- Rehab vård — Rehab, NK, Barn, SmärtC,

Region Östergötland

Nationell högspecialiserad vård

Befintligt
Av 15 *rikssjukvårdsområden* har Hand och plastikkirurgiska kliniken på US nationellt uppdrag för avancerad brännskadevård. Fyra rikssjukvårdsområden utgörs av organtransplantationer som inte bedrivs på US. Övriga 10 rikssjukvårdsområden berör 7 kliniker:

• Öron näsa halskliniken	Cochlea implantation på barn
• Ögonkliniken	Operation för glaukom och katarakt på barn
	Ögononkologi
• Hand och plastikkir. kliniken	Plexus brachialisskador
• Thoraxkärl kliniken	Vuxna med medfödda hjärtfel
• Kvinnokliniken	Intrauterina behandlingar
• Kirurgi	Medfödda missbildningar i esofagus
	Medfött diafragmabråck
	Viss kirurgi vid vissa anorectala- och urinogenitala missbildningar samt Hirschsprungs sjd
• Neurokirurgiska kliniken	Operation för Kranofacial missbildning

Av 11 *nationellt nivåstrukturerade cancerbehandlingar* har Kvinnokliniken på US nationellt uppdrag för vulvacancer. De cancerområden som inte bedrivs på US är:

• Urologiska kliniken	Operation för peniscancer
	Lymfkörtelutrymning vid testiscancer
• Kirurgiska kliniken	Radiokemoterapi och kirurgi för analcancer
	Cancer i esofagus definierade ovanliga tillstånd
	CRS/HIPEC-behandling vid peritoneal carcinos
	Operation för Perihilär levercancer
	Operation för pancreascancer och
	Perihilär gallvägscancer
	Operation för retroperitonealt sarcom
• Hand och plastikkir. kliniken	Hyperterm perfusion vid malignt melanom

Kliniker som har högspecialiserad verksamhet och som specifikt efterfrågas även utanför sydöstra sjukvårdsregionen:

• Barnmedicinska kliniken	Barn med ryggmärgsskador och hjärnskador
	PNUT
• Kvinnokliniken	Gyn cancer (Västmanland och Sörmland)
	Vulvacancer
• Kirurgiska kliniken	Operation av enterocutana fistlar
	Op för IBD

Region Östergötland

• Ortopedkliniken	Övre extremitets kirurgi
• Urologiska kliniken	Avancerad njurstensbehandling (VIN)
• Endokrinmedicinska kliniken	Könsdysforibehandling
• Infektionskliniken	Högriskenheten
• Kardiologkliniken	Kateterburen dilatation av mitralisstenos
	Mitraclips vid mitralisinsufficiens
	VT ablationer
• Magtarmmedicinska kliniken	Avancerade inflammatoriska tarmsjukdomar
• BUP	Vård av barn utsatta för sexuellt övergrepp
• Psykiatriska kliniken	Könsdysfori utredningar
• Hand och plastik kir klin	Transsexuell kirurgi
	Avancerad brännskadevård
• Smärt och rehab centrum	Spinal cord stimulation

Ev. ytterligare nivåstrukturering
Nationella nivåstruktureringen bygger på en pågående centraliseringstendens baserad på volymer. Universitetssjukhuset i Linköping är ett av landets mindre universitetssjukhus och kan inte i någon verksamhet konkurrera med de fyra större universitetssjukhusen avseende producerade volymer. I syftet att med nivåstrukturering åstadkomma jämlik vård kan jämlikt ingrepp leda till ojämlik vårdkedja.

Ingen av verksamheterna på US utesluter att kunna bli berörda av nationell nivåstrukturering. Alla anger en risk för flykt av specialistkompetens vid ev. förlorade verksamheter.
Av 23 berörda kliniker uppger 13 att de har ambition och bedömer sig ha förutsättningar att få nationellt uppdrag vid ev. nationell nivåstrukturering. Detta berör 38 av de 92 verksamheter som kliniken angett som mest troliga att nivåstruktureras. All Neurokirurgens verksamhet är av lågvolymkaraktär utifrån diagnos- och åtgärdskoder. De förordar NPO neurosjukdomars föreslagna samverkansmodell som alternativ och har därmed inte angivit några möjliga/troliga verksamheter för nivåstrukturering.

Nedanstående tabell utgör en sammanställning enligt redovisning från US klinikerna avseende:

- områden för ev nationell nivåstrukturering
- verksamheter där US kliniker har ambition och förväntan att komma ifråga för nationellt uppdrag
- grad av negativa konsekvenser vid verksamhetsförlust, utöver kompetensflykt
- påverkan på andra US-kliniker vid förlust

Region Östergötland

Sammanställning av US-klinikernas redovisning om nationell nivåstrukturering

Verksamhetsdel	Kan få uppdrag	Behov vid uppdrag	Konsekvens vid förlust	Påverkar annan Klinik
BKC				
Barnmedicinska kliniken				
Neonatologi			Mycket stor	
Barnonkologi			Mycket stor	Onkolog klin
PNUT	x		Stor	
Ryggmärgsskador	x		Stor	Rehab, Neurokir, Ort
Kvinnokliniken				
Behandling av trofoblastsjukdomar	x	op kapacitet		
Avancerad fostermedicin	x			
Avancerad endometrios kir	x	op kapacitet		Bäckenkir gruppen
Könskorrigeringar	x			
Preimplantatorisk genetisk diagnostik	x			
Avancerad rekonstruktion av fistlar, prolaps	x	op kapacitet		Bäckenkir gruppen
Könsstympning				
Graviditet med samtidig sällsynt sjukdom				
Op för cervix cancer	x	op kapacitet		
CKOC				
Hematologiska kliniken				
Stamcellstransplantationer			Mycket stor	Blodcentralen
Lungmedicinska kliniken				
Cystisk fibros				
Lunglavagebehandling	x			Thorax kärl klin
Systembehandling vid Carcinoid				
Behandling av Mb Osler				
Kirurgiska kliniken		SSK		
Esofaguskirurgi			Stor	
Leverkirurgi	x	Op kapacitet	Stor	
Pancreaskirurgi	x	Op kapacitet	Stor	
Op för enterocutana fistlar	x	Op kapacitet	Stor	
Avancerad IBD	x	Op kapacitet	Stor	KK, Urol, MTK
Op för binjuretumörer				EMK
Onkologiska kliniken				
Förberedelser inför protonstrålning				
Ortopedkliniken				
Diskproteser			Stor	

Region Östergötland

Fotledsproteser			Stor	
Armbågsproteser			Stor	
Bäcken/acetabular fraktur			Stor	
Urologiska kliniken				
Op för njurcancer med Cava trombos				
Urotelial cancer				Onkologkliniken
Endoluminal laserbeh av njurbäcken ca	x			
Avancerad blåscancer med cystectomi				Onkologkliniken
Op för testis cancer				Onkologkliniken
Uretrastriktur/plastik	x			
Komplicerad blåsfunktionsrubbning				
Inkontinenskirurgi	x			
Avancerad njurstensbehandling	x			
Urinavledande kirurgi				
Kirurgi för erektil dysfunktion				
Trauma med njurbäckenskador				Traumacenter
DC				
Klinisk genetik				
HMC				
Endokrinmedicinska kliniken				
Behandling för njurartärstenos				Seldingerenheten
Behandling av könsdysfori	x			HPK, Psyk
Tyreotoxikos med oftalmopati				Ögonkliniken
Multipel endokrin neoplasi				Onkologkliniken
Gonad diagnoser				
Graviditet med sällsynt endokrin diagnos				Kvinnokliniken
Ovanliga skelettmetabola sjukdomar				
Binjuretumör och endokrina buktumörer				Kirurgiska kliniken
Infektionskliniken				
Högisoleringsvård	x			
Kardiologiska kliniken				
PTMV behandling	x	Lab	Mycket stor	
Mitraclips behandling	x	Lab	Mycket stor	
LAAO	x	Lab	Mycket stor	
VT ablationer	x	Lab	Mycket stor	
GUCH ablationer				
Ablationer på mycket små barn				
Inlagringssjukdomar				Endokrinmed klin
Septal alk.abl hypertofisk cardiomyopati				

Region Östergötland

Hjärtpatologi				Patologkliniken
Monogena sjukdomar				
CTO				
Behandling av refraktär angina				
Persisterande foramen ovale				
Extraktion av pacemakerutrustning	x			
Pulmonell arteriell hypertension				
Subcutan ICD				
Utredning före och efter transplantation				
Magtarmmedicinska kliniken				
Komplicerad Crohns sjukdom	x			Kirurgiska kliniken
Refraktär Coeliaci, typ II	x			Hematologklin
Mikroskopisk colit	x			
Komplicerade tarmfunktionsrubbningar	X			
Thoraxkärlkliniken				
Thorakala och thorakoabdominella aneurysm	x			
Op föri nlagringssjukdomar i hjärtat				
Tracheal kiruirgi				
NSC				
Barn och ungdomspsykiatriska kliniken				
Medicinska geriatriska akutkliniken				
Neurologiska kliniken				
Samverkansmodell förordas				
Psykiatriska kliniken				
Mycket vårdkrävande självskadepatienter				
Könsdysfori utredningar	x			HPK, KK, EMK
SC				
HPK				
Transsexuell kirurgi	x		Stor	Psyk, barn, KK, EMK
Förordar i övrigt samverkansmodell				
Neurokirurgiska kliniken				
All verksamhet är lågvolym			Mycket stor	Barnmed, ÖNH, HPK
Förordar samverkansmodell				Rehab, SmärtC
Rehabmedicinska kliniken				
Behandling av ryggmärgsskador	x	Lokaler	Mycket stor	Neurokirurgiska klin
Medvetandesänkta hjärnskador	x		Stor	Neurokirurgiska klin

Intratekala läkemedelsbehandlingar	x			Neurokirurgiska klin
Smärt och rehab centrum				
Ögonkliniken				
Ögonkirurgi små barn				
Corneatransplantationer	X		Mycket stor	
Orbitakirurgi				
Ärftliga retinala sjukdomar				
ÖNH kliniken				
Brachyterapi				Onkologiska kliniken
Salvage rebestrålning				Onkologiska kliniken
Skallbaskirurgi	x		Mycket stor	Neurokirurgiska klin
Hörselgångscancer			Mycket stor	Onkologiska kliniken
Orofarynx, hypofarynx cancer			Mycket stor	Onkologiska kliniken
Salvagekir munhåla orofarynx, hypofarynx			Mycket stor	
Transoral larynxkirurgi	X		Mycket stor	
Cochlea kirurgi			Mycket stor	

Kliniker som har signalerat störst farhågor inför en kommande nivåstrukturering är:

- Neurokirurgiska kliniken
- Öron näsa hals kliniken
- Hematologikliniken
- Barnmedicinska kliniken

US kliniker som inte ser behov/fördelar av nivåstrukturering eller som förordar alternativ samverkansmodell:

- Barnmedicinska kliniken
- Ortopedkliniken
- Klinisk genetik
- Endokrinmedicinska kliniken
- Infektionskliniken
- Barn och ungdomspsykiatriska kliniken
- Neurologiska kliniken
- Hand och plastikkirurgiska kliniken
- Neurokirurgiska kliniken
- Öron näsa hals kliniken

Konsekvenser

Då merparten av högspecialiserade vården utifrån diagnos eller åtgärd är

lågvolymverksamhet torde nationell nivåstrukturering, om den konsekvent genomförs i föreslagen omfattning (ca 5% av all sjukvård), resultera i mycket stor påverkan på berörda specialistklinikers verksamhet, mest på de kliniker som uteslutande bedriver högspecialiserad vård. Ingen av klinikerna förutsätter, eller planerar för så omfattande verksamhetspåverkan. Ev. verksamhetsförluster risakerar intäktsbortfall och ökade kostnader, förlorad kompetens och påverkan av interdisciplinära beroenden över klinikgränser. Alla påtalar fr.a. allvarlig risk för förlust av viktiga specialistkompetenser. Detta talar för att på flera plan verka för att moderera ambitionsnivån i nivåstruktureringsarbetet.

NPO Neurosjukdomars förslag till samarbetsmodell utgör ett alternativ till centralisering av patientflöden. Kan motsvarande alliansstrategier vara framkomlig väg för fler vårdområden?

Högspecialiserade vården står för ca 1/5 av US:s verksamhet och ekonomiska omsättning och utgör en vital del i rollen som universitetssjukhus samt en viktig resurs för hela sydöstra sjukvårdsregionen. Det finns därmed skäl för såväl US som sydöstra sjukvårdsregionen att säkra US:s högspecialiserade spetsverksamheter, innefattande ett antal av de tilltänkta nationella uppdragen i den pågående nationella nivåstruktureringen.

Drygt hälften av de kliniker på US som bedriver högspecialiserad vård har verksamheter som av kvalitetsskäl bedöms kunna konkurrera om nationella uppdrag vid ev. nivåstrukturering. Ansökningar om sådana uppdrag behöver föregås av analys av kapacitets-, och resursbehov innefattande alla berörda samband på US. Ställningstagande till ev. satsningar som krävs för sådant åtagande behöver göras. Nationella åtaganden torde i några fall inte kunna genomföras utan profilerad budgetsatsning.

Beslut om nivåstrukturering av ryggmärgsskaderehabilitering förväntas komma inom kort. Rehabmedicinska klinikens förväntan att kunna få ett sådant nationellt uppdrag förutsätter att lokalmässig planering för utökad kapacitet snarast påbörjas inför kommande ansökan.

Kirurgiska klinikens och kvinnoklinikens förhoppningar om nationella uppdrag förutsätter förberedande planering för utökad operationsverksamhet. Detta kan ske genom utökad operationskapacitet och/eller växling av ytterligare operationsresurser för länssjukvård från US till länskliniker. Det kanske kan planeras parallellt med process för regional nivåstrukturering.

Kardiologiska kliniken har behov av ytterligare interventionslab på Seldingerenheten oavsett nationellt uppdrag eller ej.

Styrkor – Möjligheter

US har rankats som Sveriges bästa Universitetssjukhus vid fyra tillfällen baserat på kvalitetsdata. Utöver spetskompetenser är medicinska- och patientupplevda resultat samt kvalitets- och utvecklingsarbete de områden där US har bäst konkurrensmöjligheter.

Region Östergötland

Östergötland har genomfört länsvisa nivåstruktureringar i syfte att skapa utrymme för högspecialiserad vård på US. Med förväntad såväl regional- som nationell nivåstrukturering torde ytterligare verksamhetsfördelningar behöva göras i samverkan med sydöstra sjukvårdsregionens berörda kliniker.

Sammanhållningen i sydöstra sjukvårdsregionen är föredömligt god. Det är viktigt att vidmakthålla och gärna ytterligare stärka den. Kompletta remitteringsvägar avseende högspecialiserad vård inom sjukvårdsregionen stärker US:s kompetens och nationella konkurrenskraft.

Det finns många beroenden mellan US och Universitetet vad avser universitetsjukvård som hanteras i mycket gott samarbete. Det är angeläget att involvera medaktörer från såväl sydöstra sjukvårdsområdet som från universitetet i US:s framtida strategier, inte minst vad avser framtida högspecialiserad vård på US.

Svagheter – Utmaningar

Sjukhuset balanserar på randen till för litet upptagningsområde med lägre produktionsvolymer relativt många andra universitetssjukhus. Inte heller forskningsmässigt kan flertalet av US:s kliniker mäta sig med de stora universitetssjukhusens kliniker.

Kompetensförsörjningen på US är en utmaning där dagens brist på sjuksköterskor medför vårdplatsbrist och begränsad operationskapacitet. Hand och plastik kirurgiska kliniken och Barnkliniken signalerar akut brist på tillväxt av specialistläkare med behov av utökade ST-tjänster.

Obalans i ekonomin med risker för ytterligare sparbeting är ytterligare hot mot möjligheter att satsa för möjliga kapacitetsökningar av nationella uppdrag.

Ögonkliniken har behov av nya lokaler för sin verksamhet. Kardiologkliniken har behov av utökat antal interventionslab. Thoraxkärlkliniken behöver utökade lokaler för sin operations- och Thiva-verksamhet.

Det är mycket angeläget att tidigt inbegripa de medicinska serviceenheterna i framtid planering för såväl regionala- som nationella nivåstruktureringsplaneringar.

Region Östergötland

Rekommendationer

Utifrån de synpunkter som framkommit i genomförda intervjuer och diskussioner i arbetsgruppen lämnar utredning nedanstående rekommendationer. Främst rekommenderas att hålla ämnet högt på agendan på alla nivåer och i diskussioner fånga in synpunkter och förslag på åtgärder för att säkra så god högspecialiserad vård för Sydöstra sjukvårdsregionens patienter som möjligt och att stödja dessa verksamheter på US.

Utredningen rekommenderar:

- Ta fram målsättning, strategier och åtgärdsplan för US avseende nationell nivåstrukturering, i nära samverkan med sydöstra sjukvårdsregionen och Universitetet.
    - Tempo och ambitionsgrad i nivåstruktureringsprocessen
    - Vilka verksamheter som skall förbereda och ansöka för att ta hem nationella uppdrag
    - Vad som skall förberedas inför ansökan
    - Samplanera med ev. regional och länsvis nivåstrukturering
    - Utreda systemeffekter på US, i RÖ och SÖSR utifrån ev. nivåstruktureringar
    - Samordna sjukvårds- och universitetsstrategier.
- Påverka nivåstruktureringsprocessen i enlighet med Linköpings målsättningar i alla tänkbara fora
- Stödja NPO neurosjukdomars samverkansmodell och ev. sprida till andra verksamhetsområden
- Tillskapa/upprätthåll forum för utbildning, information och erfarenhetsbyte mellan företrädare i Nationella Program Områdesgrupper och Sakkunniggrupper.
- Förbered kapacitetsplanering och resursbehov för verksamhetshemtagningar på US, närmast med
    - Lokaler för verksamhetsexpansion på Rehabmedicinska kliniken
    - Operationskapacitet för kirurgkliniken och kvinnokliniken
    - Interventionslab på Seldingerenheten
- Tag ställning till ev. budgetprofileringar inför ansökningar om nationella åtaganden som kräver resurstillskott.
- Initiera översyn av finansierings- i och prissättningsformer för nationella vårdåtaganden
- Se över förutsättningarna för fortsatt regional högspecialiserad vård på US
    - Säkerställ generationsväxling av specialistläkare – översyn av ST-tjänster
    - Stärk sammanhållning inom sydöstra sjukvårdsregionen
    - Nivåstrukturera länsvis och regionalt i samband med kapacitetsplanering
    - Helikoptertransportmöjligheter med tillhörande medicinskt transportteam
    - Planera för ersättningslokaler för Ögonkliniken och utökade lokaler för Thoraxkärl kliniken

Avdelningen för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården
Per-Henrik Zingmark
Per-Henrik.Zingmark@socialstyrelsen.se

Lägesrapport för Socialstyrelsens arbete med nationellt högspecialiserad vård

I juni 2018 fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra och återrapportera arbetet med nivåstrukturering av högspecialiserad vård (S2018/03661/FS (delvis)). I uppdraget ingår att utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag till vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Den 1 juli 2018 ändrades hälso- och sjukvårdslagen och nationell högspecialiserad vård ersatte rikssjukvården.

Kort bakgrund

Socialstyrelsen redovisade i juni 2018 erfarenheterna av arbetet med nationell högspecialiserad vård (Lägesrapport för Socialstyrelsens arbete med nationellt högspecialiserad vård, Dnr: 3.8-27865/2017). Sedan dess har myndigheten fortsatt att utveckla arbetet. Arbetet i pilotområdena har pågått sedan våren 2018 och myndigheten har fortsatt att ha en tät dialog med olika intressenter. Området Akut vård är centralt i arbetet och en modell för hur det perspektivet ska beaktas i beredningen inför beslut, har arbetats fram i samråd med Landsting och regioners system för kunskapsstyrning.

Vad har hänt sedan senaste rapporten

Arbetsprocessen prövas genom de två pilotområdena Kvinnosjukdomar och förlossning samt Nervsystemets sjukdomar. Följande sakkunniggrupper har påbörjat sitt arbete:

- Avancerad kirurgi vid endometrios
- Avancerad fostermedicin
- Trofoblastsjukdomar
- Avancerad rekonstruktionskirurgi
- Genetisk diagnostik och rådgivning i relation till reproduktion
- Gravida med svår maternell sjukdom
- Avancerad Parkinsonbehandling
- Ryggmärgsskador
- Moya moya, Cadasil

Beslutsunderlagen som tas fram inom de båda pilotområdena kommer att fortsätta genom arbetsprocessens alla steg (remiss, beredning och beslut). Det möjliggör justeringar, förbättringar och effektiviseringar av vårt arbetssätt också i de processteg som handlar om beredning och beslut. Detta kommer att lägga grunden för att systemet med nationell högspecialiserad vård ska kunna standardiseras och fungera för kommande områden.

Utöver pilotarbetet har myndigheten också inlett arbetet inom följande programområden:

- Akut vård
- Barn- och ungdomars hälsa
- Endokrina sjukdomar
- Hjärta- och kärlsjukdomar
- Infektionssjukdomar
- Psykisk hälsa
- Sällsynta sjukdomar
- Ögonsjukvård

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget beslutat om en ny föreskrift (Dnr: 4.1-10526) som träder ikraft 1 januari 2019.

Myndigheten har utvecklat en prototyp för årsrapportering och i det arbetet fört en nära dialog med flera av de enheter som idag bedriver nationell högspecialiserad vård, tidigare rikssjukvårdsenheter. Utifrån den prototypen har arbetet med att bygga upp den tjänst som ska stödja systemet för nationell högspecialiserad vård påbörjats.

Myndigheten har fortsatt att föra en dialog med ett stort antal intressenter, bland annat med professions- och patientföreträdare, landsting och regioner (bilaga 1) samt inlett arbetet med nämnden för nationell högspecialiserad vård. För den senare har även en arbetsordning beslutats.

Socialstyrelsen för en nära dialog med Regionala cancercentrum i samverkan (RCC). Detta för att hitta ett sätt att ta tillvara det arbete som genomförts inom ramen för RCC men samtidigt ta hänsyn till det nya systemet och de utmaningar som det innebär. RCCs arbete har resulterat i att vissa vårdåtgärder inom tio diagnoser har koncentrerats på nationell nivå genom beslut i varje landsting. Inom ytterligare tre områden pågår sakkunniggruppsarbete.

Vid den lärandeträff som landsting och regioners system för kunskapsstyrning genomförde för medlemmarna i de nationella programområdena (NPO) den 21 november adresserade Socialstyrelsen också resten av programområdena för att påbörja genomlysningen. Erfarenhetsutbyte och inspel på hur samverkan mellan NPO-erna samt NPO-erna och yrkes- och specialitetsföreningar bäst kan ske diskuterades också. NPO-strukturen är fortfarande under uppbyggnad och flera nya NPO-er har bildats under hösten. De senast tillkomna NPO-erna (Reumatiska sjukdomar, Äldres hälsa, Medicinsk diagnostik och Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin) kommer sannolikt att påbörja sitt arbete något senare.

Erfarenheter från pilotområden

Vid lägesrapporteringen i juni 2018 beskrevs erfarenheterna från pilotområdena i det första steget av arbetsprocessen. Dessa erfarenheter har bland annat resulterat i att myndigheten initierat ett arbete med tjänstedesignmetodik. Syftet är att fortlöpande förbättra och effektivisera arbetssättet. Arbetet har genomförts med ett strukturerat och interaktivt tillvägagångssätt, internt inom myndigheten och med externa parter (Nationella programområden (NPO) och sakkunniga) och innehållit exempelvis idégenererings-, analys- och prioriteringsmöten. Tjänstedesignföretaget har genomfört intervjuer med NPO- och sakkunnigrepresentanter för att sedan tillsammans med Socialstyrelsen analyserat dessa och tagit fram förslag på åtgärder för förbättring. Dessa åtgärder har resulterat i en effektivare och mer tydlig process både för medarbetare på Socialstyrelsen och för de medverkande representanterna i programområdena.

Några av de identifierade behoven som lyfts är:

1) att NPO-erna snabbare behöver ta till sig och utföra sin del av uppdraget
2) att sprida information om nationell högspecialiserad vård och Socialstyrelsens uppdrag till identifierade målgrupper

Några av åtgärderna som genomförts är:

1) förtydligande av presentationsmaterial
2) förtydligande och förenkling av mallar
3) implementering av kommunikationsplan (t.ex. nyhetsbrev, podd, hemsida)
4) framtagande av processer och rutiner för arbetets olika steg har påbörjats.

Andra lärdomar från piloterna är att sakkunniggrupperna behöver få mer avgränsade och specificerade områden att genomlysa. I avsaknad av detta blir arbetsbördan och tidsåtgången för att definiera området stor. Sakkunniggrupperna har i piloterna också tillåtits att bli större än vad som avsågs från början för att uppnå önskad representation och geografisk spridning av olika professioner. Socialstyrelsen avser att begränsa gruppernas storlek i fortsättningen för en ökad effektivitet och en förbättrad resursanvändning och istället vid behov adjungera specifika experter till arbetet. Sakkunniggrupperna behöver dock vara något större än vad som föreslogs i återrapporteringen av det initiala regeringsuppdraget om arbetsprocessen.

I både pilotarbetet och i dialoger med olika intressenter lyfts ofta frågor som ligger utanför Socialstyrelsens uppdrag men som är förutsättningar för ett fungerande system. Det gäller exempelvis transporter, ett gemensamt ersättningssystem samt möjlighet att enkelt och säkert dela patientjournaler. Behovet av särskilda medel för att starta eller utveckla nya verksamheter och vårdformer har också genomgående lyfts.

Andra systemfrågor som måste beaktas i beredningarna gäller akutsjukvården, forskning och utbildning samt den regionala nivåstruktureringen. Frågan om nationell högspecialiserad vård kan utgöras av nationella kompetenscentra har

också lyfts och myndigheten har tagit fram ett PM som diskussionsunderlag till nämnden.

Beredning inför beslut

Första beredningsgruppen

För att kunna göra konsekvensanalyser inför de olika besluten ser Socialstyrelsen ett behov av att initiera två olika beredningsgrupper. Första beredningsgruppen gör ett arbete inför Socialstyrelsens beslut och andra beredningsgruppen gör ett arbete inför beslut i nämnden för nationell högspecialiserad vård.

Den första beredningsgruppen föreslås ha följande sammansättning:

- tre systemexperter inom hälso- och sjukvård
- ordföranden i aktuella NPO-grupper
- ordföranden i NPO akut vård
- ordförande är avdelningschefen på avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård på Socialstyrelsen.

Systemexperterna ska ha stort oberoende, hög legitimitet och integritet, god kännedom om hälso- och sjukvårdsstrukturen och lång erfarenhet av arbete i ledande befattning inom vården. Denna grupp ska analysera konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet utifrån de kunskapsunderlag som sakkunniggrupperna tagit fram. Beredningsgruppen ska värdera om nyttan med att definiera det föreslagna området/områdena som nationell högspecialiserad vård är större än eventuella nackdelar. Beredningsgruppen ska också vara ett stöd i Socialstyrelsens värdering av eventuella remissynpunkter på underlagen som handlar om systemeffekter på hälso- och sjukvården. När underlag skickas ut på remiss är det troligt att myndigheten får synpunkter inte bara på beslutsunderlaget utan även synpunkter på effekterna på hälso- och sjukvårdssystemet.

Förutsättningar för första beredningsgruppen:

- Gruppen arbetar på uppdrag av Socialstyrelsen
- Gruppen erhåller ekonomisk ersättning av Socialstyrelsen
- Gruppens arbete utgör en del av underlaget för de beslut som Socialstyrelsen fattar
- Gruppen kommer att få stöd av en utredare från Socialstyrelsen som samordnar arbetet.

Andra beredningsgruppen

Ytterligare en beredning behöver ske efter att ansökningar har inkommit från landstingen inför nämndens beslut. Denna beredning är tänkt att genomföras i andra beredningsgruppen. För tillsättande av gruppen samverkar Socialstyrelsen med SKL som i sin tur initierar en beredningsgrupp med regionala representanter på hög nivå. De regionala representanterna behöver också kunna bereda ansökningarna på sin regionala nivå. Efter den regionala beredningen sker sedan en gemensam beredning på nationell nivå. Gruppen behöver ta ställning till vad

konsekvenserna på systemnivå blir av olika geografiska placeringar av tillstånden och utifrån den analysen föreslå en fördelning av tillstånd. Detta sammanfattar Socialstyrelsen i ett underlag inför nämndens beslut. Målet är att hitta en fördelning som är framåtsyftande och åstadkommer största möjliga patientnytta och gagnar hela landet.

Gruppens sammansättning har diskuterats. Huvudmännen förordar en grupp där sjukvårdsregionerna nominerar två personer var (företrädesvis höga tjänstemän) och att gruppen sammantaget ska ha representation från länssjukvård, akut vård och universitetsjukhusvård, totalt 12 personer. Utöver dessa representanter kommer gruppen att behöva en ordförande.

Underlaget från andra beredningsgruppen kommer att vara en betydelsefull del av det samlade underlaget inför nämndens beslutsfattande om vilka enheter som ska få tillstånd att bedriva den aktuella vården.

Förändrad arbetsprocess och ny tidsplan

Socialstyrelsen presenterade i juni 2017 i rapporten för regeringsuppdraget att ta fram en arbetsprocess för nationell högspecialiserad vård en tidsplan för att ta fram underlag för beslut. Tidsplanen har fått kritik för att vara för optimistisk och inte möjliggöra adekvata konsekvensanalyser, exempelvis av att koncentrera vård inom olika vårdområden som ställer stora krav på samma kringresurser. Lärdomar har också dragits från de pågående pilotområdena. Socialstyrelsen har därför beslutat att delvis ändra arbetsprocessen och med detta följer också en ny tidsplan för arbetet. För att möjliggöra ett mer sammanhållet arbete samt för att hålla ihop vårdområden med stora beroenden, kommer en lista med alla förslag på aktuella vårdområden för nivåstrukturering att identifieras genom NPO-ernas genomlysning. Inriktningen är därmed att genomföra det första processteget för alla programområden parallellt. Detta kommer att ge en första övergripande kartläggning av alla förslag på vårdområden som i arbetsprocessens andra steg ska genomlysas i sakkunniggrupper. De föreslagna områdena kommer att sammanställas och grupperas för att möjliggöra att rätt sakkunniggrupper startas i en logisk ordning utefter exempelvis vilka områden som har beroenden till varandra. Sammanställningen av samtliga förslag på vårdområden kommer också att vara ett underlag för en prioritering av vilka sakkunniggrupper det är mest angeläget att starta utifrån att skapa patientnytta. Det är också viktigt att systemet blir dynamiskt och ger möjlighet till nya inspel och omgrupperingar av områden som bör beredas samtidigt.

Den nya arbetsprocessen diskuterades med alla NPO-ordföranden vid mötet 21 november och därefter har de första kontakterna med alla områden tagits. Den förändrade arbetsprocessen leder till en justerad tidsplan för arbetet. Under våren 2019 kommer den breda inventeringen av områden aktuella för nivåstrukturering att göras och under hösten 2019 startar arbetet i nya sakkunniggrupper (Bilaga 2 översiktlig tidsplan). Under hösten kommer arbetet med inventering, förankring och gruppering av förslagen att fortsätta parallellt med att de nya sakkunniggrupperna bildas.

Motiv och konsekvenser av den reviderade planen

För att kunna göra en ändamålsenlig prioritering av kommande sakkunniggrupper och för att den ska ha legitimitet är det angeläget att prioriteringen görs i samråd med andra viktiga aktörer såsom professionsföreningar, representanter för regioner och landsting, patienter och brukare samt andra berörda.

Grupperingen av områden som bör genomlysas parallellt och ordningen för dessa kommer att vara centralt för att möjliggöra adekvata konsekvensanalyser både inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska vara nationell högspecialiserad vård och på hur många ställen den ska bedrivas men också för att möjliggöra samlade utlysningar av tillstånd.

Detta kommer också att göra att nämnden får möjlighet att ta beslut samtidigt om tillstånd i områden som utifrån vårdens logik hänger ihop och som har genomgått en gemensam beredning. Exempelvis malign och benign kirurgi i samma organområde.

Slutsatser inför det fortsatta arbetet

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att myndigheten även fortsättningsvis behöver arbeta aktivt för att skapa tillit till arbetsprocessen genom ett nära samarbete och bred förankring med företrädare för patienter/närstående, profession, och vårdens beslutsfattare. Socialstyrelsen för dessutom dialoger med både landstings och regioners system för kunskapsstyrning samt olika professionsföreningar för att stärka förankringen av arbetet och för att inhämta synpunkter. En central del av det fortsatta arbetet är inventeringen av vårdområden som bör nivåstruktureras samt gruppering och prioritering av dessa. Den ändrade inriktningen har setts som ett tydligt exempel på att myndigheten lyssnar och det har i sin tur stärkt legitimiteten för arbetet. Samtidigt har nämnden för högspecialiserad vård pekat på vikten av att tidsplanen kommuniceras på ett balanserat sätt för att minska risken för missförstånd av arbetets olika delmoment.

I det fortsatta arbetet kommer Socialstyrelsen kontinuerligt fortsätta dialogen med landstings och regioners system för kunskapsstyrning och NPO-grupperna för att avgränsa och tydliggöra uppdraget. Myndigheten vidareutvecklar även mallar och instruktioner och arbetar vidare med uppföljningssystemet och indikatorer.

Arbetet med utvecklingen av beredningsprocesser inför kommande beslut behöver avslutas och beredningsgrupperna behöver tillsättas under våren 2019. Rutiner för gruppernas arbete ska tas fram och förankras i de olika beslutsfattande organen.

Det är också av vikt att andra aktörer inom hälso- och sjukvården agerar utifrån sina respektive ansvarsområden och skapar förutsättningar för systemet med nationell högspecialiserad vård. Exempel på sådana frågor är arbete med transporter och ersättningssystem på nationell nivå.

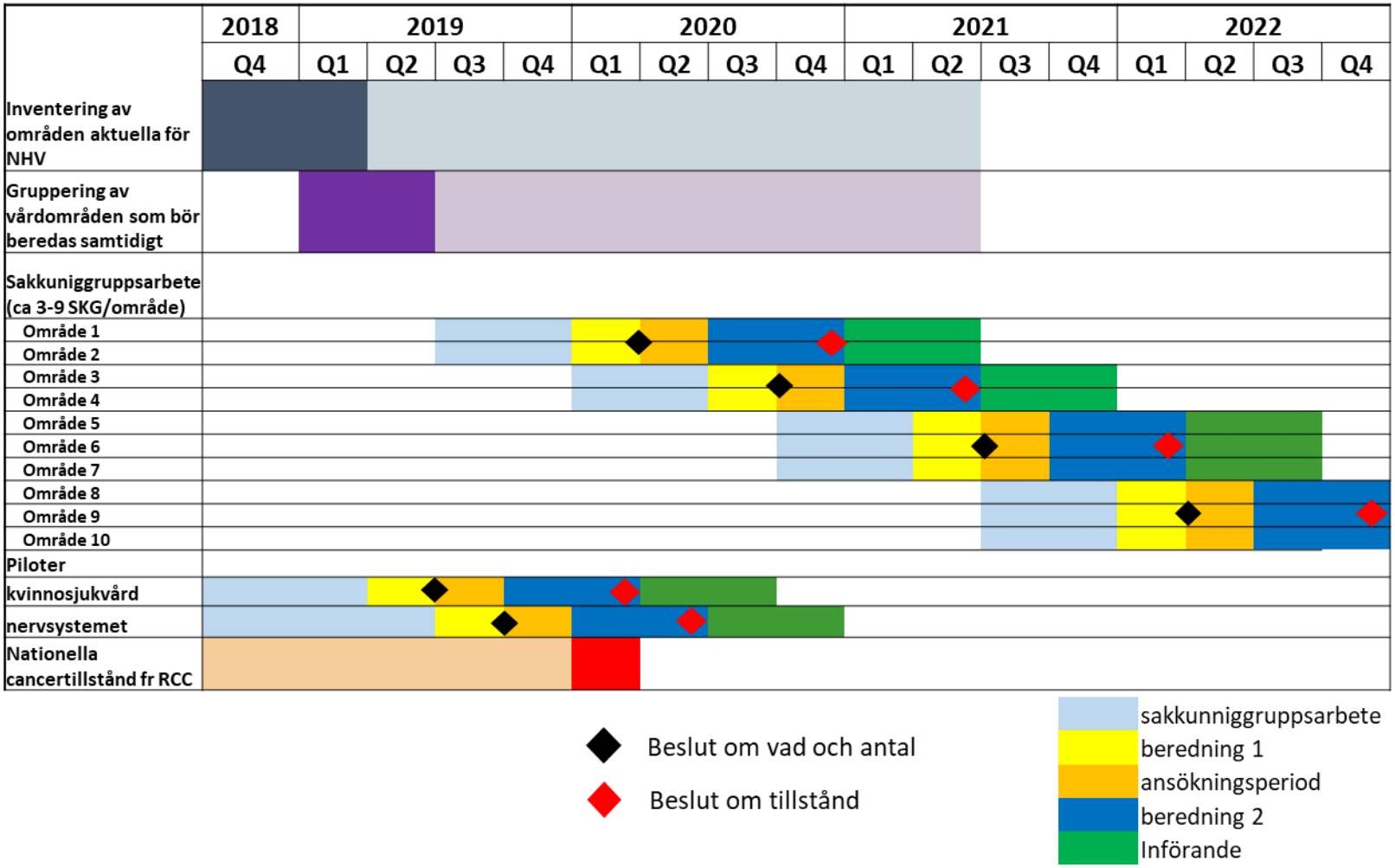
Bilaga 1: Genomförda aktiviteter
Bilaga 2: Tidsplan

Bilaga 1: Möten med profession, patientföreningar och beslutsfattare

Datum	Händelse	Deltagare
9/8	Nämnden för nationell högspecialiserad vård	Förtroendevalda i landsting
13/8	Möte m NPO Barn och ungdomars hälsa	Profession
22/8	Kirurgiveckan	Svensk kirurgisk förening
22/8	Möte m NPO Psykisk hälsa	Profession
24/8	Möte m NPO Akut vård	Profession
31/8	Möte m NPO Nervsystemets sjukdomar	Profession
3/9	Möte Gunilla Gunnarsson, nivåstrukturering RCC	Tjänstemän
4/9	Möte m NPO Hjärt- och kärlsjukdomar	Profession
7/9	FSL – Framtidens specialistläkare	Profession
14/9	Provinsialläkarnas styrelsemöte	Profession
14/9	Möte m NPO Kvinnosjukdomar och förlossning	Profession
17/9	Studiebesök Sundhetsstyrelsen Danmark	Danska tjänstemän
18/9	Möte m NPO Akut vård	Profession
20/9	Möte Gunilla Gunnarsson, nivåstrukturering RCC	Tjänstemän
28/9	Region Västernorrland, Härnösand	Förtroendevalda i landsting, tjänstemän, verksamhetschefer
2/10	TJM/Kontaktpersonsmöte	Tjänstemän och kontaktpersoner
5/10	Remisseminarium	Tjänstemän, profession, patientföreträdare
10/10	Nämnden för nationell högspecialiserad vård	Förtroendevalda i landsting
16/10	Möte m NPO Nervsystemets sjukdomar	Profession
17/10	Möte m NPO Infektionssjukdomar	Profession
19/10	Möte m NPO Kvinnosjukdomar och förlossning	Profession
24/10	Möte m NPO Endokrina sjukdomar	Profession
25/10	Möte m NPO Barn och ungdomars hälsa	Profession
26/10	Studiebesök Helsedirektoratet Norge	Norska tjänstemän
1/11	Möte m NPO Akut vård	Profession
6/11	Möte m Fredrik Lennartsson, Anna-Greta Brodin SKL	Tjänstemän
7/11	Möte m NPO Lung- och allergisjukdom	Profession
8/11	Representantskapet, Läkarförbundet	Profession i specialitetsföreningarna
9/11	Öron, näsa hals specialistföreningen	Profession
12/11	Möte m NPO Sällsynta sjukdomar	Profession
13/11	Möte om samverkan m Mats Boijestig, Marie Lawrence, Gunilla Gunnarsson	Tjänstemän
14/11	Dialogmöte med IVO	Tjänstemän
14/11	Möte m NPO Ögonsjukdomar	Profession

20/11	Möte m NPO Infektionssjukdomar	Profession
20/11	Möte m NPO Hjärt- och kärlsjukdomar	Profession
20/11	Möte m NPO Tandvård	Profession
22/11	Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket	Tjänstemän
26/11	Norrlands universitetssjukhus, Umeå	Tjänstemän, profession
29/11	Möte Gunilla Gunnarsson, nivåstrukture-ring RCC	Tjänstemän
29/11	Svensk reumatologisk förening	Profession
30/11	Infuturum	Tjänstemän, profession

Bilaga 2: Tidsplan



Region Östergötland
Ank 2018 -12- 14
Dnr SVN 2018-37

Region Östergötland
Regionens revisorer

2018-12-12
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen

För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Medicinteknisk utrustning – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av styrning och uppföljning av inköp och användning av medicinteknisk utrustning. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s rapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning är att styrning och uppföljning av inköp och användning av medicinteknisk utrustning till viss del är välfungerande.
- Behovskartläggningen inför inköp bör stärkas. Granskningen pekar på att hälsoekonomiska aspekter inte beaktas inför upphandling och inköp.
- Upphandlingsenhetens uppdrag bör förtydligas för ett förstärkt verksamhetsstöd inför inköp.
- Samordningen av inköp med andra regioner och landsting sker idag endast i begränsad utsträckning men bör utvecklas.
- Åtgärder bedöms i huvudsak vidtas för ett effektivt och kvalitativt införande av ny teknik och utrustning.
- Uppföljningen och utvärderingen av den medicintekniska utrustningen bör överlag stärkas.

Anders Senestad
Ordförande

Jan Widmark
Revisor

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Medicinteknisk utrustning". Revisionsskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se, revisorer.

Revisionsrapport

Medicinteknisk utrustning

Region Östergötland

Louise Tornhagen
Projektledare

Sara Norén
Projektmedarbetare

December 2018

pwc

Innehåll

Sammanfattande bedömning..... 2

1. Inledning..... 4

1.1. Bakgrund..... 4

1.2. Syfte och revisionsfråga..... 5

1.3. Revisionskriterier..... 5

1.4. Kontrollfrågor..... 5

1.5. Avgränsning..... 5

1.6. Metod..... 6

2. Granskningsresultat..... 7

2.1. Finns det mål och styrdokument gällande anskaffning av medicintekniska produkter?..... 7

2.2. Är styrdokument och processer kommunicerade i verksamheten?..... 8

2.3. Efterlevs styrdokument och processer i verksamheten?..... 8

2.4. Sker en tillräcklig behovskartläggning och analys inför inköp?..... 9

2.5. Finns en process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling?..... 10

2.6. Vidtas tillräckliga förberedande åtgärder för effektivt och kvalitativt införande av ny teknik och utrustning?..... 10

2.7. Är förvaltning och underhåll av utrustningen ändamålsenlig?..... 10

2.8. Är uppföljning och utvärdering av upphandlad utrustning och dess användning, effekter och nytta ändamålsenlig?..... 11

2.9. Finns en fungerande samordning kring inköp och nyttjande av utrustning med andra offentliga vårdgivare?..... 12

Sammanfattande bedömning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande medicinteknisk utrustning. Granskningsobjekt är regionstyrelsen. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2018.

Granskningens revisionsfråga besvaras enligt följande:

Har regionstyrelsen en välfungerande styrning och uppföljning av inköp och användning av medicinteknisk utrustning?

Styrningen och uppföljningen av inköp och användning är till viss del välfungerande. Hälsoekonomiska aspekter beaktas inte inför upphandling och inköp. Åtgärder för effektivt och kvalitativt införande av ny teknik och utrustning bedöms finnas. Uppföljningen och utvärderingen av den medicintekniska utrustningens användning och effekter behöver stärkas.

Den samlade bedömningen grundar sig på följande bedömningar utifrån ställda kontrollfrågor:

Finns det mål och styrdokument gällande anskaffning av medicintekniska produkter?
Vi bedömer att kontrollmålet **delvis är uppfyllt.**

- Det finns ett styrande dokument kopplat till regionens investeringar, vilket inkluderar anskaffning av medicinteknisk utrustning, i dokumentet inköps- och upphandlingspolicy. Samtliga verksamheters investeringar ska finnas i respektive verksamhets investeringsplan. Det finns ingen långsiktig investeringsplan längre än tre år för medicinteknisk utrustning på regionövergripande nivå.
- Det finns behov av att samla samtliga upphandlingar som ska göras inom medicinteknik för hela regionen. Detta för att utreda och bedöma om fler upphandlingar kan göras gemensamt för produktionsenheterna och om Region Östergötland eventuellt kan samarbeta med andra regioner och landsting.

Är styrdokument och processer kommunicerade i verksamheten?
Vi bedömer att kontrollmålet **delvis är uppfyllt**.

- Region Östergötland har styrdokument och processer som finns att tillgå för samtliga medarbetare.
- Styrande dokument ska vara internt förankrade. Vi har inom i granskningen inte tagit del av någon uppföljning kring detta.

Efterlevs styrdokument och processer i verksamheten?
Vi bedömer att kontrollmålet **delvis är uppfyllt**.

- Det finns styrande dokument. Vi anser dock att det är betydelsefullt att upphandlingsenheten kopplas in tidigt i processen för att stödja verksamheterna i behovs- och omvärldsanalys.

Sker en tillräcklig behovskartläggning och analys inför inköp?
Vi bedömer att kontrollmålet **i begränsad utsträckning** är uppfyllt.

- Stickprovskontrollen visar på brister i behovskartläggningen, vilket indikerar på att det kan finnas behov av stöd från upphandlingsenheten i tidigare skede för att underlätta upphandlingen.
- Enheten Medicinsk Tekniks roll kan stärkas.

Finns det en process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling?
Vi bedömer att kontrollmålet **inte är uppfyllt.**

- Det finns ingen process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling.

Vidtas tillräckliga förberedande åtgärder för effektivt och kvalitativt införande av ny teknik och utrustning?
Vi bedömer att kontrollmålet är **uppfyllt.**

- Utbildning inkluderas ofta i upphandlingen och superanvändare utbildas av leverantören och utbildar i sin tur övriga medarbetare.
- Vid nya arbetssätt sätts en projektgrupp in.

Är förvaltning och underhåll av utrustningen ändamålsenlig?
Vi bedömer att kontrollmålet delvis är **uppfyllt**.

- Utrustningen ska inte bara hålla samma standard som vid installation, den ska även förbättras och kunna anpassas. Förvaltningen är ett område med utvecklingsmöjligheter.

Är uppföljning och utvärdering av upphandlad utrustning och dess användning, effekter och nytta ändamålsenlig?
Vi bedömer att kontrollmålet **inte är uppfyllt**.

- Det görs ingen systematisk uppföljning av genomförda upphandlingar eller avtalstrohet.
- Det sker inte heller någon uppföljning av användning, effekter eller nytta för verksamheten. Det finns inte heller någon kartläggning av hur stor del som är ny- och återinvesteringar samt vilka upphandlingar som är planerbara och ”akuta”.

Finns en fungerande samordning kring inköp och nyttjande av utrustning med andra offentliga vårdgivare?

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt **i begränsad utsträckning**.

- Samordning sker i en begränsad utsträckning både kopplat till gemensamma upphandlingar som nyttjande av utrustning.
- Det finns en utvecklingspotential inom såväl upphandling och att nyttja varandras utrustning i syfte att uppnå såväl kostnadsbesparingar som möjlighet till bättre tillgänglighet.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Medicinteknisk utrustning utgör en betydande del av de ekonomiska investeringarna inom hälso- och sjukvården. Införandet av ny teknik och processer såsom automatisering, artificiell intelligens och sakernas internet medför många nya möjligheter, men även risker. Här finns en potential att förbättra det kliniska arbetet och patientsäkerheten.

Teknik är att betrakta som medicinskteknisk utrustning om den används för att bl.a. påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom eller en funktionsnedsättning enligt Lag (1993:584) om medicintekniska produkter och är föremål för CE-märkning. En medicinteknisk utrustning omfattar såväl fysisk utrustning som mjukvaror. Vårdgivaren har enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården ansvar för att det finns ett ledningssystem och att det finns ett systematiskt kvalitetsarbete. Vidare kan vårdgivaren ge en verksamhetschef i uppdrag att ansvara för att ”endast säkra och medicinskt ändamålsenliga medicintekniska produkter och, till dessa, anslutna informationssystem används på patienter” (3 kap. 6§ i föreskriften).

Anskaffning av ny teknik är komplicerad då utvecklingen är snabb och det är svårt att framtidssäkra investeringarna. Det är viktigt att kartlägga behoven som ligger till grund för investeringen utifrån kliniska krav och hälsoekonomi eller nyttoeffekt. Traditionellt har det varit en utmaning att visa värdet och effekten av investeringarna. Införandet är ett område som erfarenhetsmässigt skapat stora problem för många projekt. För att ny teknik och digitalisering ska skapa maximal nytta krävs ofta nya arbetssätt och processer.

Enligt Region Östergötlands strategiska plan 2018-2020 så uppgår de budgeterade investeringarna till knappt 2 miljarder kronor årligen. Även om en stor del av investeringarna avser fastigheter så investeras också väsentliga belopp årligen i medicinteknisk utrustning. Medicinsk apparatur hade den 31 december 2017 ett bokfört värde om 584 mkr. Det är viktigt att inköpsbesluten är välgrundade och att en samordning av inköp och användning sker inom regionen.

Utifrån målsättningarna att regionalt och nationellt samordna hälso- och sjukvården för ett effektivare resursutnyttjande bör också samordning med andra vårdgivare än Region Östergötland eftersträvas.

Regionens revisorer genomförde en granskning av investeringsprocessen för medicinteknisk utrustning revisionsåret 2011. Denna granskning visade bland annat att det fanns behov av att tydliggöra hur dåvarande landstinget såg på styrning, prioritering, samordning och uppföljning av investeringar i medicinteknisk utrustning.

Granskningsområdet framgår av regionens revisorers revisionsplan för 2018 vilken grundar sig på genomförd riskanalys samt riskbedömning.

Två förtroendevalda revisorer, Torbjörn Pettersson och Jan Widmark, har följt granskningen.

1.2. Syfte och revisionsfråga

Syftet är att analysera och bedöma regionens styrning och uppföljning av inköp och användning av medicinteknisk utrustning. Utifrån detta ska nedanstående revisionsfråga besvaras:

- Har regionstyrelsen en välfungerande styrning och uppföljning av inköp och användning av medicinteknisk utrustning?

1.3. Revisionskriterier

Granskningen har utgått från följande revisionskriterier:

- Kommunallagen
- Hälso-och sjukvårdslagen
- Lag om medicintekniska produkter
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1)
- Regionens relevanta styrande dokument

1.4. Kontrollfrågor

Bedömningen har gjorts utifrån följande kontrollfrågor:

- Finns det mål och styrdokument gällande anskaffning av medicinteknisk utrustning?
- Är styrdokument och processer kommunicerade i verksamheten?
- Efterlevs styrdokument och processer i verksamheten?
- Sker en tillräcklig behovskartläggning och analys inför anskaffning av medicinteknisk utrustning?
- Finns det en process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling?
- Vidtas tillräckliga förberedande åtgärder för effektivt och kvalitativt införande av ny teknik och utrustning?
- Är förvaltning och underhåll av utrustningen ändamålsenlig?
- Är uppföljning och utvärdering av upphandlad utrustning och dess användning, effekter och nytta ändamålsenlig?
- Finns en fungerande samordning kring inköp och nyttjande av utrustning med andra offentliga vårdgivare?

1.5. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till att omfatta följande produktionsenheter:

- Diagnostikcentrum
- Hjärt- och medicincentrum
- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård
- Centrum för verksamhetsstöd och utveckling - Verksamhetsområde Medicinsk teknik
- Sinnescentrum

Av regionens medicinska utrustning är ca 85 % av värdet hänförligt till ovanstående produktionsenheter.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier samt stickprovskontroll i tre upphandlingar. Se bilaga 1 för beskrivning av upphandlingar.

Intervjuer har genomförts med produktionsenhetschefer, ekonomichefer, controllers, inköps- och MT- strateger inom valda produktionsenheter samt kliniker/enheter. Utöver detta har intervjuer inom regionens ledningsstab genomförts med ekonomidirektör samt enhetschef för ekonomienheten. Intervjuer har också genomförts med tjänstepersoner inom enheten Medicin Teknik samt upphandlingsenheten inom CVU. Antalet intervjuer är 8 stycken. Totalt har 22 personer intervjuats.

Studier har skett av följande dokument:

- Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2018 inkl. budget.
- Upphandlings- och inköpspolicy.
- Anvisning för investeringsbudget 2019-2021.
- Investeringsplanering på produktionsenhetsnivå.
- Beslut Medicinsk teknik.
- Utredningen ”Ägande av med_tekn_utr_i_LiÖ_1.2”.
- Samtliga verksamhetsplaner, delårs- och årsrapporter samt investeringsplaner för utvalda produktionsenheter.
- Verksamhetsplan för enheten Medicinskt teknik 2018.
- Komplett underlag från tre stycken genomförda upphandlingar.

Revisionsrapporten har sakavstämts med berörda tjänstepersoner.

2. Granskningsresultat

2.1. Finns det mål och styrdokument gällande anskaffning av medicintekniska produkter?

2.1.1. Iakttagelser

Av intervjuerna och styrande dokument framgår att Region Östergötland har en ”*Inköps- och upphandlingspolicy*” reviderad 2018-06-05 med riktlinjer som gäller för samtliga investeringar. Syftet med inköps- och upphandlingspolicy samt riktlinjer är att möjliggöra investeringar som bidrar till att regionens övergripande uppdrag och mål uppnås.

Det framgår att regionens totala investeringsplan ska vara baserad på den investeringsram som tagits fram för respektive produktionsenhet. Produktionsenheterna ska årligen prioritera sina investeringar utifrån behov. I prioriteringen ska de värdera behovet av återinvestering och nyinvestering kopplat till nya behandlingsmetoder och diagnostik. Vidare ska varje produktionsenhet årligen lämna en investeringsplan för de kommande tre åren. Av ett dokument avseende investeringsplanering på produktionsenhetsnivå framgår att investeringar som överstiger i 1 mnkr kräver ett omfattande kalkylunderlag och beslutas av regionstyrelsen.

Intervjuade betonar att produktionsenheterna arbetar aktivt med sina investeringsplaner. En viss komplexitet finns kopplat till återinvesteringar samt tidplan. De intervjuade menar även att det finns en utmaning kopplat till att hinna med att genomföra samtliga upphandlingar och investeringar som de har budgeterat för i sin investeringsplan. Upphandlingarna riskerar därför att hamna i otakt med beslutad investeringsplan.

Av intervjuerna framgår det vidare att produktionsenheternas investeringsplaner inte per automatik delas med upphandlingsenheten eller de andra produktionsenheterna. Detta kan leda till sämre samordning av upphandlingarna. De intervjuade uppger att det inte finns någon övergripande långsiktig investeringsplan för hela Region Östergötland avseende medicinteknisk utrustning.

2.1.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Det finns styrande dokument kopplat till regionens investeringar, vilket inkluderar anskaffning av medicinteknisk utrustning. Det finns dock ingen långsiktig investeringsplan längre än tre år för anskaffning av medicinteknisk utrustning på en regionövergripande nivå.

Det finns ett behov att samla samtliga upphandlingar som ska göras inom medicinteknik för hela regionen. Detta för att utreda och bedöma om fler upphandlingar kan göras gemensamt för produktionsenheterna och om Region Östergötland eventuellt kan samarbeta med andra regioner och landsting.

2.2. Är styrdokument och processer kommunicerade i verksamheten?

2.2.1. Iakttagelser

Av intervjuerna framgår det att samtliga styrdokument kopplade till *inköps- och upphandlingspolicy*, investeringsrutiner, riktlinjer samt processer för anskaffning och upphandling finns att tillgå på Region Östergötlands intranät. Av intervjuerna framgår det vidare att investeringsriktlinjerna och tröskelvärdena är väl förankrade inom produktionsenheterna. Respektive verksamhetschef ska vara informerad om styrdokumenten samt var det är möjligt att ta del av dessa. Det är verksamhetschefens uppgift och ansvar att dela styrdokument och processer med sin verksamhet. Det är också verksamhetschefens ansvar att se till att styrdokumenten efterlevs. De intervjuade menar att det inte är tydligt om medarbetarna i verksamheterna vet var på intranätet som de kan hitta dessa dokument.

Innan produktionsenheterna ska göra en upphandling ska de kontrollera om befintliga avtal finns. För anskaffning av medicinteknisk utrustning finns Enheten Medicinsk Teknik (MT) inom CVU tillgängliga som stöd för att dels söka efter vilka avtal som finns att tillgå samt som stöd i behovs- och omvärldsanalys inför en eventuell upphandling.

2.2.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Region Östergötland har styrdokument, och processer som finns att tillgå för samtliga medarbetare. Styrande dokument ska vara internt förankrade och vi har i granskningen inte tagit del av någon uppföljning kring detta.

2.3. Efterlevs styrdokument och processer i verksamheten?

2.3.1. Iakttagelser

Enligt Region Östergötlands inköps- och upphandlingspolicy har verksamheterna ansvar för att ha kännedom om vilka ramavtal som finns upphandlade inom ett visst område. De intervjuade menar att de har kännedom om riktlinjer samt beloppsgränser för när de ska initiera en dialog med upphandlingsenheten. Enligt Region Östergötlands inköps- och upphandlingspolicy gäller 100 000 kronor som gräns i hela regionen. Verksamheterna ska nyttja de avtal som regionen har där det är möjligt innan en ny upphandling påbörjas. Vid initierande om en upphandling över 100 000 kronor ska upphandlingsenheten kontaktas för att genomföra upphandlingen.

De intervjuade menar att regionens avtalskatalog är känd i organisationen. Trots detta sker avsteg från inköps-och upphandlingspolicyn. De intervjuade menar att upphandlingsenheten med nuvarande upphandlingsprocess kommer in något sent i processen.

Som stöd i investeringsprocessen har produktionsenheterna tillgång till investeringsverktyget Agresso Planner. Investeringsverktyget tar fram uppgifter från anläggningsregistret för aktuell verksamhet och ger därtill stöd för beräkningar och framtagande av investe-

ringsnivåer. Under 2018 har några verksamheter haft möjlighet att ingå i ett pilotprojekt för det nya investeringsverktyget Flexite.

2.3.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet i begränsad utsträckning är uppfyllt.

Det finns styrande dokument. Vi anser dock att det är betydelsefullt att upphandlingsenheten kopplas in tidigt i processen för att stödja verksamheterna i behovsanalys och omvärldsanalys.

2.4. Sker en tillräcklig behovskartläggning och analys inför inköp?

2.4.1. Iakttagelser

Enligt intervjuerna sker en behovskartläggning och analys inför anskaffning av medicinteknisk utrustning. Produktionsenheterna och dess verksamheter ansvarar för att genomföra, kartlägga och prioritera behovet som verksamheterna har. Därtill ska en omvärldsanalys genomföras för att analysera trender och utveckling. Det har uttryckts en önskan från produktionsenheterna om att kunna arbeta med behovsanalyser under hela avtalstiden till dess att ett nytt avtal tecknas.

Vid större investeringar sker en riskbedömning samt omvärldsanalys med stöd av enheten Medicinsk Teknik. Vid upphandlingar som innebär fastighetsförändringar inkluderas enheten Fastighet i behovsanalysen. Av intervjuerna framgår det att upphandlingsenheten inte kopplas in förrän behovsanalysen är genomförd och det är dags att starta en upphandling. När en verksamhet har behov av att genomföra en upphandling skickar upphandlingsenheten ut en förfrågan för att undersöka om det finns någon annan verksamhet i regionen som har ett likande behov.

De intervjuade betonar att för en välgrundad och genomarbetad behovsanalys är förutsättningen en väl sammansatt referensgrupp av medarbetare. De intervjuade menar att det kan vara en utmaning att sätta samman dessa grupper. Det finns en begränsning kopplat till schema och tid. I vissa fall finns även begränsning kopplat till kompetens om det är en mer ovanlig upphandling.

Genomförda stickprov av tre upphandlingar visar att verksamheterna inte är tillräckligt tydliga i sin behovskartläggning (d.v.s. vad de söker samt vilka behov som inköpet ska uppfylla). Stickprovskontrollerna visar vidare att analys av verksamhetens behov görs i liten skala eller att dokumentation saknas. Det saknas även information om omvärldsanalys har skett. Detta kan konstateras trots att samtliga dokument för bland annat marknadsundersökningar och förberedande arbete begärts in.

2.4.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet i begränsad utsträckning är uppfyllt.

Stickprovskontrollen visar på brister i behovskartläggningen. Detta indikerar att det kan finnas behov av stöd från upphandlingsenheten i tidigare skede för att underlätta upphandlingen. Vidare bedömer vi att enheten Medicinsk Tekniks roll kan stärkas.

2.5. Finns en process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling?

2.5.1. Iakttagelser

Intervjuerna samt genomförd stickprovskontroll visar att det inte finns någon process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling. De intervjuade menar att det finns en vilja och önskan om att i framtiden inkludera dessa aspekter i upphandlingsarbetet. I nuläget finns inga riktlinjer, processer eller annat strukturerat sätt att arbeta på.

2.5.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Det finns ingen process för att väga hälsoekonomi mot kostnad vid upphandling.

2.6. Vidtas tillräckliga förberedande åtgärder för effektivt och kvalitativt införande av ny teknik och utrustning?

2.6.1. Iakttagelser

Enligt intervjuerna inkluderar upphandlingarna utbildning för såväl användare som tekniker. Kostnaderna för dessa inkluderas i de flesta fall i den totala kostnaden för utrustningen. Leverantörerna ombesörjer ofta den kliniska utbildningen av superanvändare i verksamheten. Dessa superanvändare utbildar därefter övrig personal samt finns tillgängliga som stöd när övriga användare har frågor om hur utrustningen ska användas.

Vid såväl investering i ny utrustning som återinvesteringar i befintlig utrustning som förutsätter nya arbetssätt involveras en projektgrupp. Ett sådant förändringsarbete sker ofta mot bakgrund av att verksamheten beslutat att de ska arbeta på ett annorlunda sätt som kräver ny utrustning. Ett exempel på förändring av arbetssätt var införandet av teledermaskopi. I stället för traditionell dermaskopi hade regionen som ambition att erbjuda sina patienter att ta kort på sina hudförändringar med sin i mobiltelefon för att dessa bilder därefter skulle analyseras. I detta fall bildades en projektgrupp för att skapa förutsättningar för att förändringarna skulle fungera så bra som möjligt.

2.6.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet är uppfyllt.

Utbildning inkluderas ofta i upphandlingen, och superanvändare utbildas av leverantören och utbildar i sin tur övriga medarbetare. Vid nya arbetssätt involveras en projektgrupp.

2.7. Är förvaltning och underhåll av utrustningen ändamålsenlig?

2.7.1. Iakttagelser

Enheten Medicinsk teknik har ansvar för förvaltning och underhåll av utrustningen. Detta inkluderar såväl förebyggande som avhjälpande underhåll av utrustning. De intervjuade beskriver att detta fungerar väl.

Enheten Medicinsk Teknik har dialog med leverantörerna, tecknar serviceavtal och ställer krav på uppföljning. I de fall leverantörerna har ansvar för underhåll framkommer det av intervjuerna att regionens verksamheter ofta finner det svårt att ställa krav och följa upp leverantörernas åtagande. Av intervjuerna framgår det vidare att uppföljning av avtal i dialog med leverantörerna är ett förbättringsområde. Vårt stickprov visar att när det gäller själva köpeavtalet så förekommer krav som inte regionen kan följa upp.

Vid förvaltning av medicinteknisk utrustning används en linjestyrning med kunddialog. Detta innebär dialog med de olika produktionsenheterna. Intervjuerna visar att vissa produktionsenheter har ett intresse av funktionsupphandlingar för att förvaltningen ska fungera bättre. Det finns en önskan om att verksamheterna ska kunna utvecklas med befintlig utrustning.

2.7.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Vi menar dock att utrustningen inte bara ska hålla samma standard som vid installation, den ska även förbättras och kunna anpassas. Förvaltning är ett område med utvecklingsmöjligheter.

2.8. Är uppföljning och utvärdering av upphandlad utrustning och dess användning, effekter och nytta ändamålsenlig?

2.8.1. Iakttagelser

Av intervjuerna framgår att det inte görs någon systematisk uppföljning av genomförda upphandlingar och avtalstrohet. Det finns inte någon uppföljning på regionnivå om hur ofta avsteg sker från upphandlingsprocessen. De intervjuade menar att de stundtals gör avsteg från upphandlingsprocessen. Investeringarna inom Region Östergötland följs upp i samband med den ordinarie verksamhetsuppföljningen.

Det sker ingen uppföljning av användning, effekter eller nytta för verksamheterna. De intervjuade menar att det finns utmaningar i att analysera nyttoeffekter samt att det saknas verktyg för att genomföra den typen av uppföljning. Av intervjuerna framgår det vidare att några verksamheter analyserar och följer upp nyttjandegraden, det vill säga hur mycket de använder de olika utrustningarna. De intervjuade menar att denna typ av uppföljning inte sker strukturerat.

Av intervjuerna framkommer att Region Östergötland inte tidigare har gjort någon helhetsöversyn av samtliga investeringar inom medicinteknisk utrustning. Det finns därför ingen förteckning över vilka investeringar som är nyinvesteringar eller återinvesteringar. Det finns inte heller någon uppföljning av hur stor del som är akuta investeringar samt vilka som har varit planerbara och vilka som är föremål för direktupphandling.

2.8.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Det görs inte någon systematisk uppföljning av genomförda upphandlingar och avtalstrohet. Vidare sker det inte någon uppföljning av användning, effekter eller nytta för verksamheten. Det finns inte heller någon kartläggning av hur stor del som är ny- och återinvesteringar samt vilka upphandlingar som är planerbara och ”akuta”.

2.9. Finns en fungerande samordning kring inköp och nyttjande av utrustning med andra offentliga vårdgivare?

2.9.1. Iakttagelser

De intervjuade menar att det förekommer en viss samverkan med andra vårdgivare inom sjukvårdsregionen. Som exempel ges upphandling av pacemakers och EKG- utrustning. Utmaningen enligt de intervjuade är möjligheten att enas kring ett visst sortiment. Medicinteknisk utrustning innehåller ofta IT- komponenter och olika landsting/regioner har olika regler och ”uppsättning” för IT- utrustning.

Enligt intervjuerna framgår det att enheten Medicinsk teknik med stor sannolikhet i framtiden kommer att ta ansvar för att kvalitetssäkra samtliga upphandlingar inom medicinsk teknik. I kvalitetssäkringen kommer enligt planen samordning ingå. Av intervjuerna framgår det inte hur denna process kommer att gå till eller när den kommer att träda i kraft.

Enligt stickprovsgranskningen finns det i två av tre granskade upphandlingar inte någon dokumentation om huruvida andra verksamheter eller regioner blivit kontaktade i samordningssyfte. I den tredje upphandlingen har samverkan mellan två olika verksamheter skett.

2.9.2. Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet är uppfyllt i begränsad utsträckning.

Samordning sker i en begränsad utsträckning både kopplat till gemensamma upphandlingar som nyttjande av utrustning. Det finns en utvecklingspotential inom såväl upphandling och att nyttja varandras utrustning i syfte att uppnå kostnadsbesparingar och möjlighet till bättre tillgänglighet.

Bilaga 1: Genomförd stickprovsgranskning

Bilaga 1 till revisionsrapport ”Medicinteknisk utrustning”

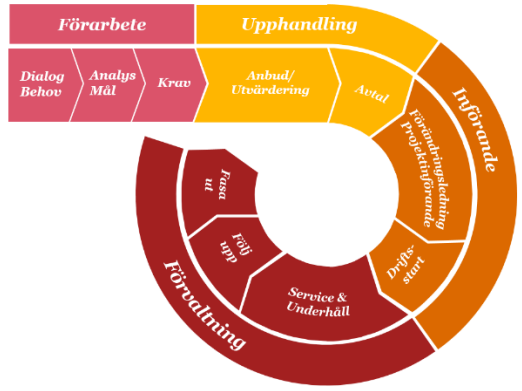
Stickprovsgranskning av upphandlingar

Inom ramen för granskningen av anskaffning av medicinteknisk utrustning har en stickprovsgranskning genomförts av tre olika upphandlingar. De tre upphandlingarnas karaktär varierar i såväl ekonomisk storlek som verksamhetsområden. PwC tog del av en förteckning över samtliga genomförda upphandlingar mellan 2015 och 2018 som var avslutade inom MT, och valde därefter ut tre stycken upphandlingar.

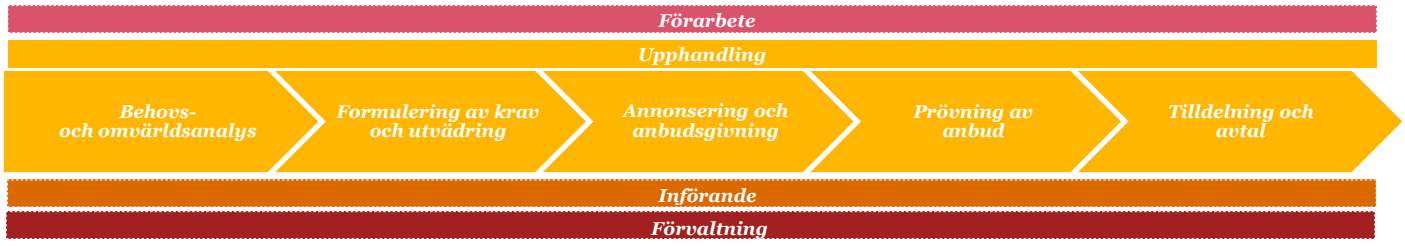
Syftet med stickproven har varit att bedöma huruvida upphandlingsarbetet 1) följer de styrdokument och processer som finns kommunicerade, 2) inkluderar en tillräcklig behovskartläggning, 3) väger in hälsoekonomi, och 4) innefattar samordning med andra verksamheter inom eller utanför regionens gränser.

Som underlag för bedömningen av upphandlingarna har dokument kopplade till de utvalda upphandlingarna begärts in. Dokumentationen kopplat till de tre upphandlingarna har varit relativt omfattande. Dokumenten har innefattat samtliga steg i en upphandling och har inkluderat det förberedande arbetet, mötesprotokoll, marknadsundersökningar, investeringsbeslut med motivering, inlämnade anbud, upphandlingsrapport, tilldelningsbeslut, eventuella uppföljningar, samt till dessa områden tillhörande dokument.

En modell över upphandlingsarbetes olika delar (se Figur 2, Upphandlingens olika steg) skapades baserat på granskningens angivna kontrollmål samt regionens egna styrdokument. Därefter analyserades inkomna dokument och stämdes av mot modellen.



***Figur 1**, Medicinteknisk livscykel*



***Figur 2**, Upphandlingens olika steg. Texten mellan de gula pilarna representerar de olika stegen i upphandlingsarbetet. Förarbete, Införande och Förvaltning är övergripande delar av den medicintekniska livscykeln som behöver beaktas redan under upphandlingsarbetet.*

Utvärdering

Nedan redovisas bedömningar av tre olika upphandlingar.

1: Större bildgivande system
2: Medicinteknisk utrustning för anestesi
3: Dialystillbehör

Steg	***Delmoment***	***Bedömning***		
		1	***2***	***3***
Behovs- och omvärldsanalys	Tar regionen vara på material som tagits fram innan upphandlingsarbetet startade (t.ex. statistik)?	🟥	⬜	⬜
	Finns expertkompetens tillgänglig?	🟩	🟩	⬜
	Görs analys av verksamhetens behov?	🟨	⬜	⬜
	Har andra verksamheter liknade behov?	🟩	⬜	⬜
	Har andra regioner liknande behov?	⬜	⬜	⬜
	Inkluderas behov som finns vid införande?	🟩	🟩	🟩
	Inkluderas behov som finns för förvaltning?	🟩	🟩	🟩
	Vägs hälsoekonomi in?	🟥	🟥	🟥
	Görs en omvärldsanalys?	⬜	⬜	⬜
Formulering av krav och utvädring	Skapas kravspecifikation?	🟩	🟩	🟩
	Baseras kravspecifikation på behovsanalys?	🟩	⬜	⬜
	Skapas utvärderingsprotokoll i de fall leverantörer ska demonstrera funktion?	🟩	🟩	⬜
	Begärs pris för förvaltning in från leverantörerna?	🟩	🟩	🟩
Annonsering och anbudsgivning	Annonseras upphandlingsdokumenten offentligt?	🟩	🟩	⬜
	Speglar upphandlingsdokumenten behovsanalysen?	🟩	⬜	⬜
Prövning av anbud	Sker prövningen uteslutande från tidigare satta krav?	🟩	🟩	⬜
	I de fall funktion ska demonstreras, ges samtliga leverantörer samma förutsättningar?	🟨	⬜	⬜
Tilldelning och avtal	Underrättas anbudsgivare om skäl till beslut?	🟩	🟩	⬜
	Anpassas avtalet så att uppföljning är möjlig?	🟨	🟨	⬜

🟩 God 🟨 Delvis 🟥 Bristande ⬜ Finns inte tillräcklig dokumentation ⬜ Frågan kan inte tillämpas på upphandlingen

Samlad bedömning av upphandlingarna

Behovs- och omvärldsanalys

Av underlaget för de tre upphandlingarna är det inte möjligt att utläsa huruvida ett regelbundet förarbete såsom relevant statistik använts som underlag till behovsanalysen. Tidigare framtaget material kan exempelvis innefatta statistik över användande, regelbunden feedback från användare eller utvärdering av tidigare upphandlingar. Det kan utläsas att referensgrupper fanns med vid två av tre upphandlingar dock framgår det ej av upphandling 3 om sådan kompetens använts.

Vad det beträffar analys av verksamhetens behov har det förekommit antingen i mindre utsträckning eller så saknas dokumentation som styrker detta. Det finns inte heller något underlag som styrker om andra verksamheter eller regioner blivit kontaktade i syfte att samordna upphandlingen, förutom avseende upphandling 3 där samverkan mellan två olika verksamheter skett. Hälsoekonomi vägs inte in i någon av upphandlingarna och det saknas information om någon typ av omvärldsanalys har skett, detta trots att samtliga dokument för bland annat marknadsundersökningar och förberedande arbete begärts in.

Formulering av krav och utvädring

Mot bakgrund av att upphandling 2 och 3 till viss del saknar information om behovskartläggning är det svårt att bedöma huruvida kravspecifikationen bygger sina krav på verksamhetens behov. I upphandling 1 bygger kravspecifikationen på behovskartläggningen. I de två upphandlingar där provuppställning/demonstration/studiebesök skett har upphandlingsarbetet inkluderat skapande av utvärderingsprotokoll och i samtliga upphandlingar har pris för förvaltning begärts in av leverantörerna.

Annonsering och anbudsgivning

I de två upphandlingar där dokumentation om annonsering varit tillräcklig har upphandlingarna annonserats offentligt. För upphandling 3 saknas information. I upphandling 2 och 3 är det inte heller möjligt att utläsa om upphandlingsdokumenten speglar behovsanalysen.

Prövning av anbud

Enligt de underlag och dokument som PwC har tagit del i samband med stickprovskontrollen kan det utläsas att prövningen sker från tidigare satta krav förutom i upphandling 3 där information saknas för att detta ska kunna fastställas. Gällande demonstration av funktion finns oklarheter i upphandling 1 om i vilken ordning de olika stegen utförts. Till exempel togs bilder in gällande bildkvalitén från leverantörerna före utvärderingsprotokollet hade tagits fram.

Tilldelning och avtal

För upphandling 1 och 2 underrättades anbudsgivarna om skäl till beslutet. I köpeavtalet förekommer krav som inte regionen har förmåga att följa upp.

Dokumentation

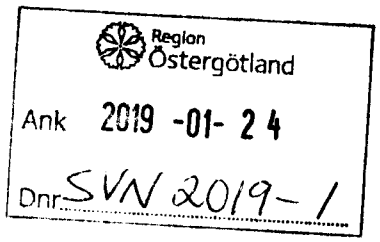
Det finns brister i dokumentation för de tre upphandlingar som stickprovsgranskats. Av dokumentationen är det svårt att utläsa hur upphandlingsarbetet har gått till, vilket också gör det svårt att följa upp vilka processer som följts och hur kommunikationen skett.

Region Östergötland

Regionens revisorer

2019-01-23

REVISIONSSKRIVELSE



Regionfullmäktige

För beaktande till
Regionstyrelsen

För kännedom till
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

GRANSKNING AV REGIONENS ARBETE MED ATT MINSKA BEROENDET AV BEMANNINGSFÖRETAG – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende arbetet med att minska beroendet av bemanningsföretag. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Den samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen delvis har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll inom området.
- Region Östergötland har tagit fram en strategi och tidsplan för att minska beroendet av bemanningsföretag. Kompetensförsörjningsinventering sker årligen.
- Avsaknad av handlingsplaner samt risk- och konsekvensanalyser för respektive verksamhet kan innebära att frågan om att minska beroendet av bemanningsföretag inte uppmärksammas tillräckligt.
- Det sker en tillfredställande kostnadsuppföljning som möjliggör analys av kostnadsutfall mellan perioder. Dock saknas strukturer för att systematiskt följa upp andra dimensioner än de ekonomiska.
- Det är oklart vilka konsekvenser avvikelser från målsättningar får utöver utökad dialog.

Anders Senestad
Ordförande

Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Bifogas: Revisionsrapport " Granskning av regionens arbete med att minska beroendet av bemanningsföretag".
Handlingarna finns tillgängliga på www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Revision/

Granskning av regionens arbete med att minska beroendet av bemanningsföretag

Region Östergötland

Louise Tornhagen

Cecilia Claudelin

Matti Leskelä

Certifierad kommunal revisor

Emelie Värja

Januari 2019

pwc

Innehåll

Sammanfattning **2**
1. Inledning **4**
1.1. Bakgrund 4
1.2. Syfte och Revisionsfråga 4
1.3. Revisionskriterier 4
1.4. Kontrollfrågor 5
1.5. Avgränsning 5
1.6. Metod 5
2. Granskningsresultat **6**
2.1. Styrning i form av mål, riktlinjer och samordning 6
2.1.1. Iakttagelser 6
2.1.2. Bedömning 9
2.2. Handlingsplaner samt risk- och konsekvensanalyser 9
2.2.1. Iakttagelser 9
2.2.2. Bedömning 11
2.3. Uppföljning av resultat och effekter 11
2.3.1. Iakttagelser 11
2.3.2. Bedömning 13
2.4. Åtgärder vid avvikelser 14
2.4.1. Iakttagelser 14
2.4.2. Bedömning 14

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande regionens arbete med att minska beroendet av bemanningsföretag. Granskningsobjekt är regionstyrelsen. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2018.

Granskningens revisionsfråga besvaras enligt följande:

Har regionstyrelsen en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med och effekter av att minska beroendet av bemanningsföretag?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen delvis har en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med och effekter av att minska beroendet av bemanningsföretag. Det finns en tydlig målsättning att arbeta efter beslutet som togs 2015. Produktionsenheterna arbetar inte med riskanalyser eller handlingsplaner. En uppföljning sker varje månad via kostnadskontroll. Det finns vissa brister i den statistik som regionen tillhandahåller, vilket försvårar arbetet med jämförelser och samband.

Den samlade bedömningen grundar sig på följande bedömningar utifrån ställda kontrollfrågor:

Sker en tillräcklig styrning i form av mål, riktlinjer och samordning för att uppnå minskat beroende av bemanningsföretag inom hälso- och sjukvården?
Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt.

Region Östergötland har tagit fram en strategi samt anpassat tidsplanen för att minska beroendet av bemanningsföretag. Regionen har valt att inte följa SKLs rekommendationer med att ha en processledare i linjen och en bemanningsgrupp. Dock arbetar de efter en kompetensförsörjningsinventering som revideras årligen efter behov.

Har berörda verksamheter tagit fram handlingsplaner samt gjort risk- och konsekvensanalyser för sitt arbete?
Vi bedömer att kontrollmålet i begränsad utsträckning är uppfyllt.

Arbete sker på regionövergripande nivå med insatser bland annat för att öka regionens attraktivitet som arbetsgivare. Vår bedömning är att avsaknaden av handlingsplaner samt risk- och konsekvensanalyser för respektive verksamhet kan innebära att frågan inte uppmärksammas i en tillräcklig utsträckning.

Sker det en tillfredsställande uppföljning av resultat och effekter?
Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt.

Det sker en tillfredställande kostnadsuppföljning som möjliggör analys av kostnadsutfall mellan perioder. Vi anser dock att uppföljning utifrån kostnader är ett trubbigt verktyg för att mäta utvecklingen.

Vi bedömer att det saknas strukturer för att systematiskt följa upp effekter och utfall för andra dimensioner än de ekonomiska. Det finns vissa brister i den statistik som regionen tillhandahåller, vilket försvårar arbetet med jämförelser och samband. Även avsaknaden

av nedbrutna handlingsplaner gör det svårt att följa upp vilka effekter enskilda aktiviteter ger.

Vidtas åtgärder vid avvikelser från målsättningar?
Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt.

Det är oklart vilka konsekvenser avvikelser från målsättningar får utöver utökad dialog.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Inom hälso- och sjukvården i landet råder en generell brist på grund- och specialistutbildade sjuksköterskor och läkare inom olika specialiteter. Svårigheten att rekrytera och behålla medarbetare har lett till ett allt större beroende av bemanningsföretag. Detta kan i sin tur vara bekymmersamt och påverka verksamheter negativt genom ökade kostnader och minskad kontinuitet, inte minst för äldre och kroniskt sjuka som ofta söker vård. Sedan drygt ett år har landsting och regioner gemensamt och med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetat med målet att nå ett oberoende av inhyrd personal senast den 1 januari 2019. Region Östergötland tog i september 2015 beslut att arbeta mot målsättningen att bli oberoende av inhyrd personal.

Region Östergötland har tagit fram en strategi för att minska beroendet av bemanningsföretag vilket är att värna god patientsäkerhet, hög kvalitet och en god arbetsmiljö. Av årsredovisningen 2017 framgår att kostnaderna har minskat med 16 procent under 2017 jämfört med 2016. De vårdcentraler som har underskott förklaras till stor del av att man hyrt in läkarresurser via bemanningsföretag. Till och med juni 2018 uppgår kostnaden till 64 mnkr, vilket är 16 mnkr högre än motsvarande period föregående år.

Regionens totala kostnader för inhyrd personal inom hälso- och sjukvården hade sin topp 2015 men har sedan minskat fram till 2017.

I den strategiska planen med treårsbudget uppges det att en god tillgänglighet till vård och behandling är av stor betydelse för att medborgarna ska känna att hälso- och sjukvården finns där när de behöver den. Tillgängligheten till besök och behandling i Region Östergötland försämrades under 2017 samt 2016.

Revisorerna har i sin riskbedömning lyft fram att det är väsentligt att granska området. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2018.

Två förtroendevalda revisorer, Anders Senestad och Martin Nyström, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet är att analysera och bedöma regionens arbete med att minska beroendet av bemanningsföretag.

- Har regionstyrelsen en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med och effekter av att minska beroendet av bemanningsföretag?

1.3. Revisionskriterier

Granskningen har utgått i från följande revisionskriterier:

- Regionfullmäktiges mål.
- Kommunallagen, 6 kap § 7

1.4. Kontrollfrågor

Bedömningen har gjorts utifrån följande kontrollfrågor:

- Sker en tillräcklig styrning i form av mål, riktlinjer och samordning för att uppnå minskat beroende av bemanningsföretag inom hälso- och sjukvården?
- Har berörda verksamheter tagit fram handlingsplaner samt gjort risk- och konsekvensanalyser för sitt arbete?
- Sker det en tillfredsställande uppföljning av resultat och effekter?
- Vidtas åtgärder vid avvikelser från målsättningar?

1.5. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till att omfatta både primärvården och slutenvården.

Följande produktionsenheter och verksamhetsenheter ingår i urvalet:

- Diagnostikcentrum – Röntgenkliniken i Norrköping och Röntgenkliniken i Linköping
- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård – Kirurgiska kliniken US
- Närsjukvården i centrala Östergötland – Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping
- Primärvårdscentrum – Vårdcentralen Linghem och Vårdcentralen Boxholm

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dataanalyser och dokumentstudier.

Inför urvalet av produktionsenheter samt verksamhetsenheter genomfördes en dataanalys av statistik som vi tog del av från regionen. Urvalet skedde mot bakgrund av statistik som visade hög respektive låg förbrukning av hyrpersonal (av läkare och/eller sjuksköterskor).

Intervjuer har genomförts med HR-personal inom produktionsenheterna och ledningsstaben, ekonomidirektören, produktionsenhetschefer samt verksamhetschefer. Antalet intervjuer har uppgått till 11 stycken och totalt har 17 personer intervjuats.

Dokumentstudierna har omfattat styrdokument, protokoll, uppföljning och beslutsunderlag avseende åtgärder kopplat till minskat beroende av bemanningsföretag och för granskningen relevanta processbeskrivningar.

Granskningen bygger på underlag som inkommit och genomförda intervjuer under perioden augusti till december år 2018.

Ett utkast till revisionsrapport har översänts till de intervjuade för sakavstämning.

2. Granskningsresultat

Sker en tillräcklig styrning i form av mål, riktlinjer och samordning för att uppnå minskat beroende av bemanningsföretag inom hälso- och sjukvården?

2.1. Styrning i form av mål, riktlinjer och samordning

2.1.1. Iakttagelser

Nationell strategi för oberoende av inhyrd personal

Landsting och regioner har ett gemensamt åtagande genom en överenskommelse att uppnå oberoende av inhyrd personal. Det startade som ett projekt ”*Oberoende av inhyrd personal*” under 2016 och initierades av landstings-/regiondirektörer. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ställde sig bakom strategin *Oberoende av inhyrd personal* i januari 2017. Strategin har som syfte att uppnå ett oberoende av inhyrd personal inom den svenska hälso- och sjukvården till senast 1 januari 2019. Enligt SKL finns det flera skäl till att uppnå ett oberoende. Två av skälen är kontinuitet för patienter som bidrar till en tryggare vård samt lägre kostnader för verksamheten.

Landstingen och regionerna ska komma överens om övergripande strategi, mål och tidsplan. Definitionen av oberoende är enligt projektet att hälso- och sjukvården har en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten. Nationellt följs en gemensam indikator som innebär att kostnaden för inhyrd personal inte bör överstiga två procent av lönekostnaden för egen personal.

Den nationella strategin för ett oberoende av hyrpersonal gör gällande att en regional strategisk bemanningsgrupp ska utses med uppdrag att skapa ett lokalt, verksamhetsknutet genomförande i linjeorganisationen samt arbeta för bred delaktighet och legitimitet. En processledare ska utses i varje landsting/region på uppdrag av landstings-/regiondirektör. Processledaren ska i sin tur utse en strategisk bemanningsgrupp. Den strategiska bemanningsgruppen har i uppdrag att skapa ett lokalt, verksamhetsanknutet genomförande i linjeorganisationen.

Av intervjuer framgår att Region Östergötland har valt att inte tillämpa SKL:s rekommendationer fullt ut, utan har anpassat det för att passa det arbete som bedrivs inom Region Östergötland. HR-direktören i Region Östergötland är utsedd som processledare och ingår i en nationell processledargrupp. Däremot har regionen beslutat att inte använda en processledare eller bemanningsgrupp i linjen då de inte vill arbeta parallellt med detta. Diskussioner sker regelbundet istället i hälso- och sjukvårdsledningsgruppen (HSLG).

Region Östergötlands riktlinjer

Region Östergötland har en övergripande riktlinje angående anlitande av bemanningsföretag, *Riktlinje vid anlitande av bemanningsföretag för vårdpersonal*. I riktlinjerna beskrivs vilka steg som ska tas vid anlitande av bemanningsföretag och vilka administrativa rutiner som ska följas. Det är regiondirektören som godkänner en ansökan om anlitande av bemanningsföretag i syfte att få en restriktiv hållning.

I Region Östergötland finns, som i flera andra landsting och regioner, svårigheter med en tillräcklig kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården. För att garantera en god och tillgänglig vård till befolkningen har inhyrda läkare och sjuksköterskor från bemanningsföretag blivit en av lösningarna för att hantera situationen. Svårigheten att rekrytera medarbetare varierar mellan de olika produktionsenheterna. Det kan också finnas en skillnad inom produktionsenheternas verksamhetsområden samt orter.

Region Östergötlands strategi arbete för att nå ett oberoende av inhyrd personal

Region Östergötland tog fram en strategi för att begränsa beroendet av bemanningsföretag i september 2015. Syftet utgår från tre områden och med strategin värnar Region Östergötland om hög patientsäkerhet, god arbetsmiljö samt ett kvalitetssäkrat utbildningsuppdrag. Målsättningen med denna strategi är att avveckla beroendet av bemanningsföretag och enbart nyttja det som tillfälliga lösningar. I strategin finns både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder. De långsiktiga åtgärderna syftar till att säkerställa kompetensförsörjningen över tid medan de kortsiktiga åtgärderna var att bryta utvecklingen att använda bemanningsföretag.

I maj 2017 beslutade regionstyrelsen, RS 2017-373, att anpassa tidsplanen för att begränsa beroendet av bemanningsföretag och följa den nationella tidsplanen som antagits. Det långsiktiga arbetet och handlingsplanen kvarstår från den befintliga strategin som togs 2015. Regionen har även tagit beslut att följa det nationella målet att kostnaderna för hyrpersonal inte ska överstiga två procent av personalkostnaderna.

I den strategiska planen med treårsbudget 2018-2020 återfinns tre strategiska mål *Trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård med hög kvalitet, Hållbar kompetensförsörjning och Långsiktigt hållbar ekonomi* som är kopplat till området oberoende av bemanningsföretag.

I regionstyrelsens verksamhetsplan 2018 uppges att ”Region Östergötland ska fortsätta arbeta med att minska beroendet av bemanningsföretag med målet att ha en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten”. Regionstyrelsen arbetar utifrån tre strategiska mål; *Hållbar kompetensförsörjning, Hög tillgänglighet till Region Östergötlands verksamheter och Långsiktigt hållbar ekonomi.* En av nyckelindikatorerna under det strategiska målet *Hållbar kompetensförsörjning* är *Kostnader för bemanningsföretag*, se figur nedan.

Nr	Nyckelindikator	Ingångsvärde	Mål 2018	→	Mål 2020	Källa	Period
RS 36	Medarbetare som upplever att närmaste chef stimulerar till kompetensutveckling	2017: 75	≥76		≥76	Medarbetar-uppföljning	DÅ 08, ÅR
RS 37	Kostnader för bemanningsföretag	2016: 129 mkr	≤90 mkr		≤60 mkr	Agresso	Varje DÅ, ÅR

Källa: Verksamhetsplan Regionstyrelsen 2018

I verksamhetsplanerna för de produktionsenheter som ingår i urvalet är det tre av fyra som redovisar nyckelindikatorn *Kostnader för bemanningsföretag*.

Långsiktig kompetensförsörjningsinventering

Av intervjuerna och dokument framgår att Region Östergötland årligen utarbetar en kompetensförsörjningsinventering som är en sammanställning och prognos av kompetensförsörjningsbehovet. Kompetensförsörjningsinventeringen uppges (?) vara baserad på gjord kartläggning på produktionsenhetsnivå. I kartläggningen analyserar respektive produktionsenhet sina utmaningar, pensionsavgångar samt hur verksamheten utvecklas. Region Östergötlands senaste kompetensförsörjningsinventering (2017) visar att den kommande femårsperioden innebär stora utmaningar i och med ökande pensionsavgångar och en generellt svår situation att nyrekrytera inom flera yrkesgrupper. Det framgår vidare att kompetensförsörjningsbehoven inte kommer att kunna täckas genom en ökad utbildningsvolym utan fokus bör vara att behålla rekryterade medarbetare inom organisationen samt använda kompetensen rätt.

Region Östergötland arbetar med flera insatser för att möta kompetensförsörjningsutmaningen. Från intervjuer samt kompetensförsörjningsinventeringen för 2017 lyfts följande initiativ fram:

- Systematiskt arbete för rätt använd kompetens, inom ramen för hållbar verksamhet, med fokusområden och handbok för uppgiftsväxling, vårdnära service och vårdnära administration.
- Utökning av specialisttjänstgöring (ST) och allmäntjänstgöring (AT) i allmänmedicin. Särskild satsning genomförs under åren 2015-2020 för att utöka antalet ST och AT i allmänmedicin.
- Införande av en östgötsk version av Magnetmodellen.
- Fortsatt arbete för att minska beroende av bemanningsföretag.
- Permanentning av utbildningsmottagningen i Skäggetorp för EU/EES-läkare samt liknande satsning på Vårdcentralen Cityhälsan söder i Norrköping. Dessa utbildningsmottagningars uppdrag vidgas till att även inkludera introduktion av svenska läkarstuderande som läst utomlands.
- Fortsatt rekrytering av specialistsjuksköterskor och överläkare

Samverkan

Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen är en gemensam nämnd med representanter från Region Östergötland, Region Jönköpings län och Landstinget Kalmar län. I likhet med alla landsting och regioner arbetar hela sjukvårdsregionen med att minska beroendet av bemanningsföretag.

Enligt intervju har ett första möte med Kalmars och Jönköpings nya HR-direktörer genomförts under hösten där en av frågorna var att jämföra rutiner. Vidare har regionen fått hjälp med punktinsatser exempelvis av röntgenläkare från de andra regionerna i sjukvårdsregionen.

Ett annat samarbete är med de lärosäten som ligger närmast regionen. Region Östergötland har en dialog med dessa lärosäten att de behöver arbeta ytterligare för att de utexaminerade ska känna sig trygga i sina nya yrkesroller. Exempelvis har det lett till att barnmorskor utexamineras till julen i stället för till sommaren för att kunna bygga upp en trygghet i sin nya yrkesroll innan sommarperioden startar.

2.1.2. Bedömning

Vår bedömning är att det sker en tillräcklig styrning i form av mål, riktlinjer och samordning för att uppnå minskat beroende av bemanningsföretag inom hälso- och sjukvården.

Region Östergötland har tagit fram en strategi samt anpassat tidsplanen för att minska beroendet av bemanningsföretag.

Regionen har valt att inte följa SKLs rekommendationer med att ha en processledare i linjen och en bemanningsgrupp. Dock arbetar de efter en kompetensförsörjningsinventering som revideras årligen efter behov.

Har berörda verksamheter tagit fram handlingsplaner samt gjort risk- och konsekvensanalyser för sitt arbete?

2.2. Handlingsplaner samt risk- och konsekvensanalyser

2.2.1. Iakttagelser

Utmaningen att rekrytera och behålla medarbetare samt användandet av bemanningsföretag varierar mellan de olika produktionsenheterna. Skillnader kan även ses inom samma verksamhetsområde som finns på olika orter. Det finns verksamheter som haft en hög vakansgrad rörande personal under en längre tid. De intervjuade förklarar det med att marknadssituationen är svår för vissa kompetensområden samt att det finns få sökande till de utannonserade tjänsterna. På grund av rådande situation har bemanningsföretag används i vissa fall för att säkerställa god tillgänglighet till vård.

I Region Östergötland finns en bemanningsorganisation för vårdpersonal (BOV) som verksamheter inom regionen ska använda vid anlitande av bemanningsföretag. BOV

ansvarar för kvalitetssäkring och uppföljning av upphandlade bemanningsföretag samt bidrar till administrativ avlastning för verksamheten. Vid anlitande av bemanningsföretag ställer Region Östergötland krav på att ansökan förnyas var sjätte månad för ny prövning av regiondirektören.

Genomförda satsningar

Produktionsenheterna har gjort en rad satsningar och åtgärder för att minska beroendet av inhyrd personal. Nedan framgår några exempel:

De arbetar med rätt använd kompetens (RAK), vårdnära service, rekrytering, satsning på ST och AT, köper granskningstjänster och hållbar verksamhet.

Ytterligare områden som lyfts fram i intervjuerna är den omformulerade magnetmodellen samt Watsonmodellen som regionen arbetar efter. Dessa modeller kan hjälpa till att visualisera en bild hur det ser ut och vilken effekt det kan ge. Vidare har ett arbete initierats med att undersöka möjligheterna gällande en karriärstege för sjuksköterskor specifikt, vilket har funnits en längre tid för läkare.

Hur arbetar produktionsenheterna med handlingsplaner och riskanalyser?

Utifrån det nationella projektet ”*Oberoende av inhyrd personal*” ska varje region och landsting ta fram en egen handlingsplan i syfte att uppnå det nationella effektmålet. Handlingsplanen ska baseras på en långsiktig kompetensförsörjningsplan.

Region Östergötland har med sin egen strategi att begränsa beroendet av bemanningsföretag tagit fram både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder. De kortsiktiga åtgärderna gällde för 2016. En handlingsplan är upprättad i samma dokument som strategin som anger arbetsområden och förslag till åtgärder med elva punkter.

En riskanalys har genomförts för Primärvårdscentrum (2016-11-04) och utifrån den har en handlingsplan upprättats (2016-12-07). Enligt intervju har ingen riskanalys eller handlingsplan tagits fram gällande slutenvården. Vidare uppges det att riskanalysen och handlingsplanen för primärvården är generell och kan appliceras på slutenvården. Det framkommer i intervju att regionen eventuellt bör se över och revidera riskanalysen och handlingsplanen från 2015.

I beslutet att anpassa tidsplanen för att begränsa beroendet av bemanningsföretag, RS 2017-373, framkommer det att två av fyra punkter inom den kortsiktiga strategin uppnåtts. Vad gäller de två sista punkterna, bemanningsnyttjande gällande specialistsjuksköterskor och bemanningsnyttjande av övriga specialistläkare, står det beskrivet i beslutet att det pågår intensivt arbete med handlingsplaner i respektive verksamhet för att nå målet.

Det framkommer i intervjuerna att de flesta kliniker med ett beroende av bemanningsföretag inte tagit fram någon handlingsplan eller genomfört någon riskanalys. Detta gäller även på produktionsenhetsnivå som det står i beslutet RS 2017-373. Ett exempel på en klinik, i urvalet, som tagit fram en handlingsplan är Röntgenkliniken i Norrköping. Det uppges i intervju att det inte är ett krav med handlingsplaner utan

arbetet följs av dialoger. De intervjuade uppger istället att de arbetar efter sina verksamhetsplaner eller kompetensförsörjningsplaner.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att produktionsenheterna i begränsad utsträckning arbetar med handlingsplaner samt risk- och konsekvensanalyser. Arbete sker på regionövergripande nivå med insatser bland annat för att öka regionens attraktivitet som arbetsgivare.

Vår bedömning är att avsaknaden av handlingsplaner samt risk- och konsekvensanalyser för respektive verksamhet kan innebära att frågan inte uppmärksammas i en tillräcklig utsträckning.

Sker det en tillfredsställande uppföljning av resultat och effekter?

2.3. Uppföljning av resultat och effekter

2.3.1. Iakttagelser

Region Östergötland följer på regionnivå upp kostnader för bemanningsföretag i delårsrapporterna 04 och 08 samt i årsredovisningen. För respektive produktionsenhet följs kostnaderna för bemanningsföretag varje månad. Statistik över kostnaderna sänds ut till produktionsenhetscheferna.

Det framkommer i intervjuerna att uppföljning av resultat och effekter är koncentrerat till ekonomin. Dock går vissa produktionsenheter djupare i sina analyser än vad regionstyrelsen efterfrågar för att själva ha mer kontroll. Bland annat tittar de på antal anställda, kostnadsutveckling, personal i förhållande till budget och kostnad i relation till det de producerar för att tidigt se när åtgärder behöver sättas in. De intervjuade framhåller att det kan vara av värde att titta närmare på andra komponenter, t.ex. tillgänglighet, än bara kostnaden även på övergripande nivå.

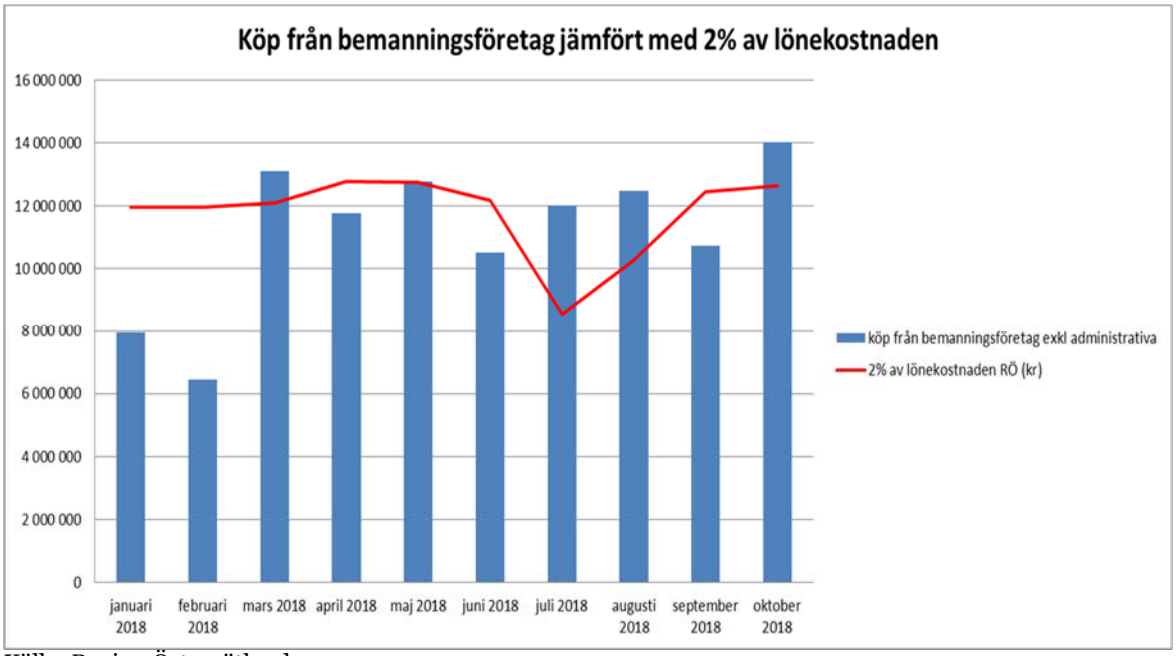
I årsredovisningen 2017 framgår det att Region Östergötland använde inhyrd personal från bemanningsföretag till en kostnad av 108 mkr under verksamhetsåret. Det är en minskning med 21 mkr jämfört år 2016. Målet 2017 var satt till 70 mkr och under 2018 är det satt till ≤ 90 mkr.

Resultatmått	Utfall 2016	Utfall 2017	Utfall 2018
Kostnader för bemanningsföretag	2016: 129 mkr	2017: 108 mkr 2017 jan-aug: 63,5 mkr	- 2018 jan-aug: 89,4 mkr

Kostnaderna har dock ökat ytterligare under perioden januari-augusti 2018 med ungefär 41 procent jämfört med samma period föregående år. Enligt delårsrapporten 08 2018 framkommer att inhyrning av sjuksköterskor och läkare till slutenvården ökat i jämförelse med 2017. Bakgrunden till kostnadsökningen är, enligt intervju och delårsrapporten, att

hyrpersonal har tillåtits i högre grad för att säkerställa en god vård under semesterperioden.

Årsredovisningen 2017 visar att lönekostnaderna har varit höga under flera år, även kostnaden för inhyrd personal har ökat fram till 2015 men därefter minskat igen. Vidare framkommer i delårsrapporten 08 2018 att efter andra tertialet låg Region Östergötland på 1,9 procent av lönekostnaden. Nedanstående figur illustrerar hur kostnaderna för hyrpersonal förhåller sig till målet om maximalt två procent av totala lönekostnaden.



Källa: Region Östergötland

Utfallet på regionnivå rapporteras även till SKL varje kvartal som följer kostnadsutvecklingen nationellt. SKL sammanställer den nationella statistiken och publicerar därefter en rapport som Region Östergötland och övriga får ta del av. Denna rapport delger HR-direktören regiondirektören och rapporterar till HSLG.

Uppföljning av effekter

Det finns flera faktorer som påverkar behovet av bemanningsföretag som exempelvis kompetensförsörjning och tillgänglighet.

Region Östergötland har strategiska utmaningar när det gäller kompetensförsörjning inom fler yrkesgrupper. Det gäller bland annat rekrytering och använda befintlig kompetens rätt.

Under 2017 ökade antalet medarbetare i Region Östergötland däribland yrkeskategorierna läkare och sjuksköterskor. En utmaning är att säkerställa att rätt kompetens används på rätt plats, oftast inom dygnet-runt verksamheten. Arbetet med att minska bemanningsföretag utförs kontinuerligt för att säkerställa kontinuitet och kvalitet i vården och förbättra arbetsmiljön i verksamheten, men även av ekonomiska skäl. Regionstyrelsen uttrycker i delårsrapport 08 2018 att även om årets budget för området har överskridits så har arbetet utvecklats positivt men att framgångsfaktorn ännu inte är helt uppfylld.

Tillgänglighet är ytterligare ett område som berörs av bemanningsproblem. Region Östergötland ligger bra till nationellt sett i tillgänglighet till besök och behandling. Trenden har dock försämrats under 2016-2017 och den negativa trenden är något starkare i Östergötland än i andra landsting och regioner.

Sjukfrånvaron avstannade under 2017 och utvecklingen håller i sig till augusti 2018 enligt delårsrapport 08. I en intervju framhålls att sjukfrånvaro inte bidragit till att hyrpersonal tagits in.

Utöver kostnadsuppföljningen följs effekterna av de enskilda satsningarna inte upp på ett systematiskt sätt. Uppföljning av vårdnära service har utvärderats i förhållande till kostnadsökningen som det har inneburit för verksamheterna. De intervjuade menar att det finns en utmaning kring att utvärdera effekter av enskilda satsningar. Regionen har svårt att använda verksamheternas handlingsplaner och mäta effekterna av satta aktiviteter då det är få som har dessa nedskrivna på verksamhetsnivå.

Analys och sammanfattande slutsatser av analysen

För de verksamheter som ingår i granskningen har en analys genomförts. Det har även genomförts analyser över samtliga enheter där olika samband mellan variabler har analyserats. De variabler som ingått i analysen är; tillgänglighet, sjukfrånvaro, extern och intern rörlighet, hyrkostnader samt antalet patienter och kostnad för övrig personal (exklusive inhyrd personal).

Följande slutsatser kan dras av analysen:

- Kostnaderna för inhyrd personal skiljer sig mycket åt mellan de enheter vi valt att analysera.
- Kostnaderna skiljer sig mycket över tid, mellan månaderna hur mycket inhyrd personal som behövs ta in per de olika klinikerna.
- Vi kan se att enheter som har hög extern rörlighet av sin personal också har högre kostnader för inhyrd personal.
- Väntetiden till besök är längre under sommaren.

Det har funnits begränsningar i den data som har mottagits från Region Östergötland.

Som exempel kan nämnas att:

- Kliniker har bland annat haft olika namn olika år.
- Data från de analyserade produktionsenheterna är inte enhetligt presenterad.

På grund av detta har samtliga analyser inte varit möjliga att genomföra. Exempelvis har inte eventuella samband mellan tillgänglighet och andel köp från bemanningsföretag kunnat prövas.

2.3.2. Bedömning

Vår bedömning är att det delvis sker en tillfredsställande uppföljning av resultat och effekter. Det sker en tillfredställande kostnadsuppföljning som möjliggör analys av

kostnadsutfall mellan perioder. Vi anser dock att uppföljning utifrån kostnader är ett trubbigt verktyg för att mäta utvecklingen.

Vi bedömer att det saknas strukturer för att systematiskt följa upp effekter och utfall för andra dimensioner än de ekonomiska. Det finns vissa brister i den statistik som regionen tillhandahåller, vilket försvårar arbetet med jämförelser och samband. Även avsaknaden av nedbrutna handlingsplaner gör det svårt att följa upp vilka effekter enskilda aktiviteter ger.

Vidtas åtgärder vid avvikelser från målsättningar?

2.4. Åtgärder vid avvikelser

2.4.1. Iakttagelser

Det har vidtagits olika åtgärder kontinuerligt under åren för att minska avvikelserna från målsättningen. Exempelvis har stort fokus legat på rekrytering och att behålla sjuksköterskor. En uttalad strategi för att minska beroendet av bemanningsföretag inom läkargruppen har varit en kontinuerlig utökning av ST-tjänster för att möta generationsväxlingen inom kåren generellt samt bemanningssituationen inom primärvården specifikt. Andra åtgärder som vidtagits är bland annat involvering av medarbetarna i löneöversynsprocessen, IT-stöd för bättre schemahantering och förtydligande av karriärs- och utvecklingsmöjligheter för respektive yrkeskategori.

Andra specifika åtgärder vid avvikelse kan inte de intervjuade uppge. Av intervjuer framkommer att regionen ser allvarligt på situationen och att det ständigt finns en diskussion kring ekonomin vilket primärt är den faktor som de intervjuade uppges kontrolleras.

HR-direktören förser regiondirektören med uppgifter specifikt för en klinik som begär att få dispens att anlita hyrpersonal. Det granskas vilken strategi de arbetar efter, hur det påverkar vårdplatser och operationsverksamheten med mera. Om de ligger över målet om två procent kan konsekvensen bli att de inte får dispensen godkänd, och istället först se över möjligheten att arbeta med andra strategier.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att det till viss del vidtas åtgärder vid avvikelser från målsättningar. Det är oklart vilka konsekvenser avvikelser från målsättningar får utöver utökad dialog.

Region Östergötland
Ank 2019 -01- 24
Dnr SVN 2019-2

Region Östergötland
Regionens revisorer

2019-01-23
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen

För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Regionens arbete inom området "Rätt använd kompetens" – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av regionens arbete inom området "Rätt använd kompetens". Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s rapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen delvis säkerställt förutsättningar, styrning och tillräcklig intern kontroll för att mål om "rätt använd kompetens" skall uppnås.

- Styrprinciperna för kompetensförsörjningen inom verksamheterna är delvis ändamålsenliga. Vi bedömer att en förtydligad styrning behövs.

- Arbetet med produktionsplanering för att stödja rätt använd kompetens brister. Produktionsplanering kan användas mer strukturerat för att stödja användningen av rätt använd kompetens.

- Vi bedömer att det delvis sker en tillräcklig uppföljning inom området. Rapporteringen till regionstyrelsen sker i huvudsak genom ordinarie styrmodell. Styrelsen har inte givit utskottet för personal- och kompetensförsörjning tillräckliga direktiv gällande löpande återrapportering under året över hur utvecklingen fortgår.

Anders Senestad
Ordförande

Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Regionens arbete inom området "Rätt använd kompetens". Revisionsskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se, revisorer.

Regionens arbete inom området ”Rätt använd kompetens”

Region Östergötland

Johan Sjöberg

Ulrik Hellmark

Januari 2019

pwc

Innehåll

Sammanfattande bedömning 2
1. Inledning 4
1.1. Bakgrund 4
1.2. Syfte och Revisionsfråga 4
1.3. Revisionskriterier 5
1.4. Kontrollfrågor 5
1.5. Avgränsning 5
1.6. Metod 5
1.7. Bakgrundsfakta 6
2. Granskningsresultat 8
2.1. Styrprinciper 8
2.1.1. Iakttagelser 8
2.1.2. Bedömning 9
2.2. Behovsbild av personal och kompetens 10
2.2.1. Iakttagelser 10
2.2.2. Bedömning 11
2.3. Produktionsplanering 11
2.3.1. Iakttagelser 11
2.3.2. Bedömning 11
2.4. Stöd för verksamheterna 12
2.4.1. Iakttagelser 12
2.4.2. Bedömning 13
2.5. Uppföljning och rapportering 13
2.5.1. Iakttagelser 13
2.5.2. Bedömning 14
2.6. Effekter 15
2.6.1. Iakttagelser 15
2.6.2. Bedömning 16

Sammanfattande bedömning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande regionens arbete med rätt använd kompetens. Granskningsobjekt är regionstyrelsen. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2018.

Syftet med granskningen är att besvara följande revisionsfråga:

Har regionstyrelsen säkerställt förutsättningar, styrning och tillräcklig intern kontroll för att mål om ”rätt använd kompetens” skall uppnås?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen delvis säkerställt förutsättningar, styrning och tillräcklig intern kontroll för att mål om ”rätt använd kompetens” skall uppnås. Vi bedömer att ett fortsatt arbete behöver göras för att säkerställa önskad implementering av delar inom området.

Vi grundar den övergripande bedömningen på nedanstående kontrollmål.

Finns styrprinciper för kompetensförsörjningen inom verksamheterna?

Vi bedömer att kompetensförsörjningprocessen tillsammans med regionens styrmodell och budgetprocess utgör de främsta styrande pricinciperna för kompetensförsörjningen i regionen. Det bedöms finnas en varierande koppling mellan delar av kompetensförsörjningsprocessen och budgetprocessen.

Vi bedömer att en förtydligad styrning samt koppling mellan processerna behöver ske för att säkerställa ett intensifierat och breddat införande av delar kopplat till *Rätt använd kompetens* och övriga målsättningar kopplat till exempelvis lönekostnadsutveckling och kostnadsproduktivitet.

Finns det en tydlig behovsbild av personal och kompetens inom verksamheterna?

Vi bedömer att det finns en strukturerad behovsbild på olika nivåer i organisationen som i allt väsentligt ger en bild över behovet av personal och kompetens. Den är till del kvantifierad och analys sker av vilket kvalitativt behov som behövs.

Används produktionsplanering för att stödja rätt använd kompetens?

Vi bedömer att det finns stora variationer avseende i *om*, *hur*, *i vilken utsräckning* samt *med vilket syfte* produktionsplanering används för att stödja användningen av rätt kompetens. Det bedöms behövas ett ytterligare arbete på såväl processnivå som IT-systemsrelaterat för att kunna stödja arbetet med kompetensförsörjning generellt och mer specifikt rätt använd kompetens.

Finns ett tillräckligt stöd för verksamheterna för att arbeta med förändringar?

Vi bedömer att stödet i allt väsentligt är tillräckligt när gäller breddinförandet av VårdNära Service. Dock bedömer vi att ytterligare insatser behöver vidtas för att

säkerställa ett tillräckligt stöd gällande uppgiftsväxling. Detta stöd behöver enligt vår uppfattning fortsatt utvecklas på såväl övergripande nivå som på operativ nivå riktat mot de verksamheter som arbetar med uppgiftväxling.

Finns en välfungerande uppföljning och rapportering inom området?

Vi bedömer att det delvis sker en tillräcklig uppföljning sker inom området. Det bedöms ske strukturerat genom de rapporter som finns kopplade till området. Uppföljningen utifrån styrmodell bedöms som tillräcklig, dock finns variationer mellan produktionsenheter.

Vi bedömer att rapporteringen till regionstyrelsen i huvudsak sker genom ordinarie styrmodell. Regionstyrelsen har givit i uppdrag till utskottet för personal- och kompetensförsörjning att följa arbetet med rätt använd kompetens med extra fokus på implementering av VNS. Vi bedömer att regionstyrelsen inte givit utskottet tillräckliga direktiv gällande löpande återrapportering under året hur utvecklingen fortgår. Sammantaget bedöms att styrelsen mer aktivt behöva följa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt inom det strategiska målet ”Hållbar kompetensförsörjning”.

Får vidtagna förändringar önskad effekt?

Det är i dagsläget svårt att helt bedöma huruvida vidtagna förändringar får önskad effekt utifrån de tillgängliga underlag som funnits tillgängliga i granskningen. Dock genomförs effektmätningar i samband med införandet av VNS på de kliniker som genomför införande vilket bedöms visa på positiva effekter.

Vi bedömer att det finns risk för att det uppstår effekter som inte är önskvärda i samband med uppgiftväxling och införandet av VNS. Detta är framförallt kopplat till ekonomiskt utrymme i verksamheten samt minskad möjlighet till merutnyttjande av befintlig personal.

Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Se över hur koppling mellan kompetensförsörjningsproccesen och budgetprocessen kan stärkas.
- Se över hur arbetet med produktionsplanering inom regionens verksamheter kan förbättras för att stödja användningen av rätt kompetens.
- Utred hur breddinförande av VNS samt intensifiering av arbetet med uppgiftsväxling kan stimuleras.
- Utveckla rapporteringen avseende utvecklingen inom området till regionstyrelsen och däribland se över och utvärdera effekter av VNS vad det avser kapacitet, kvalité, ekonomi etc**.**

1. Inledning

1.1. Bakgrund

För att möta befolkningens behov av vård är det väsentligt att det finns strategier och åtgärder för att få tillgång till rätt personal och kompetens. Kompetensförsörjning omfattar både organisationens förmåga och möjligheter att attrahera nya medarbetare men också hur man lyckas skapa attraktiva arbetsmiljöer, utvecklingsmöjligheter och åstadkomma en arbetsfördelning och arbetsbelastning som gör att befintlig personal vill stanna kvar. Regeringens nationella samordnare för effektiv vård (SOU 2016:2) pekar också på behovet av att ompröva nuvarande arbetssätt och arbetsfördelning för att från den utgångspunkten närma sig problemet med kompetensförsörjning.

Av årsredovisningen för Region Östergötland 2017 framgår att antalet medarbetare i Regionen har ökat under året och att det är främst i läkarprofessionen och bland sjuksköterskor det finns tydliga brister på personal. En stor utmaning anges vara att säkerställa att resurserna hamnar där de behövs som mest, oftast inom dygnet- runt-verksamheten.

I strategisk plan med treårsbudget 2018-2020 finns det strategiska målet Hållbar kompetensförsörjning. Här anger fullmäktige att arbetet inom Region Östergötland ska planeras och utföras på rätt sätt, och att resurserna ska användas på bästa sätt för att uppnå verksamheternas mål. Uppgiftsväxling inom och mellan yrkesgrupper är därför viktiga utvecklingsområden liksom utvecklingen av det administrativa arbetet inom hälso- och sjukvården.

Begreppet ”Rätt använd kompetens” har delats in i tre huvudområden vilka framgår av regionstyrelsens verksamhetsplan för 2018. Dessa områden är (1) Utökad vårdnära service (2) Avlastning för vårdpersonal i administrativa arbetsuppgifter och (3) Utveckling av arbetet med uppgiftsväxling.

Revisorerna har i sin riskanalys lyft fram kompetensförsörjning generellt som ett riskområde. En förstudie har genomförts under vintern/våren 2018 med inriktningen ”Rätt använd kompetens utifrån verksamhetens uppdrag”. Utifrån riskanalys och genomförd förstudie har revisorerna beslutat genomföra en fördjupad granskning.

Två förtroendevalda revisorer, Gunnar Asserhed och Martin Nyström, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att besvara följande revisionsfråga:

- Har regionstyrelsen säkerställt förutsättningar, styrning och tillräcklig intern kontroll för att mål om ”rätt använd kompetens” skall uppnås?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs i huvudsak av:

- Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30
- Kommunallagen 2017:725
- Strategisk plan med treårsbudget 2018-2020
- Reglemente för Region Östergötland
- Internt styrande dokument

1.4. Kontrollfrågor

Som underlag för att besvara den övergripande revisionsfrågan har följande kontrollfrågor formulerats:

- Finns styrprinciper för kompetensförsörjningen inom verksamheterna?
- Finns det en tydlig behovsbild av personal och kompetens inom verksamheterna?
- Används produktionsplanering för att stödja rätt använd kompetens?
- Finns ett tillräckligt stöd för verksamheterna för att arbeta med förändringar?
- Finns en välfungerande uppföljning och rapportering inom området?
- Får vidtagna förändringar önskad effekt?

1.5. Avgränsning

Granskningen avgränsas till de två av de tre delområdena inom området rätt använd kompetens som regionen definierat:

(1) Vårdnära service och (2) Uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper.

Granskningen är avgränsad till följande kliniker:

- Geriatriska kliniken i Norrköping och Medicinkliniken i Norrköping – Närsjukvården i Östra Östergötland (NSÖ)
- Ortopedkliniken i Linköping och Lungmedicinska kliniken US – Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård (CKOC)
- Njurmedicinska kliniken och Mag-tarmmedicinska kliniken – Hjärt- och medicincentrum (HMC)

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning av interna styrande dokument, rutiner, riktlinjer och rapporter vilket innefattat:

- Strategisk plan med treårsbudget
- Årsredovisningar
- Delårsrapporter
- Verksamhetsplaner
- Kompetensförsörjningsplaner/inventeringar
- Projektplan för UVNS
- Rapporter rörande VNS
- Utbildningsmaterial på intranätet för arbetet med uppgiftsväxling

Intervjuer har genomförts med företrädare för respektive produktionsenhetsledning, verksamhetschefer och vårdenhetschefer på utvalda kliniker. Intervjuer har också gjorts med företrädare för Centrum för verksamhetsstöd och utveckling (CVU). Antalet intervjutillfällen är nio stycken.

En enkätundersökning skickades i ett initialt skede ut till verksamhetschefer och vårdenhetschefer i utvalda produktionsenheter. Enkäten skickades ut till 89 personer med en svarsfrekvens på 80 %.

1.7. Bakgrundsfakta

Begreppsdefinition

RAK: Rätt använd kompetens. Detta är en del av arbetet med det strategiska målet ”Hållbar kompetensförsörjning” och innefattar tre huvudområden: Utökad VårdNära Service, uppgiftsväxling och avlastning för vårdpersonal i det administrativa arbetet.

VNS: VårdNära Service. Detta är en ny yrkeskategori där *servicevärdar* anställs av CVU för att sedan utföra icke sjukvårdande arbetsuppgifter på verksamheterna som exempelvis patientnära städning. VNS har funnits som begrepp tidigare men då innefattat arbetsuppgifter som förrådsuppackning och hantering av tvätt till patienter och vårdpersonal. VNS har i det tidigare skeendet köpts in via entreprenad. Regionstyrelsen har beslutat att återta driftsformen för inre logistik från och med 1 februari 2019.

UVNS: Utökad VårdNära Service. Ett pilotprojekt där den tidigare typen av VNS utvecklades till att omfatta bland annat patientnära städning och fler moment än tidigare arbetsuppgifter för VNS, exempel på detta är all måltidshantering. UVNS som begrepp är nu slopat och Region Östergötland använder endast begreppet VNS vilket syftar till *servicevärdar* anställda av CVU.

Kompetensförsörjning: Hur en organisation kan säkerställa att rätt kompetens utvecklas utifrån verksamhetens faktiska behov.

Uppgiftsväxling: Växling av utförandet av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier. Exempel på detta kan vara att bemanna reception med en annan yrkeskategori eller överföra administrativa uppgifter från en sjukvårdande yrkeskategori till en administrativ.

Nedan statistik är inhämtat från Region Östergötland via funktionen Utdata.

Nedanstående kliniker nyttjar VNS i form av servicevärdar. Tabellen visar antalet avtalade timmar.

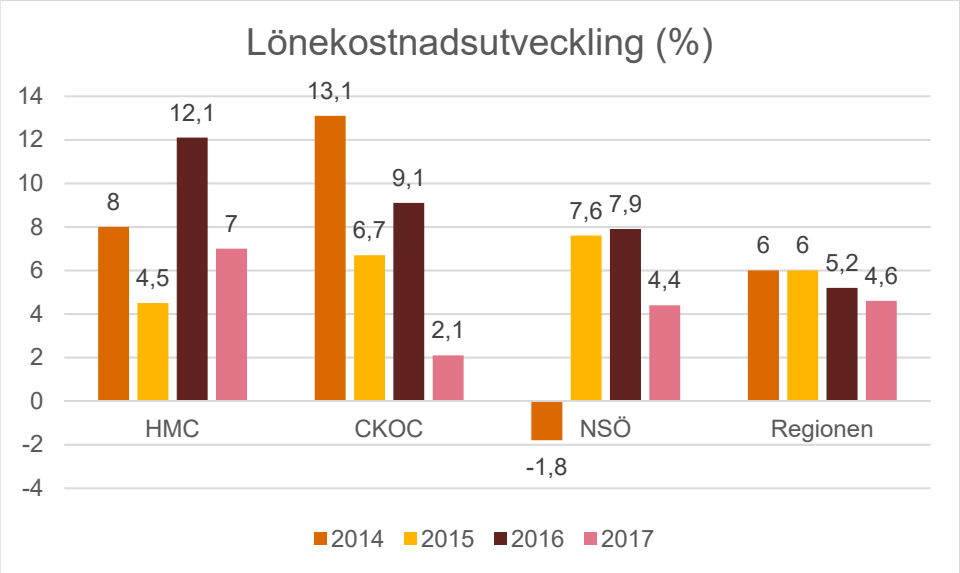
US Linköping	Antal timmar/vecka	Lasarettet i Motala	Antal timmar/vecka
Ortopeden avd. 31	193	GAVA avd. 13	96
Ortopeden avd. 30	63 (när avdelningen är öppen)	MAVA avd. 14 AB	96
KAVA avd. B93	148	MAVA/Stroke avd. 14D	48
MAVA avd. 17	148		

Region Östergötland har följande utveckling gällande antal anställda:

År	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt antal anställda	12 251	12 277	12 705	12 994	13 261

Regionfakta 2017

Lönekostnadsutvecklingen för utvalda produktionsenheter och Region Östergötland totalt är följande:



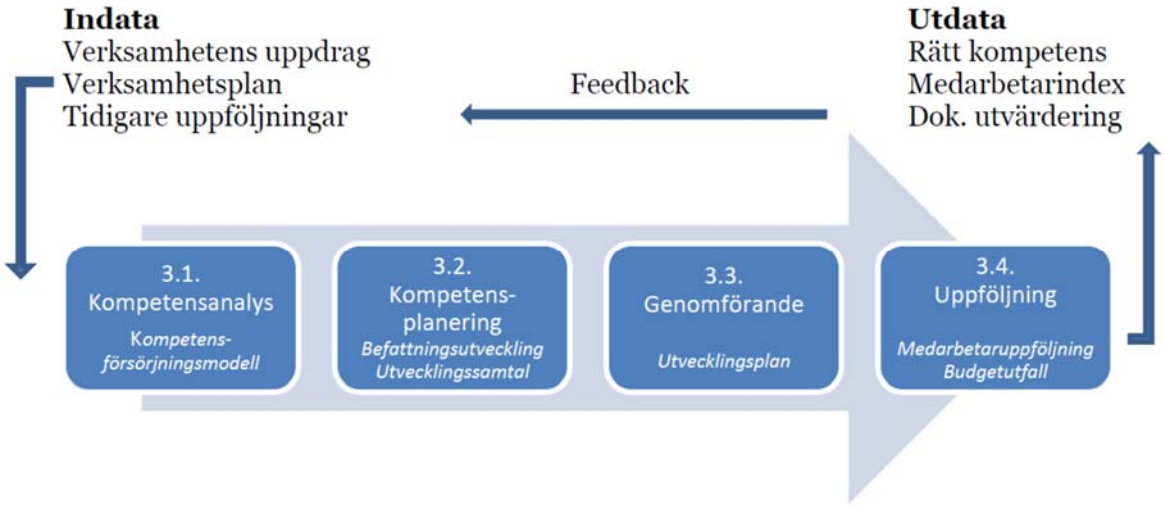
2. Granskningsresultat

2.1. Styrprinciper

Finns styrprinciper för kompetensförsörjningen inom verksamheterna?

2.1.1. Iakttagelser

I dokumentet ”Kompetensprocessen inom Region Östergötland” beskrivs organisationens ledningssystem för kompetensförsörjning med syfte att säkerställa en systematiserad kompetensprocess med tydlig ansvarsfördelning. Kompetensprocessen ska ge möjligheten till verksamheten att ha rätt antal medarbetare med rätt kompetens vid rätt tidpunkt. Komptensprocessen samverkar med andra årliga HR-processer som exempelvis löneöversyn men också med produktionsplaneringen. Vid produktionsplaneringen identifieras antal aktiviteter, tid och personer som krävs per arbetsuppgift.



Figur 1. Processkarta över aktiviteter i kompetensprocessen.

Varje produktionsenhet ska årligen identifiera och bedöma sina kompetensbehov på lång och kort sikt, med hjälp av kompetensförsörjningsmodellen. Ansvaret ligger på produktionsenhetschefen.

I projektplanen för planeringsfasen gällande Utökad Vårdnära Service (UVNS) framkommer att syftet med projektet är att avlasta befintlig vårdpersonal i arbetsuppgifter som kan utföras av icke vårdutbildad personal. Flera styrande principer gällande projektet lyfts i projektplanen såsom hänsyn till lokaler och när det är lämpligt att implementera en servicevärd. Syftet med införandet av servicevärdar är att i samband med detta genomföra uppgiftsväxlingar där vårdpersonal ges möjligheten att arbeta med kompetensspecifika arbetsuppgifter.

Vid genomgång av utvalda produktionsenheters kompetensförsörjningsinventeringar framkommer att arbetet med uppgiftsväxling är aktuellt som metod för att använda kompetensen rätt. Ökat behov av vårdadministratörer och undersköterskor föreligger för att sjuksköterskетid ska kunna frigöras. Vid några intervjuer på klinik- och produktionsen-

hetsnivå framkommer att en bristande koppling upplevs mellan den framtagna kompetensförsörjningsplanen och budgetprocessen. Några av de intervjuade uttrycker att de delvis inte vet hur kompetensinventeringen kan, eller ska användas i förhållande till övriga processer.

Av intervjuer framkommer att övergripande styrprinciper är otydliga men också otillräckliga. Det framkommer även tydligt vid intervjuer att den tilldelade samlade budgeten är den ytterst styrande när det handlar om kompetensförsörjning. Några kliniker uppger att de i budgeten har fördelning mellan olika personalkategorier medan andra har budgeten som helhet som ram för kompetensförsörjningsarbetet. Några framhåller även de nyckeltal som finns för bemanning som indirekt styrande för arbetet med kompetensförsörjningen (se även nästa kontrollmål).

I HMC:s verksamhetsplan 2018 framkommer det strategiska målet ”hållbar kompetensförsörjning”. En av de underliggande framgångsfaktorerna i denna plan berör Rätt använd kompetens. Av planen framgår vidare vilka aktiviteter som ska genomföras. Dels är det att fortsatta arbeta med uppgiftsväxling i syfte att nyttja kompetensen hos medarbetarna på bästa sätt. Den andra aktiviteten kopplad till Rätt använd kompetens är utvecklingssamtal vilket ska främja utveckling och rätt använd kompetens. Detta ska dokumenteras i Kompetensportalen.

CKOC har det strategiska målet ”Strategiskt mål 2: CKOC har strategisk kompetensförsörjning som stödjer verksamhetens uppdrag och framtida utmaningar”. En av de underliggande framgångsfaktorerna berör Rätt använd kompetens med nyckelindikatorn ”Medarbetare som upplever att närmaste chef tar tillvara på kompetens”. Detta mäts i medarbetaruppföljningen.

NSÖ har i sin verksamhetsplan 2018 det strategiska målet ”Hållbar kompetensförsörjning”. En av framgångsfaktorerna berör Rätt använd kompetens, den underliggande nyckelindikatorn är: Antal verksamhetsenheter som kartlagt och påbörjat arbetsuppgiftsförskjutning vilket också framkommer i medarbetarenkäten.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt.**

Vi bedömer att kompetensförsörjningprocessen tillsammans med regionens styrmodell och budgetprocess utgör de främsta styrande pricinciperna för kompetensförsörjningen i regionen. Det bedöms finnas en varierande koppling mellan delar av kompetensförsörjningsprocessen och budgetprocessen.

Vi bedömer att en förtydligad styrning samt koppling mellan processerna behöver ske för att säkerställa ett intensifierat och breddat införande av delar kopplat till *Rätt använd kompetens* och övriga målsättningar kopplat till exempelvis lönekostnadsutveckling och kostnadsproduktivitet.

2.2. Behovsbild av personal och kompetens

Finns det en tydlig behovsbild av personal och kompetens inom verksamheterna?

2.2.1. Iakttagelser

Vi har tagit del av CKOC:s kompetensförsörjningsbehov som framgår av en rapport för 2018. I rapporten framgår antal medarbetare i respektive yrkeskategori från år 2015 och framåt, samt en prognos för kompetensbehov framgent, år 2023. Pensionsavgångar och andra påverkande faktorer för framtiden lyfts fram.

Vi har tagit del av HMC:s kompetensförsörjningsprognos vilken följer Region Östergötlands modell för kompetensförsörjningsinventering 2017. Rapporten redovisar produktionsenhetens anställda nedbrutet på olika yrkesgrupper från 2014 till 2017 samt en prognos för kompetensbehovet år 2022. Samtliga yrkesgrupper spås vara i behov av en ökning i personalstyrka. Behovet av sjuksköterskor är relativt konstant, dock prognostiseras en eventuell minskning av antalet sjuksköterskor på grund av svårigheter att rekrytera. Rapporten berör att uppgiftsväxling är en möjlig metod att lösa arbetsuppgifterna trots svårigheterna att rekrytera sjuksköterskekompetens.

I NSÖ:s rapport för kompetensförsörjningsbehov avseende 2018 framgår som i ovan nämnda produktionsenheter en kvantifierad prognos över behov för år 2023. NSÖ framför att sjuksköterskebehovet i dagsläget är stort och flera vakanser finns. De nyexaminerade sjuksköterskorna är inte tillräckligt i antal för att motsvara behovet. Prognosen visar att större pensionsavgångar för undersköterskor är att vänta framöver och att flertalet undersköterskor kommer att behöva rekryteras. Rekryteringen syftar dels till att ersätta tidigare undersköterskor men också för att kunna genomföra uppgiftsväxlingar som ett led i för att lindra sjuksköterskebristen.

Samtliga yrkesgrupper inom ovan nämnda produktionsenheter förutom sjuksköterskor och social-terapeutisk personal spås öka i antal. Behovet av fler sjuksköterskor lyfts i rapporten, dock visar prognosen att det även i framtiden kommer vara brist på sjuksköterskekompetens. Flera kliniker har vakanser, antalet nyexaminerade sjuksköterskor räcker inte till för att täcka behovet. Rekryteringar av sjuksköterskor lyfts som en stor utmaning framöver. Produktionsenheterna bedömer att fler undersköterskor kommer att tillsättas för att täcka behovet av fler sjuksköterskor genom växling av uppgifter där det är möjligt. Tillgången på undersköterskor bedöms vara relativt god.

Gällande kompetensinventeringar och planer på kliniknivå framkommer vid intervjuer att varje produktionsenhet redogör för kompetensbehov och prognos på årlig basis. Varje klinik rapporterar in prognos gällande kompetens till produktionsenhetsledningen.

Sammantaget ges en enhetlig bild från utvalda produktionsenheter. Behovet är som störst gällande sjuksköterskekompetensen och prognosen visar att rekrytering av undersköterskor i kombination med uppgiftsväxling är en tänkbar metod för att säkerställa god vård. Vid intervjuer framkommer att klinikerna har god insikt i de kompetensbehov som finns inför framtiden.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **uppfyllt.**

Vi bedömer att det finns en strukturerad behovsbild på olika nivåer i organisationen som i allt väsentligt ger en bild över behovet av personal och kompetens. Den är till del kvantifierad och analys sker av vilket kvalitativt behov som behövs.

2.3. Produktionsplanering

Används produktionsplanering för att stödja rätt använd kompetens?

2.3.1. Iakttagelser

Enkätresultatet visar att det inte finns någon tydlig koppling mellan produktionsplanering och VNS. Det råder otydlighet i vad som menas med VNS vilket också gör enkätresultatet svårtolkat, (se det sista kontrollmålet). Av intervjuer samt enkätresultat framkommer att vissa enheter använder produktionsplanering i olika omfattning. Vissa intervjuade framhäver att de använt produktionsplanering en längre tid efter egen modell genom att kalkylera vilken kompetens som behövs för olika arbetsuppgifter inom respektive patientgrupp. Några kliniker uppger att de i begränsad utsträckning använder produktionsplanering generellt.

Medicinkliniken på Vrinnevisjukhuset arbetar enligt en modell för produktionsplanering som kliniken själva utvecklat under flera år. Modellen omfattar klinikens samtliga verksamheter såsom öppenvårdsmottagningar och vårdavdelningar. Den byggs upp av indata från olika system och sätts samman i excelblad. På den aktuella kliniken uppges att det just nu sker ett utvecklingsarbete med att koppla ihop produktionsplaneringen med aktuell tillgång på personal för att på så vis tydligare åskådliggöra vilka produktionsmöjligheter som finns.

Vid intervju på Mag- tarmmedicinska kliniken i Linköping framkommer att produktionsplaneringsarbetet genomförs utifrån ett vårdprocessprogram. För varje patient finns ett antal åtgärder som måste genomföras och genom veckoscheman åskådliggörs vilken medarbetare och funktion som ska göra vad. Det är genom detta möjligt att få en överskådlig bild av produktionen och genomföra en variant av produktionsplanering.

Vi har fått till oss att personalbristen på klinikerna fått till följd att arbete med uppgiftsväxling påbörjats i större utsträckning under senare år. Detta även innan Region Östergötland, på övergripande nivå, lanserade ”Rätt använd kompetens” med uppgiftsväxling vidtogs åtgärder för att frigöra framförallt sjuksköterskor. Dessa utförde flera arbetsuppgifter som kunde göras av andra arbetsgrupper såsom undersköterskor. VNS har i viss utsträckning införts för att i sin tur frigöra undersköterskor från uppgifter som förrådsuppackning, beställning och köksarbete.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **ej uppfyllt.**

Vi bedömer att det finns stora variationer avseende i *om, hur, i vilken utsräckning* samt *med vilket syfte* produktionsplanering används för att stödja användningen av rätt kompetens. Det bedöms behövas ett ytterligare arbete på såväl processnivå som IT-

systemsrelaterat för att kunna stödja arbetet med kompetensförsörjning generellt och mer specifikt rätt använd kompetens.

2.4. Stöd för verksamheterna

Finns ett tillräckligt stöd för att verksamheterna för att arbeta med förändrinaar?

2.4.1. Iakttagelser

I delrapporterna från CVU gällande UVNS framgår hur arbetet med implementeringen av servicevärdar gått till i pilotverksamheterna. Servicevärdarna var med på arbetsplatsträffar (APT), det ansågs viktigt att servicevärdarna fick samma information som övriga verksamheten. Samarbetsforum skapades där utsedda undersköterskor och servicepersonal träffades tillsammans med projektledare, vårdenhetschef samt chefer och chefer för servicepersonalen för att diskutera vad som fungerade och vad som kunde utvecklas.

Vid intervju med CVU framkommer att implementeringen av servicevärdar tar ungefär ett år från det första inledande informationsmötet till att verksamheten kan gå över i förvaltning. CVU har som uppdrag att säkerställa att VNS är självgående och att såväl VNS som verksamheten är nöjda med hur det fungerar innan CVU släpper uppsikten av implementeringen. Det är viktigt att arbetet är självgående för att nå god kvalitet och acceptans för förändringen. Gällande uppgiftsväxling föreligger förbättringspotential i stöd till verksamheterna. Då servicevärdarna är anställda av CVU har avdelningarna som köpt tjänsten servicevärd kontinuerlig dialog med CVU.

Vid intervjuer framkommer en splittrad bild gällande stödet i övrigt från CVU inom ramen för Rätt använd kompetens. Av enkätresultatet framgår att flera respondenter önskar att införa servicevärdar, andra uppger att stöd önskas gällande produktionsplanering vilket de ser som en del i kompetensförsörjningen. HR-funktionerna ger en bild av att CVU finns som stöd vid behov samtidigt som verksamhetschefer lyfter problematik i att stödet är otillräckligt. Bilden ges också av att det bör vara HR-funktionerna som ska vara länken mellan CVU och verksamheterna för att få stödet mer nära verksamheterna. De kliniker som har egna verksamhetsutvecklare uppger sig ha större stöd än de kliniker som saknar funktionen. De kliniker som ej har verksamhetsutvecklare lyfter fram att en sådan tjänst skulle ge stöd till uppgiftsväxling.

Gällande uppgiftsväxlingar åskådliggörs tre *goda exempel* på intranätet. Utöver detta har Region Östergötland flertalet dokument för att hjälpa verksamheterna att genomföra inventering av vilka uppgifter som utförs av respektive yrkesgrupp och vilka arbetsuppgifter som *kan utföras* av andra yrkesgrupper. Detta för att hjälpa verksamheterna att hitta nya vägar för att råda bot på brister av vissa kompetenser. Andra verktyg som finns tillhanda är bland annat powerpointpresentationer att använda vid APT när frågan om uppgiftsväxling ska lyftas. Det finns även en enkätmall som kan användas vid enkätundersökning där personalen får besvara ett antal frågor gällande vilka uppgifter de utför i dagsläget och vilka som skulle kunna utföras av andra kompetenser. Utöver detta finns tre powerpointpresentationer med *goda exempel* på uppgiftsväxlingar som tidigare genomförts från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vid intervjuer framkommer att kännedomen av den så kallade verktygslådan för Rätt använd kompetens förefaller vara låg.

Vid intervjuer med CVU framkommer att de extra kostnader som åläggs verksamheterna i införandet av VNS ska finansieras med uppgiftsväxlingar som är möjliga att genomföra i samband med införandet av VNS. Verksamheterna ger en annan bild genom att betona att det finns många positiva effekter såsom ökad patientsäkerhet men att det ej föreligger någon ekonomisk vinning i att införa VNS. Ett antal kliniker lyfter att finansiering av servicevärdarna utifrån nuvarande budgetutrymme och verksamhetens uppdrag är problematisk

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt.**

Vi bedömer att stödet i allt väsentligt är tillräckligt när gäller breddinförandet av VårdNära Service. Dock bedömer vi att ytterligare insatser behöver vidtas för att säkerställa ett tillräckligt stöd gällande uppgiftsväxling. Detta stöd behöver enligt vår uppfattning fortsatt utvecklas på såväl övergripande nivå som på operativ nivå riktat mot de verksamheter som arbetar med uppgiftväxling.

2.5. Uppföljning och rapportering

Finns en välfungerande uppföljning och rapportering inom området?

2.5.1. Iakttagelser

Två rapporter har tagits fram gällande VNS, utformade som två delrapporter. Den första delrapporten innehåller en bakgrund där syfte, effektmål och projektmål utkristalliseras. Utvärderingar och uppföljningar av effektmål, projektets möjlighet att nå effektmålen och den sjukvårdande personalens upplevelse av servicevärdarna inkluderas också i rapporten. I uppföljningsrapporten för Hållbar verksamhet perioden 2017-06-30 – 2017-12-31 berörs området Rätt använd kompetens. Flera aktiviteter som genomförts kopplat till Rätt använd kompetens lyfts. Bland annat lyfts att chefer inventerat goda exempel på insatser på uppgiftsväxlingar, workshops chefer emellan där arbete med uppgiftsväxling diskuterats samt att en ny yrkesgrupp i servicevärdar implementerats. Det sistnämnda ska ge nya möjligheter till uppgiftsväxling enligt rapporten.

Följande ärenden har behandlats av regionstyrelsen rörande Rätt använd kompetens:

- RS 2018-01-31 § 23 Driftsform för lokalvård, inre logistik och material i vården vid Universitetssjukhuset i Linköping. Regiondirektören får i uppdrag att ändra driftsform till egen regi avseende lokalvård, inre logistik och material i vården vid Universitetssjukhuset i Linköping från och med den 1 februari 2019.

- RS 2017-10-18 § 226 Breddinförande av utökad vårdnära service (UVNS).

Gällande införandet av VNS sker uppföljning kontinuerligt under det första året från införandet. Hygienmätningar görs innan införandet av VNS men också efter för att kunna upprätthålla och förbättra kvalitet. Förutom kvalitetsmått görs även mätningar på arbetsmiljö hos medarbetarna. Detta görs i form av bland annat medarbetarenkäten där skillnader mellan år kan åskådliggöras. Det som mäts är exempelvis sjukskrivningstal, stressindex och övertidstimmar. Vid intervjuer med CVU framkommer att mer kost-

samma mätningar som exempelvis tidsstudier ej kommer genomföras vid ett breddinförande.

Inom ramen för regionens styrmodell är det i årsredovisning och delårsrapport 08 för augusti som uppföljning och rapportering sker. Regionstyrelsen samt produktionsenheterna har strategiska mål och nyckelindikatorer för Rätt använd kompetens.

I Regionstyrelsens verksamhetsplan avseende 2018 åskådliggörs att två nyckelindikatorer ska följas upp inom området, ”Medarbetare som upplever att närmaste chef tar tillvara kompetens” (RS 38) samt ”Andel medarbetare som uppfyller obligatoriska kompetenskrav i ’skall-nivån’” (RS 39). Nyckelindikator RS 38 följs upp i delårsrapport 08 samt i årsredovisning, nyckelindikator RS 39 följs upp i delårsrapport 04 samt årsredovisning. CKOC följer i sin delårsrapport upp framgångsfaktorn Rätt använd kompetens och mäter detta genom nyckelindikatorn ”Medarbetare som upplever att närmaste chef tar tillvara kompetens.” HMC har tre resultatmått som mäts inom Rätt använd kompetens. Förutom ovanstående mäts även andel medarbetare som uppfyller obligatoriska kompetenskrav i ”skall-nivån” samt kostnader för bemanningsföretag. NSÖ mäter Rätt använd kompetens genom indikatorn ”Antal verksamhetsenheter som kartlagt och påbörjat arbetsuppgiftsförskjutning. Således finns skillnader i hur den regionövergripande uppföljningen av Rätt använd kompetens sker i delårsrapporten jämfört med produktionsenheterna. Mellan produktionsenheterna emellan finns också skillnader där HMC har tre indikatorer som mäts och övriga produktionsenheter följer upp en indikator. Trots att resultatet i regionstyrelsens delårsrapport för indikatorn uppnås görs bedömningen att fullmåluppfyllelse ej kommer nås vid årets slut.

Delårsrapporten berör området uppgiftsväxling och att det är ett sätt att få medarbetare att fokusera på arbetsuppgifter som är specifika för professionen. En handbok har publicerats på intranätet med information till APT (se tidigare kontrollmål).

Utöver ordinarie styrmodell finns uppdrag givet till regionstyrelsens utskott för personal- och kompetensförsörjning.

Uppdraget är formulerat: ”Att följa regionens arbete med rätt använd kompetens samt uppgiftsväxling inom och mellan yrkesgrupper med extra fokus på implementeringen av utökad vårdnära service.” Vi har vid intervju fått uppgift att utskottet för personal- och kompetensförsörjning löpande erhållit rapporter under 2018.Vi har inte tagit del av direktiv från regionstyrelsen beträffande vilken återrapportering styrelsen förväntar sig av utskottet.

I regionens riskanalys för Rätt använd kompetens lyfts risken ”Uteblivet HR-data via BI-enheten”. Enligt uppgift ifrån ledningsstaben finns HR-data som berör bland annat anta anställda i heltidsmått och utförd arbetstid inom respektive yrkesgrupp för att följa upp uppgiftsförskjutningar i relation till andra yrkesgrupper. Enligt uppgift finns HR-data i applikationen REBUS HR, i applikationen finns möjlighet för verksamheten att kombinera flera dimensioner och skräddarsy underlaget efter behov. Inom ramen för granskningen har vi inte tagit del av ovan nämnd HR-data.

2.5.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt.**

Vi bedömer att det delvis sker en tillräcklig uppföljning sker inom området. Det bedöms ske strukturerat genom de rapporter som finns kopplade till området. Uppföljningen utifrån styrmodell bedöms som tillräcklig dock, finns variationer mellan produktionsenheter.

Vi bedömer att rapporteringen till regionstyrelsen i huvudsak sker genom ordinarie styrmodell. Regionstyrelsen har givit i uppdrag till utskottet för personal- och kompetensförsörjning att följa arbetet med rätt använd kompetens med extra fokus på implementering av VNS. Vi bedömer att regionstyrelsen inte givit utskottet tillräckliga direktiv gällande löpande återrapportering under året hur utvecklingen fortgår. Sammantaget bedöms att styrelsen mer aktivt behöva följa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt inom det strategiska målet ”Hållbar kompetensförsörjning”.

2.6. Effekter

Får vidtagna förändringar önskad effekt?

2.6.1. Iakttagelser

Enligt projektplanen för Utökad Vårdnära service är effektmålen av projektet:

- Frånvaroprocenten för korttidssjukskrivningar (1-7 dagar) ska vara samma som 2015 eller lägre 18 månader efter avslutat projekt.
- Kostnaden för övertid och antalet övertids- och flextimmar ska ha minskat 18 månader efter avslutat projekt jämfört med 2015.
- Medarbetarnas upplevda stress ska ha minskat 18 månader efter avslutat projekt jämfört med 2015.
- 90 % av medarbetarna ska uppleva att de huvudsakligen arbetar med det de är utbildade och anställda för.
- 90 % av patienterna ska uppleva en hög vårdkvalitet avseende bemötande, information, delaktighet, förtroende, möjlighet till hjälp samt när det gäller städning och måltider.

Begreppet VNS har använts en längre tid i Region Östergötland. Begreppet har innefattat olika typer av arbetsuppgifter. Initialt omfattade VNS förrådsuppackning, beställning av material, hantering av tvätt och dylika uppgifter. Ett arbete med projektet UVNS har tagit vid och inbegriper fler arbetsmoment såsom patientnära städning. Projektet sattes igång som ett pilotprojekt på bland annat ortopedkliniken i Linköping. Piloterna har sedermera utvärderats. UVNS är detsamma som införandet av så kallade servicevärdar och CVU har beslutat att endast använda begreppet VNS, det ska nu innefatta detsamma som UVNS/servicevärdar.

Vid intervjuer och enkätundersökning framkommer en delad bild av VNS. Bland annat framförs att kvaliteten med den första formen av VNS varit personbunden, konceptet var ytterst sårbart vid frånvaro av ordinarie personal vilket i sin tur orsakade stress för personalen. Dessa faktorer är också med i avgörandet om klinikerna ska införskaffa servicevärdar.

Vid intervjuer framkommer skepsis kring de ekonomiska aspekterna av att införa VNS. Det föreligger osäkerhet i om det är ekonomiskt lönsamt att använda VNS. Den föregående formen av VNS visade en viss sårbarhet då det är väldigt personbundet. När någon från VNS som ansvarade för bland annat förrådsuppackning varit frånvarande fungerar det oftast dåligt och belastar verksamheterna mer än vad det hjälper. Vid intervjuer framkommer att det finns aspekter i det nya införandet av CVU:s form av VNS som ej beaktas från CVU. Ett exempel är möjligheten till bemanning på helger, det är lättare att få ett bättre schema för undersköterskorna om VNS inte används då det ständigt finns arbetsuppgifter för heltidstjänsterna. Intervjuade lyfter risken för övertalighet vid ett eventuellt införande av VNS. När undersköterskorna inte har möjlighet att genomföra övriga arbetsuppgifter där VNS tar över är det svårt att finna ekonomisk vinning med VNS.

Vid intervjuer lyfter företrädare för Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård att arbetet med uppgiftsväxling ger positiva effekter. Bland annat ökar tillgängligheten för patienter, andra positiva effekter är patientnöjdhet och kvaliteten. Utöver detta ger uppgiftsväxlingarna också goda effekter på arbetsmiljöaspekter. Arbetet med uppgiftsväxling handlar oftast om att arbetsmoment växlas från läkare till sjuksköterskor eller från sjuksköterskor till undersköterskor vilket också innebär en kostnadseffektivisering. Det finns också exempel på klinker där paramedicinska yrkesgrupper i högre utsträckning genomför återbesök av patienter som exempelvis genomgått ortopediska ingrepp. Detta uppges leda till snabbare hantering av återbesök och en höjd kvalité för patienten.

Flera intervjuade framhåller att den en stor drivkraft att arbeta med uppgiftväxling är bristen på specifika kompetenser som behövs inom ramen för exempelvis ett vårdprocessprogram. Bristen leder till längre vårdköer vilket medför att verksamheterna behöver växla arbetsmoment till andra yrkesgrupper för att hantera flödet av patienter.

2.6.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt.**

Det är i dagsläget svårt att helt bedöma huruvida vidtagna förändringar får önskad effekt utifrån de tillgängliga underlag som funnits tillgängliga i granskningen. Dock genomförs effektmätningar i samband med införandet av VNS på de kliniker som genomför införande vilket bedöms visa på positiva effekter.

Specifika uppgiftsväxling inom ramen för exempelvis specifika processer bedöms ha önskade effekter i verksamheten. Effekterna bedöms då främst röra områden såsom tillgänglighet, förbättrad arbetsmiljö och kompetensutveckling.

Vi bedömer att det finns risk för att det uppstår effekter som inte är önskvärda i samband med uppgiftväxling och införandet av VNS. Detta är framförallt kopplat till ekonomiskt utrymme i verksamheten samt minskad möjlighet till merutnyttjande av befintlig personal.

Region Östergötland
Ank 2019 -02- 21
Dnr SVN 2019-4

Region Östergötland
Regionens revisorer

2019-02-20
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen
AB Östgötatrafikens styrelse

För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Efterlevnad av dataskyddsförordningen – REGION ÖSTERGÖTLAND samt AB ÖSTGÖTATRAFIKEN

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av regionens efterlevnad av dataskyddsförordningen GDPR. Granskningen omfattar Region Östergötland samt AB Östgötatrafiken. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s rapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Den samlade revisionella bedömningen är att Region Östergötland och AB Östgötatrafiken har bedrivit ett ändamålsenligt, men inte heltäckande, arbete gällande GDPR.
- Genomfört arbete och vald metodik för att implementera det nya regelverket GDPR i organisationerna bedöms som relevant. Granskningen indikerar dock att det finns ett fortsatt utbildningsbehov gällande GDPR.
- Den centrala samordningen och styrningen kan utvecklas. Vidare behöver uppföljningen stärkas.

Granskningsresultatet framgår i övrigt av bifogad revisionsrapport.

Anders Senestad
Ordförande

Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Efterlevnad av datasskyddsförordningen - Post GDPR Review".
Revisionsskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se, revisorer.

Revisionsrapport

Efterlevnad av dataskyddsförordningen

Post GDPR Review

Region Östergötland

Sara Attar

Lukas Grimfors

Matti Leskelä
Cert. Kommunal revisor

Februari 2019

pwc

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3
1. Inledning 5
1.1. Bakgrund 5
1.2. Syfte och Revisionsfråga 5
1.3. Revisionskriterier 5
1.4. Kontrollfrågor 5
1.5. Avgränsning 6
1.6. Metod 6
2. Granskningsresultat 7
2.1. Är metodiken och det genomförda arbetet relevant? 7
2.2. Är de definierade aktiviteterna tillräckliga för att organisationen ska se GDPR-projektet som övergående till förvaltning? 8
2.3. Har definierade aktiviteter genomförts på ett tillfredsställande sätt så att önskad effekt uppnåtts? 9
2.4. Har kvarstående luckor och aktiviteter identifierats? 9
2.5. Har utvärdering av etablerade register/processer/roller/ansvarsfördelning skett? 10
2.6. Har tillräcklig utbildning genomförts? 11
2.7. Finns det en ändamålsenlig organisation för att efterleva GDPR i framtiden? 12
2.8. Har utvärdering av programhantering, programdesign och styrning med rekommendationer för framtida projekt gjorts? 13
2.9. Finns enhetliga rutiner och processer för utvärdering inom olika delar av organisationen? 13

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande efterlevnad av dataskyddsförordningen GDPR. Granskningsobjekt är regionstyrelsen samt styrelsen i AB Östgötatrafiken. Uppdraget ingår som en del i revisionsplanen för år 2018.

Efter genomförd granskning ges nedanstående svar på granskningens revisionsfrågor:

Har ändamålsenligt och heltäckande arbete gällande GDPR bedrivits inom Region Östergötland samt inom AB Östgötatrafiken?

Har åtgärder vidtagits för att efterleva de nya reglerna?

Vår samlade bedömning är att Region Östergötland samt AB Östgötatrafiken har bedrivit ett ändamålsenligt, men ej till fullo heltäckande, arbete gällande GDPR.

Båda organisationerna har vidtagit vissa åtgärder för att efterleva GDPR. Ett större fokus behövs för att organisationerna på ett effektivt och ändamålsenligt sätt ska implementera GDPR på alla nivåer.

Den samlade bedömningen grundar sig på följande delbedömningar utifrån ställda kontrollfrågor vars utfall vi bedömer enligt nedan:

Är metodiken och det genomförda arbetet relevant?

Vår bedömning är att metodiken och genomfört arbete är relevant.

Det genomförda arbetet inom Region Östergötland och Östgötatrafiken är relevant för efterlevnad av GDPR. Metodiken med förstudie för att förstå nuläge samt identifiering av åtgärder följt av ett arbete för att genomföra de viktigaste åtgärderna är bra och väl etablerad.

Är de definierade aktiviteterna tillräckliga för att organisationen ska se GDPR-projektet som övergående till förvaltning?

Vår bedömning är att aktiviteterna till viss del är tillräckliga.

Regionen har vidtagit vissa åtgärder på central nivå och förlitar sig i stor utsträckning på att respektive produktionsenhet beslutar om och implementerar åtgärder separat. Vi bedömer att detta resulterat i en förbättrad efterlevnad av GDPR men att arbete kvarstår.

Östgötatrafiken har bedrivit ett omfattande arbete för att organisationen ska efterleva GDPR. Huvudsakliga områden till följd av kraven i GDPR har berörts och de viktigaste delarna har införts. Projektet har löpande överlämnat införda åtgärder till objektsägare för fortsatt förvaltning och för att slutföra vissa aktiviteter.

Har definierade aktiviteter genomförts på ett tillfredsställande sätt så att önskad effekt uppnåtts?

De effektmål som definierats har uppnåtts med hjälp av definierade aktiviteter inom Östgötatrafiken. Det ska noteras att inga effektmål satts inom Region Östergötland.

För Östgötatrafiken grundar sig vår bedömning på att projektet inkluderat åtgärder för alla huvudsakliga områden till följd av GDPR:s krav. Kvarvarande åtgärder är av den karaktär som vi bedömer att de flesta organisationer inte blivit helt klara med i tid.

Har kvarstående luckor och aktiviteter identifierats?

Vår bedömning är kvarstående nödvändiga aktiviter identifierats till viss del.

Inom Region Östergötland grundar sig vår bedömning på att det delvis är oklart hur den genomförda analysens aktiviteter omhändertagits. Inom Östgötatrafiken har ej slutförda aktiviteter överlämnats till förvaltningen under projektets gång. Dessa aktiviteter har omhändertagits och är identifierade.

Har utvärdering av etablerade register/processer/roller/ansvarsfördelning skett?

Vår bedömning är att utvärdering av ovanstående delar gjorts i begränsad omfattning.

Region Östergötland har kvarvarande arbete inom flera områden. Delar av regionen har gått igenom vissa processer, register, roller, och ansvarsfördelning. Samtliga delar behöver omhändertas.

Inom Östgötatrafiken bedöms registerhanteringen vara tillräckligt etablerad och beprövad. Det kvarstår arbete med att tydliggöra ansvarsfördelning framför allt inom uppföljningsarbetet. Organisationen har utvärderat vissa processer och rutiner men arbete kvarstår.

Har tillräcklig utbildning genomförts?

Genomförd utbildning bedöms inte fullt ut tillräcklig även om aktiviteter genomförts.

Inom regionen har fokus varit att informera organisationen om GDPR. Eftersom det vid intervjuerna har efterlysts mer utbildning samt att utbildning är angivet som ett prioriterat område bedömer vi att organisationen ej fått tillräcklig utbildning. Östgötatrafikens genomförda utbildning bedöms vara på en acceptabel nivå.

Finns det en ändamålsenlig organisation för att efterleva GDPR i framtiden?

Vår bedömning är att organisationen till viss del är ändamålsenlig.

Båda organisationerna har bedrivit ett arbete för efterlevnad av GDPR och enligt vår bedömning kommer detta fortgå. Organisationerna behöver stärka central samordning för att effektivt tillse kontinuerlig efterlevnad av GDPR. Vidare behöver organisationerna stärka uppföljningsarbetet samt vidareutveckla centrala processer och styrning.

Har utvärdering av programhantering, programdesign och styrning med rekommendationer för framtida projekt gjorts?

Vår bedömning är att utvärdering har gjorts i tillräcklig grad.

Vår bedömning grundar sig på att arbetsgrupper har lämnat in slutrapporter med en utvärdering av genomfört arbete. Rapporterna innehåller förslag till förbättringar för framtida arbete.

Finns enhetliga rutiner och processer för utvärdering inom olika delar av organisationen/regionen?

Vår bedömning är att enhetliga processer och rutiner finns.

Bedömningen grundar sig på att båda organisationerna inkluderat slutrapport med utvärdering och rekommendationer i sina respektive uppdrags- och projektmodeller.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR), innebär en skärpning av dataskyddslagstiftningen inom EU, både avseende organisationers skyldigheter och de registrerade personernas rättigheter. Den gäller för alla organisationer, företag och myndigheter som hanterar uppgifter om EU-medborgare. För att den ska respekteras införs möjligheten till kraftfulla sanktioner för de organisationer som ignorerar eller brister i att uppfylla de nya kraven. Sanktionsnivåerna har valts så att de ska vara avskräckande och för att det inte ska löna sig att bryta mot reglerna för att spara pengar. Väsentliga sanktionsavgifter för bristande efterlevnad, upp till 20 miljoner kronor, kan utfärdas för myndigheter. Det införs också en rätt för privatpersoner att kräva skadestånd av de organisationer som inte tillhandahåller deras rättigheter enligt förordningen. Förordningen började tillämpas den 25 maj 2018.

Förordningen innehåller nya krav jämfört med Personuppgiftslagen. Exempelvis ska alla organisationer bedöma riskerna för att de registrerades integritet kränks samt vidta lämpliga åtgärder för att minska risker. Organisationer måste även i vissa fall utse dataskyddsombud och rapportera allvarliga personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten (och i vissa fall de berörda registrerade) inom 72 timmar. Om man misstänker att någon personuppgiftsbehandling kan medföra höga integritetsrisker för de registrerade måste man göra en konsekvensbedömning och vidta lämpliga åtgärder för att reducera riskerna för eventuella skador.

Revisorerna har i sin riskbedömning lyft fram som väsentligt att granska området. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2018.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet är att analysera och bedöma regionens arbete med GDPR och besvara frågorna:

- Har ändamålsenligt och heltäckande arbete gällande GDPR bedrivits inom region Östergötland samt inom AB Östgötatrafiken?
- Har åtgärder vidtagits för att efterleva de nya reglerna?

1.3. Revisionskriterier

Granskningen har utgått ifrån följande revisionskriterier:

- Dataskyddsförordningen (GDPR) och
- Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679

1.4. Kontrollfrågor

Bedömningen har gjorts utifrån följande kontrollfrågor som ligger till grund för revisionsfrågorna:

- Är metodiken och det genomförda arbetet relevant?
- Är de definierade aktiviteterna tillräckliga för att organisationen ska se GDPR-projektet som övergående till förvaltning?
- Har definierade aktiviteter genomförts på ett tillfredsställande sätt så att önskad effekt uppnåtts?

- Har kvarstående luckor och aktiviteter identifierats?
- Har utvärdering av etablerade register/processer/roller/ansvarsfördelning skett?
- Har tillräcklig utbildning genomförts?
- Finns det en ändamålsenlig organisation för att efterleva GDPR i framtiden?
- Har utvärdering av programhantering, programdesign och styrning med rekommendationer för framtida projekt gjorts?
- Finns enhetliga rutiner och processer för utvärdering inom olika delar av organisationen?

1.5. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till innehållet i lagstiftningen och prövning sker mot best practice. Noterbart är att praxisfall kopplat till lagstiftningen ej har berörts då detta ännu inte finns i tillräckligt stor utsträckning. AB Östgötatrafiken ingår i granskningen jämte Region Östergötland.

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier.

Intervjuerna har genomförts dels i workshop-form med flera deltagare från verksamheten samtidigt och dels med enskilda individer. Antal intervjuer samt workshops har sammanlagt uppgått till 11 stycken och antal deltagare är 17 personer.

Granskningen bygger på underlag och intervjuer som inkommit under perioden september till november år 2018.

2. Granskningsresultat

2.1. Är metodiken och det genomförda arbetet relevant?

Iakttagelser

Region Östergötland

Region Östergötland genomförde våren 2017 en förstudie i syfte att identifiera de gap som då fanns för att följa GDPR samt klarlägga vilket behov av åtgärder som fanns. Förstudien avslutades den 30 juni 2017 och slutrapporten från förstudien innehåller såväl styrkor som åtgärdsbehov i relation till GDPR. Den sammanfattande åtgärdslistan omfattar 59 åtgärder.

Region Östergötland beslutade att ett uppdrag skulle genomföras från oktober 2017 och vara klart till den 25 maj 2018. Uppdraget inkluderade 6 prioriterade områden med syfte att förbereda verksamheten inför den nya lagstiftningen. Beslutad ram för bemanning för uppdraget var en intern uppdragsledare samt inhyrd juristresurs. Faktisk bemanning inkluderade även en kommunikatör. Organisationer av Region Östergötlands storlek och omfattning har ibland tilldelat fler resurser för liknande uppdrag. En slutrapport av uppdraget godkändes den 11 juni 2018. Av denna framgår att 4 av de 6 prioriterade områdena blev fullt genomförda. Övriga områden blev delvis genomförda.

Ansvar för vidare aktiviteter för att verksamheterna ska uppfylla GDPR ligger inom förvaltningen för respektive verksamhet. Av intervjuer med verksamhetsrepresentanter framgår att respektive verksamhet definierat och genomfört aktiviteter utöver det som det centrala uppdraget påbörjat.

Östgötatrafiken

Östgötatrafiken genomförde sommaren 2017 en studie benämnd *”Östgötatrafiken Nuläge+ Dataskyddsförordningen”* med hjälp av ett externt konsultbolag. I rapporten framgår ca 70 aktiviteter som behöver genomföras för att organisationen ska följa GDPR.

Östgötatrafiken startade i februari 2018 ett projekt för att åtgärda de punkter som studien rekommenderat. Projektet prioriterade aktiviteter utifrån risk och vikt. Planen var att vara klar med de flesta aktiviteter med prioritet 1 och 2 vid förordningens ikraftträdande. Total bemanning för projektet sattes till ungefär 2,5 årsarbetare fördelat på 8 personer med olika bakgrund och kompetens.

Löpande under projektet involverades fler personer för specifika aktiviteter, och allt eftersom aktiviteter blev klara överlämnades dessa till mottagare inom verksamheten. Vid intervju med mottagande förvaltningsledare framkommer att det fanns en stor tillit till att projektet genomfört ett komplett arbete för att hantera de förändringar som behövdes inför förordningens ikraftträdande. Ytterligare kartläggning eller planering av åtgärder har ej gjorts.

Bedömning

Vår bedömning är att metodiken och det genomförda arbetet som genomförts är relevant.

Det genomförda arbetet inom Region Östergötland och Östgötatrafiken är relevant för efterlevnad av GDPR. Metodiken med förstudie för att förstå nuläge samt identifiering av åtgärder följt av ett arbete för att genomföra de viktigaste åtgärderna är väl etablerad.

2.2. Är de definierade aktiviteterna tillräckliga för att organisationen ska se GDPR-projektet som övergående till förvaltning?

Iakttagelser

Region Östergötland

De aktiviteter som definierades för det tillsatta GDPR-uppdraget under våren 2018 kunde till del göras klart. Resultat samt kvarvarande delar överlämnades till respektive mottagare inom ordinarie verksamhet. Av avgränsningarna i uppdraget framgår att införandet, eller delar därav, inte ingick i uppdraget.

Av intervjuerna framgår att ansvarsfördelning i en del fall är oklar och att arbete kvarstår. Det kvarstår bland annat kartläggningsarbete vad gäller personuppgiftsbehandlingar, överföring till tredje land (land utanför EU/EES), och genomförande av konsekvensbedömningar.

Vid intervjuerna framkom även att det saknas resurser på central nivå för att kunna stödja verksamheten i kvarvarande arbete i syfte att efterleva GDPR. Det framkom även att det finns en känsla av att ledningen nedprioriterat frågan efter att uppdraget slutfördes. Vid en intervju nämndes att förståelsen för att *patientsäkerhet, dataskydd och informationssäkerhet* hänger ihop kan förbättras.

Östgötatrafiken

Projektet som bedrivits under 2018 för anpassning till GDPR inkluderar de åtgärdspunkter som rekommenderades i studien *”Östgötatrafiken Nuläge+ Dataskyddsförordningen”*. Slutrapporten listar 5 områden som projektet jobbat med men ej slutfört. Förvaltningen har fått uppdraget att slutföra dessa.

Utöver vad som listas som kvarvarande aktiviteter i slutrapporten noterades det under intervjuer att test och utvärdering av nya eller uppdaterade processer och rutiner inte har skett i samtliga fall. Under intervjuerna har personerna framhållit att den tekniska säkerheten för IT-system hanteras centralt. Säkerheten bedöms av verksamheten vara på en god nivå.

Bedömning

Vår bedömning är att definierade aktiviteter till viss del är tillräckliga.

Regionen har vidtagit vissa åtgärder på central nivå, och förlitar sig i stor utsträckning på att de olika centrumen beslutar om och implementerar åtgärder separat. Vi bedömer att detta resulterat i en förbättrad efterlevnad vad gäller GDPR, men att mycket arbete kvarstår. Rollbeskrivningar behöver kompletteras, och uppföljningsarbetet behöver förstärkas för att regionstyrelsen ska kunna ha en faktabaserad förståelse för hur väl regionen följer GDPR.

Östgötatrafiken har bedrivit ett omfattande arbete för att organisationen ska efterleva GDPR. Alla huvudsakliga områden av kraven i GDPR har berörts och de viktigaste delarna har införts. Projektet har löpande överlämnat vidtagna åtgärder till objektsägare för fortsatt förvaltning och för att slutföra aktiviteter. Vi bedömer även denna metodik som relevant för projektets innehåll.

2.3. Har definierade aktiviteter genomförts på ett tillfredsställande sätt så att önskad effekt uppnåtts?

Iakttagelser

Region Östergötland

Utifrån uppdragsdirektivet sattes inga effektmål upp. Däremot sattes resultatmål upp för respektive prioriterat område som inkluderades i uppdraget. Vi har i denna granskning översiktligt granskat genomförandet och resultatet av uppdraget. Vi har inte funnit skäl till att ifrågasätta det resultat som presenterades i uppdragets slutrapport.

Östgötatrafiken

Projektdirektivet inkluderade två effektmål:

> *E1: När personuppgifter hanteras inom Östgötatrafiken ska det göras i enlighet med gällande lagstiftning. Målsättningen är noll avvikelser efter avslutat projekt. Effektuppföljning ska ske genom stickprov varje månad under sex månader efter avslutat projekt.*
>
> *E2: Öka kunskapsnivån och riskmedvetenheten hos medarbetare som arbetar med hantering av personuppgifter. Uppföljning via enkät efter avslutat projekt.*

Vad gäller E1 har ett omfattande arbete genomförts för att organisationen ska efterleva kraven i GDPR. Projektet har slutfört de flesta av de företagna aktiviteterna, men konstaterar i slutrapporten att vissa åtgärder är kvar att slutföra. Då projektet avslutades i november 2018 har inte tillräcklig tid förflutit för att fullt ut avgöra om effektmålet har uppnåtts.

Under projekttiden har information och utbildning getts organisationen. Samtliga medarbetare som muntligen tar emot beställningar och pratar med kunder har genomgått utbildning om vad GDPR är samt varit inbjudna på workshop om hur det påverkar det dagliga arbetet. De stickprov som vi har gjort visar på att medarbetare anser sig vara medvetna om vad GDPR innebär för deras verksamhet.

Bedömning

De effektmål som definierats har i allt väsentligt uppnåtts inom Östgötatrafiken. Det ska noteras att effektmål inte sattes upp i uppdraget som bedrevs inom Region Östergötland.

För Östgötatrafiken grundar sig vår bedömning på att projektet inkluderat åtgärder för alla huvudsakliga områden av kraven för GDPR. Kvarvarande åtgärder är av den karaktär som vi bedömer att de flesta organisationer ej blivit helt klara med i tid. Östgötatrafiken har identifierat att efterlevnad av GDPR är ett pågående arbete vilket är en förutsättning för att även på sikt efterleva lagstiftningen. Det har även genomförts informations- och utbildningsinsatser för utvalda kategorier av medarbetare. Generellt bedöms kunskapen om GDPR inom organisationen vara tillfredsställande.

2.4. Har kvarstående luckor och aktiviteter identifierats?

Iakttagelser

Region Östergötland

Slutrapporten från genomförd ”gap-analys” listade aktiviteter som behövde utföras. 6 prioriterade områden valdes ut till det uppdrag som bedrivits under våren 2018.

Gap-analysens slutrapport innehåller många kvarvarande aktiviteter som behöver utföras. En av de 6 prioriterade områdena i uppdraget definierades genom aktiviteten ”*Dokumentera de aktiviteter som bör prioriteras för det fortsatta arbetet med dataskyddsförordningen efter den 25 maj*”. Resultatet av aktiviteten är en lista på 7 prioriterade områden med sammanlagt 22 punkter.

Östgötatrafiken

Projektet har löpande överlämnat aktiviteter till förvaltning. Detta inkluderar såväl slutförda som ej slutförda aktiviteter. De ej slutförda aktiviteter som överlämnats har därefter införlivats i de ordinarie förvaltningsplanerna för att därigenom slutföras.

En genomgång av alla verksamhetsplaner och förvaltningsplaner inom Östgötatrafiken ska enligt intervjupersonerna kunna ge en samlad bild av kvarstående aktiviteter, men en sammanhållen restlista har ej kunnat identifieras.

Bedömning

Vår bedömning är kvarstående nödvändiga aktiviter identifierats till viss del.

Inom Region Östergötland grundar sig vår bedömning på att det delvis är oklart hur gap-analysens aktiviteter omhändertagits i uppdrag eller restlista. Det har under uppdragets gång framkommit ytterligare utvecklingsområden. Ansvar är utlagt på verksamhetschefer men vi har inte kunnat konstatera att det finns en central förståelse för kvarvarande arbete.

Vad gäller Östgötatrafiken har inom projektet ej slutförda aktiviteter överlämnats till förvaltningen såväl under projektets gång som vid dess slut. Kvarvarande aktiviteter har omhändertagits av förvaltningen och är därmed identifierade. Det vore önskvärt med en kompletterande sammanställning av kvarvarande aktiviteter för uppföljningsändamål.

2.5. Har utvärdering av etablerade register/processer/roller/ansvarsfördelning skett?

Iakttagelser

Region Östergötland

Gällande roller och ansvarsfördelning: Ett av de 7 prioriterade områdena som identifierats som centrala efter uppdraget är att förtydliga roller, ansvarsfördelning samt befogenhet. Det har även framkommit under intervjuerna att det finns otydligheter i roller och ansvarsfördelning. Det framgår av dokumentet ”*Uppföljning av behandling av personuppgifter*” att regionens dataskyddsombud årligen ska planera och genomföra uppföljningar inom området.

Gällande register: Det saknas idag register av hög kvalitet för såväl egna personuppgifts-behandlingar som när regionen är personuppgiftsbiträde och när regionen anlitar externt personuppgiftsbiträde. Ett av 7 prioriterade områden är att utveckla denna del.

Gällande processer: Inom uppdraget har processer utvärderats men denna granskning har inte kunnat besvara om samtliga relevanta processer har inkluderats. Regionen har identifierat att det kvarstår arbete. Ett av de 7 prioriterade områdena utifrån uppdraget inkluderar att förbättra processer inom flera områden.

Östgötatrafiken

Gällande roller och ansvarsfördelning: Inom Östgötatrafiken har rollen dataskyddsombud tillkommit som en konsekvens av GDPR. Rollen beskrivs främst som Datainspektionens förlängda arm och inte som ansvarig för dataskyddsarbetet inom organisationen.

Ansvaret för efterlevnad av GDPR uppges omfatta samtliga inom verksamheten. Särskilt fokus har förvaltningsledare och objektsägare för sina respektive områden. Ingen ansvarar dock för efterlevnaden utifrån ett övergripande perspektiv.

Projektets cirka 70 aktiviteter listar enbart en aktivitet som specifikt handlar om ansvarsfördelning: ”*Utpekande av informationsansvarig/informationsägare*”. En projektmedlem nämner hur en möjlig framtida ansvarsfördelning i förvaltning kan struktureras.

Gällande register: Ett personuppgiftsregister togs fram redan under förstudien. Registret har därefter underhållits, men det finns kvarvarande luckor som behöver åtgärdas. En kvarvarande aktivitet är att migrera personuppgiftsregistret in i ett system anpassat för ändamålet.

Organisationen bedriver ett organiserat arbete med personuppgiftsbiträdesavtal, med prioritet på de avtal som rör större mängder kunduppgifter.

Gällande processer: Projektet har inkluderat genomgång av några processer och rutiner, däribland 4 för de registrerades rättigheter, incidenthanteringsprocess samt förvaltning av personuppgiftsregistret.

Bedömning

Vår bedömning är att utvärdering skett i begränsad omfattning.

Vår bedömning grundar sig på att Region Östergötland har kvarvarande arbete inom samtliga delar av kontrollmålet. Separata delar av regionen har gått igenom vissa processer, register, roller, och ansvarsfördelning. För att uppfylla kontrollmålet behöver Region Östergötland säkerställa att samtliga delar är omhändertagna inom hela organisationen. Det vore önskvärt att regionen ökar samordningen och testningen av processer och rutiner då det först därefter är möjligt att avgöra om processen fungerar i praktiken.

Inom Östgötatrafiken bedöms registerhanteringen vara tillräckligt etablerad och beprövad. Det kvarstår arbete med att tydliggöra ansvarsfördelning, framför allt inom uppföljningsarbetet. Organisationen har utvärderat vissa processer och rutiner men arbete kvarstår.

2.6. Har tillräcklig utbildning genomförts?

Iakttagelser

Region Östergötland

Utbildning om informationssäkerhet inklusive dataskydd har erbjudits regionledningen men vissa har valt att avstå. Inom uppdraget har kommunikationen till medarbetare om GDPR benämnts ”information” snarare än ”utbildning”. Informationen har kommunicerats som del av APT-material, via internwebb och verksamhetscheferna har fått ansvar att delge information till övriga inom verksamheten. Även IT-samordnarna har agerat för att sprida information och besvara frågor.

Vid intervjuerna har det flera gånger lyfts fram att mer utbildning behövs, exempelvis till regionledningen och gällande användning av personuppgifter för forskningsändamål. Utbildning är ett av sju områden som uppdraget rekommenderat ska prioriteras i det fortsatta arbetet.

Östgötatrafiken

Utbildning inom organisationen har genomförts via informationsmaterial på internwebben samt via klassrumsträffar och workshops. Inom delar av organisationen har ordinarie arbetsplatsmöten använts för att diskutera GDPR och dess påverkan. I intervjuerna påtalats att tillräcklig utbildning har erhållits. Det planeras dock ytterligare insatser för samtliga medarbetare för att hålla frågan vid liv samt introducera alla nya medarbetare i lagstiftningen.

Bedömning

Vår bedömning är att genomförd utbildningsinsats inte är fullt ut tillräcklig även om aktiviteter genomförts. Ytterligare utbildningsinitiativ planeras.

Inom Region Östergötland har fokus varit att informera organisationen om GDPR. Eftersom det vid intervjuerna har efterlysts mer utbildning samt att utbildning inkluderas som ett prioriterat område för fortsatt arbete bedömer vi att de hittills genomförda utbildningarna inte varit tillräckliga.

Östgötatrafikens arbete med utbildning inom organisationen bedöms vara på en acceptabel nivå. Medarbetare har fått olika mycket information och utbildning beroende på vilken information de hanterar.

2.7. Finns det en ändamålsenlig organisation för att efterleva GDPR i framtiden?

Iakttagelser

Region Östergötland

Inom Region Östergötland finns en dataskyddsstrategi antagen. Den specificerar ansvarsområden för efterlevnad av GDPR. Tre nivåer nämns:

- Regionstyrelsen som leder och samordnar Region Östergötlands verksamheter
- Region Östergötlands dataskyddsombud
- Samtliga medarbetare på alla nivåer i regionens alla verksamheter

Vid intervjuer har det uttryckts att roller och ansvarsfördelning i relation till GDPR är otydliga. Det har även framkommit vid intervjuer att mer personella resurser vore önskvärt exempelvis för att ge kontinuerligt stöd inom juridik och informationssäkerhet samt för att operativt arbeta med att samordna aktiviteter relaterade till GDPR.

Regionens IT-samordnare uppges, tillsammans med andra IT-resurser, vara de som sprider kunskap om GDPR och påtalar vad som behöver göras. IT-samordnarna genomför dock inte strukturerad uppföljning av införda åtgärder. Viss samordning mellan verksamheterna görs via IT-samordnarna. I intervjuerna har framförts att vald arbetsmodell är beroende av enskilda personers intresse och kunskap om GDPR.

Östgötatrafiken

Inom Östgötatrafiken nyttjas existerande förvaltningsmodell med förvaltningsledare samt objektsägare för att tillse efterlevnad av GDPR. Organisationen har ett tillsatt dataskyddsombud men saknar en centralt sammanhållande funktion för GDPR-arbetet. Utöver förvaltningsledarna och objektsägare har uttryckts att ansvaret för följsamhet mot GDPR åligger samtliga medarbetare.

Bedömning

Vår bedömning är att det till viss del finns en ändamålsenlig organisation för att efterleva GDPR.

Inom båda organisationerna har arbete bedrivits för att efterleva GDPR. Organisationerna behöver stärka central samordning för att effektivt och med hög kvalitet tillse att alla delar av verksamheterna kontinuerligt följer GDPR. Vidare behöver organisationerna stärka uppföljningsarbetet samt utveckla centrala processer och styrning.

2.8. Har utvärdering av programhantering, programdesign och styrning med rekommendationer för framtida projekt gjorts?

Iakttagelser

Region Östergötland

Uppdraget har lämnat in en slutrapport som godkändes den 11 juni 2018. I rapporten behandlas bland annat hur väl uppdraget lyckades nå de uppsatta målen samt hur väl budgeten hölls. I slutet av rapporten beskrivs även vad som fungerat bra och vad som kan förbättras till nästa uppdrag.

Östgötatrafiken

Projektet har lämnat in en projektslutrapport som godkändes den 12 november 2018. I denna beskrivs erfarenheter från projektet. Vidare ges kortfattat förslag till förbättringar samt rekommendationer inför kommande projekt.

Bedömning

Vår bedömning är att utvärdering gjorts i tillräcklig grad.

Vår bedömning grundar sig på att tillsatta arbetsgrupper har lämnat in slutrapporter som båda har inkluderat en utvärdering av det genomförda arbetet inklusive förslag till förbättringar för kommande arbete.

2.9. Finns enhetliga rutiner och processer för utvärdering inom olika delar av organisationen?

Iakttagelser

Region Östergötland

Vid intervjuer har det framkommit att en utvärdering av utfört uppdrag normalt sett genomförs i samband med att slutrapporten skrivs.

Östgötatrafiken

Vid intervjuer har det framkommit att en utvärdering av utfört projekt normalt sett genomförs i samband med att slutrapporten skrivs.

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet har uppfyllts.

Vår bedömning grundar sig på att båda organisationerna inkluderar en slutrapport med utvärdering och rekommendationer i sina respektive arbetsmodeller.

Region Östergötland
Regionens revisorer

2019-02-20
REVISIONSSKRIVELSE

Region Östergötland
Ank 2019 -02- 21
Dnr SVN 2019-5

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen

För kännedom till:
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Regionutvecklingsnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Regionens arbete för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av regionens arbete för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s rapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Den samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen inte har ett helt ändamålsenligt system för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter. Den interna kontrollen är inte helt tillräcklig.
- Styrelse och ledning på flera nivåer behöver på ett tydligare sätt engagera sig och ta en ledande roll i det förebyggande arbetet.
- Riskanalys avseende oegentligheter i verksamheten har ej genomförts och saknas.
- Regionens interna policys och riktlinjer är i behov av översyn och uppdatering. Detta krävs för att säkerställa ett mer heltäckande, överskådligt och enhetligt innehåll.
- Kännedom och kunskap inom området behöver stärkas. Det finns också behov av att säkerställa ett ändamålsenligt system och tydliggöra var lämnande av information om oegentligheter ska ske.
- Uppföljning och rapportering sker i viss utsträckning.

Anders Senestad
Ordförande

Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Bifogas: PwC:s revisionsrapport "Regionens arbete för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter". Revisionsskrivelse och revisionsrapport finns tillgänglig på www.regionostergotland.se/Revision.

Revisionsrapport

Regionens arbete för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter

Region Östergötland

Karin Jäderbrink
Certifierad kommunal revisor

Matti Leskelä
Certifierad kommunal revisor

Ulrik Hellmark
Revisionskonsult

Magnus Lindahl
Forensic

Februari 2019

pwc

Innehåll

Sammanfattning **2**
1. Inledning **4**
1.1. Bakgrund 4
1.2. Syfte och Revisionsfråga 4
1.3. Revisionskriterier 4
1.4. Kontrollfrågor 5
1.5. Avgränsning 5
1.6. Metod 5
2. Granskningsresultat **6**
2.1. **Kultur - styrelsens och ledningens engagemang** 6
2.1.1. Iakttagelser 6
2.1.2. Bedömning 6
2.2. **Riskhantering** 7
2.2.1. Iakttagelser 7
2.2.2. Bedömning 8
2.3. **Regler - policys och riktlinjer** 8
2.3.1. Iakttagelser 8
2.3.2. Bedömning 10
2.4. **Utbildning och information** 10
2.4.1. Iakttagelser 10
2.4.2. Bedömning 11
2.5. **System för lämnande av information** 11
2.5.1. Iakttagelser 11
2.5.2. Bedömning 11
2.6. **Uppföljning samt rapportering** 12
2.6.1. Iakttagelser 12
2.6.2. Bedömning 12

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning av regionens arbete för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter. Granskningsobjekt är regionstyrelsen. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2018.

Granskningens revisionsfråga besvaras enligt följande:

Har regionstyrelsen ett ändamålsenligt system för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen inte har ett helt ändamålsenligt system för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter. Vi bedömer att den interna kontrollen inte är helt tillräcklig.

Den samlade bedömningen grundar sig på följande bedömningar utifrån ställda kontrollfrågor:

Är styrelsen och ledande tjänstepersoner engagerade i det förebyggande arbetet mot oegentligheter?

Vid bedömer att styrelse och ledande tjänstepersoner delvis är engagerade i det förebyggande arbetet mot oegentligheter.

Vi bedömer att det finns policys och riktlinjer inom området oegentligheter och mutor som delvis är aktuella och uppdaterade. Vi bedömer också att ledningens inställning mot oegentligheter och mutor i policy i allt väsentligt är uttalad. Vi betonar samtidigt vikten av att styrelse och ledning *på flera nivåer* tar en ledande roll och kontinuerligt engagerar sig, driver processen och är delaktiga. Kultur, värdegrund, ledning och styrning (”tonen på toppen”) är viktiga komponenter för ett väl fungerande förebyggande arbete.

Vi bedömer mot bakgrund av enkätresultat och intervjuer att frågor rörande mutor och oegentligheter ej är en levande fråga som diskuteras i organisationen. Det finns behov av att säkerställa information och diskussion för att öka medvetenheten om risken för korruption och oegentligheter.

Har riskanalys avseende oegentligheter i verksamheten genomförts?

Nej, dokumenterade riskanalyser har ej genomförts. Vi kan konstatera att området korruption och andra oegentligheter inte finns i riskanalys eller medtaget i styrelsens eller produktionsenheternas interna kontrollplaner.

Områden som kan utgöra risk för oegentligheter inom regionen har diskuterats vid våra intervjuer och vissa kontroller sker löpande. Systematisk riskbedömning och riskanalys finns ej.

Vår bedömning är att styrelsen bör genomföra en regionövergripande riskanalys avseende vilka verksamheter som är särskilt utsatta för risk för korruption och andra oegentligheter. Denna riskanalys bör sedan ligga till grund för utformningen av gemensamma kontroller och riskreducerande åtgärder i regionen.

Är regionens interna policys och riktlinjer utformade så att de på ett effektivt sätt motverkar och förhindrar oegentligheter?

Vi bedömer att regionens interna policys och riktlinjer delvis är utformade så att de på ett effektivt sätt motverkar och förhindrar oegentligheter.

Vi bedömer att det finns styrande dokument som till delar täcker området. För att mer effektivt utgöra ett stöd och skydd som motverkar och förhindrar oegentligheter finns det dock behov av översyn och uppdatering. Detta krävs för att säkerställa ett heltäckande, överskådligt och enhetligt innehåll.

Vi anser det positivt att enkätresultatet indikerar på relativt god kännedom om befintliga styrande dokument samt att intervjuade anger att dokumenten är lättillgängliga.

Sker information och utbildning till anställda gällande oegentligheter i tillräcklig omfattning?

Vi bedömer att information och utbildning delvis sker till anställda gällande oegentligheter.

Vi kan konstatera att det sker utbildning och information inom området samt att utbildningsmaterial finns tillgängligt. Vi bedömer samtidigt att utbildning och information ej ges i tillräcklig omfattning och att kontinuitet behövs för att säkerställa ändamålsenlig kunskap och kännedom inom området. Det finns behov av gemensamma och återkommande utbildningar inom området till förtroendevalda, anställda och även inhyrd personal.

Finns ett tydligt och ändamålsenligt system för lämnande av information kring misstänkta oegentligheter?

Vi bedömer att det delvis finns ett ändamålsenlighet system för lämnande av information kring misstänkta oegentligheter.

Vi kan konstatera att det i policy framgår att lämnande av information ska ske till chef eller regionjurist. Vi noterar samtidigt att intervjuade och enkätrespondenter anger att rapporteringskanalen inte är helt tydlig och bristande kunskap finns. Det finns behov av att säkerställa ett ändamålsenligt system och tydliggöra var lämnande av information om oegentligheter skall ske.

Sker uppföljning samt rapportering och vidtas åtgärder i tillräcklig omfattning?

Vi bedömer att uppföljning samt rapportering sker i viss utsträckning. Det finns behov av att säkerställa en mer ändamålsenlig, systematisk och riskbaserad uppföljning samt rapportering för att stärka den interna kontrollen inom området. Detta i enlighet med policy mot mutor och korruption. Vi bedömer det positivt att stickprov görs av känsliga konton och att åtgärder vidtas vid avvikelser.

Om tillräckliga åtgärder vidtas i samband med anmälningar är ej bedömt mot bakgrund av att inga aktuella anmälningar eller ärenden för närvarande utreds.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Mutor och andra oegentligheter dyker upp med jämna mellanrum och de händelser som figurerat i media har bland annat medfört att uppmärksamheten riktas mot det förebyggande arbetet i syfte att begränsa riskerna för att oegentligheter ska uppstå med risk att förtroendet skadas.

En ny mutbrottslagstiftning trädde i kraft 1 juli 2012. Statskontoret genomförde 2012 en utredning av korruption i det kommunala Sverige. Riskmedvetenheten uppges enligt utredningen generellt vara låg och risker för korruption analyseras endast undantagsvis och kommer därför inte med i internkontrollplaner.

Begreppet ”oegentligheter” är brett och kan omfatta allt från rent brottsliga handlingar till avvikelser från uppförandekoder, riktlinjer och policys, avvikelser eller kringgående av fastlagda rutiner. Det kan även avse trakasserier och andra förtroendeskadliga eller icke önskvärda handlingar och beteenden. Denna granskning riktar i första hand in sig på oegentligheter i form av mutor och korruption t.ex. trolöshet, förskingring och handlingar där personer i förtroendeposition (tjänstepersoner och förtroendevalda) nyttjar sin position för egen eller annans vinning på organisationens bekostnad. Oegentligheter i form av trakasserier eller andra olämpliga beteenden omfattas inte av granskningen.

Det förebyggande arbetet granskades av revisorerna under 2013 och bl.a. redovisades behov av att fastställa riktlinjer och att utbildningsinsatser krävdes. Ytterligare granskningar som genomförts inom området avser intern kontroll i byggprojekt (2016) samt bisysslor (2014). Revisorerna har i sin riskbedömning lyft fram att det är väsentligt att granska området. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2018.

Granskningen har följts av de två förtroendevalda revisorerna: Jan Widmark och Monica Brodén.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag att bedöma om det finns en tillräcklig och fungerande intern kontroll och förebyggande åtgärder inom området oegentligheter. Nedanstående revisionsfråga ska besvaras:

- ***Har regionstyrelsen ett ändamålsenligt system för att förebygga, upptäcka och beivra oegentligheter?***

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs i huvudsak av:

- Brottsbalken kap. 10
- Om mutor och jäv - Vägledning från SKL

- Vägledning från Institutet Mot Mutor
- Region Östergötlands styrdokument inom området

1.4. Kontrollfrågor

Som underlag för att bedöma övergripande revisionsfråga har följande kontrollfrågor formulerats:

- Är styrelsen och ledande tjänstepersoner engagerade i det förebyggande arbetet mot oegentligheter?
- Har riskanalys avseende oegentligheter i verksamheten genomförts?
- Är regionens interna policys och riktlinjer utformade så att de på ett effektivt sätt motverkar och förhindrar oegentligheter?
- Sker information och utbildning till anställda gällande oegentligheter i tillräcklig omfattning?
- Finns ett tydligt och ändamålsenligt system för lämnande av information kring misstänkta oegentligheter?
- Sker uppföljning samt rapportering och vidtas åtgärder i tillräcklig omfattning?

1.5. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till att omfatta styrelsen samt produktionsenheterna (PE): Centrum för verksamhetsstöd och utveckling (CVU), Hjärt- och medicincentrum (HMC) samt Sinnescentrum (SC).

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer samt enkätundersökning.

Dokumentstudierna har omfattat policys, riktlinjer, rutiner och för granskningen relevanta styrande dokument, anvisningar, intern kontroll och processbeskrivningar.

Intervjuer har genomförts med regionstyrelsens presidium, tjänstepersoner med övergripande uppdrag inom granskade processer inom Ledningsstaben och CVU samt tjänstepersoner inom utvalda sjukvårdande produktionsenheter på centrumstabsnivå. Antalet intervjuer är åtta stycken och totalt har 16 personer intervjuats.

En webbenkätundersökning har genomförts under perioden 2018-11-20 – 2018-12-04 till personal inom utvalda sjukvårdande produktionsenheter. Totalt har 3 041 anställda erhållit enkäten. Svarfrekvens 59 %.

Ett utkast till revisionsrapport har översänts till de intervjuade för sakavstämning.

2. Granskningsresultat

2.1. Kultur - styrelsens och ledningens engagemang

Är styrelsen och ledande tjänstepersoner engagerade i det förebyggande arbetet mot oegentligheter?

2.1.1. Iakttagelser

Regionstyrelse och ledning har utarbetat samt beslutat om policy och riktlinjer vilka även finns tillgängliga på intranätet. I dessa framgår bland annat medarbetarens och förtroendevaldas ansvar och vikten av att föra ut information i organisationen samt hur anställda bör agera.

Dokumenten är delvis uppdaterade och aktuella. ”Policy mot mutor och korruption” fastställdes av fullmäktige 2015-06-15.”Vägledning mutor och korruption” som utgör en bilaga till antagna riktlinjer för gåvor och sponsring med mera är giltig från 2018-02-26. Iakttagelser efter genomgång av styrande dokument framgår kap 2:3.

Region Östergötland har flera adekvata dokument vilka utgör regelverk och riktlinjer för det förebyggande arbetet mot oegentligheter. Av intervjuer framkommer att produktionsenhetsledningarna trots detta tar emot frågor gällande regler för exempelvis julbord, julgåvor och liknande. Detta indikerar på att en kultur råder i organisationen gällande viljan att agera korrekt. Flera intervjuade beskriver kulturen i Region Östergötland som restriktiv. De redovisar också och att det finns en öppen kultur och transparens i organisationen. En dialog anges finnas för området och att det finns en medvetenhet. Styrelsen anger vidare att man i samband med policyframtagandet och hantering av resultat i tidigare revisionsrapporter med mera haft diskussioner och beslut tagits om policy. Tonen anges ha skärpts och kontroller utökats de senaste åren.

I enkätundersökningen testades påståendet: *Jag tycker att ledningens inställning till mutor och oegentligheter är tydlig och uttalad*. 77 % av respondenterna instämmer helt eller till del i påståendet. I erhållna kommentarer betonas också att det är tydligt att samtliga anställda vid alla tillfällen ska agera korrekt, professionellt och utifrån viljan att inte skada organisationens rykte.

I enkätresultatet för påståendet: *Jag tycker att frågor rörande mutor och oegentligheter är en levande fråga som diskuteras på min arbetsplats* är utfallet tydligt. 69 % av respondenterna har angivit att de inte instämmer alls eller delvis inte instämmer. I kommentarsfältet anges ståndpunkter som att området inte är ett ämne som någonsin diskuterats men också att mer diskussion och information önskas.

2.1.2. Bedömning

Kontrollmålet bedöms **delvis** uppfyllt.

Vi bedömer att det finns policys och riktlinjer inom området oegentligheter och mutor som delvis är aktuella och uppdaterade. Vi bedömer också att ledningens inställning till oegentligheter och mutor i policy i allt väsentligt är uttalad. Vi betonar samtidigt vikten av

att styrelse och ledning *på flera nivåer* tar en ledande roll och kontinuerligt engagerar sig, driver processen och är delaktiga. Kultur, värdegrund, ledning och styrning (”tonen på toppen”) är viktiga komponenter för ett välfungerande förebyggande arbete vilket bland annat framgår i SKL´s utbildning i förebyggande arbete mot korruption och oegentligheter.

Vi bedömer mot bakgrund av enkätresultat och intervjuer att frågor rörande mutor och oegentligheter ej är en levande fråga som diskuteras i organisationen. Det finns behov av utökad information och diskussion för att öka medvetenhet om korruption och oegentligheter.

2.2. Riskhantering

Har riskanalys avseende oegentligheter i verksamheten genomförts?

2.2.1. Iakttagelser

I SKL:s utbildning i korruption finns det sex grundläggande komponenter i det förebyggande arbetet mot korruption och oegentligheter. En av komponenterna är riskhantering vilket innebär bland annat att risker ska identifieras, analyseras och reduceras. En organisation bör försöka begränsa de negativa konsekvenserna av incidenter som inte kan undvikas. Styrelse och verksamhet behöver göra en riskbedömning eller riskanalys som omfattar risken för mutbrott eller andra oegentligheter som kan hota regionens verksamheter och mål. Dessa kan avse kartläggning av verksamheter, funktioner, rutiner och processer, relationer och kultur inom olika områden. Exempel på riskområden är upphandling och inköp, läkemedel, medicinteknik, driftentreprenader, byggprojekt, social omsorg, sjukvård med mera.

Enligt regionens antagna policy mot mutor och korruption framgår att riskområden skall identifieras. Regionstyrelsen har inte någon antagen eller dokumenterad riskanalys. I den interna kontrollplanen för regionstyrelsen 2018 framgår ej kontroller inom området. Av intervjuer med regionstyrelsen framkommer att frågan är aktuell och diskuteras exempelvis gällande byggprojekt och investeringar men att det inte finns något riskdokument kopplat till området. De intervjuade beskriver dock att det finns policy och riktlinjer som skall minska risken för eventuella oegentligheter.

Av intervjuer med företrädare för Ledningsstaben framkommer att mallar för internkontrollplaner finns och ska uppdateras utifrån risker i den egna verksamheten exempelvis för produktionsenheterna. Således åläggs ansvar på produktionsenheten att göra egna riskbedömningar. I mallen för intern kontrollplan innefattas dock ej området risk för oegentligheter specifikt. I riktlinjen ”Intern styrning och kontroll av administrativa processer” framgår att produktionsenhetscheferna är ansvariga för att säkerställa att internkontrolldokumenten är uppdaterade och anpassade till den egna verksamheten.

Utvalda produktionsenheter har ingen dokumenterad riskanalys för området. I produktionsenheternas internkontrollplaner framgår ingen riskbedömning eller kontroller inom området oegentligheter. Av intervjuer framkommer dock att medvetenheten är stor gällande personalens agerande gentemot exempelvis läkemedelsföretag, vid upphandling, inköp eller byggprojekt.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet **ej är uppfyllt.**

Dokumenterade riskanalyser har ej genomförts. Vi kan konstatera att området korruption och andra oegentligheter inte finns i riskanalys eller medtaget i styrelsens eller produktionsenheternas interna kontrollplaner.

Områden som kan utgöra risk för oegentligheter inom regionen har diskuterats vid våra intervjuer och vissa kontroller sker löpande. Systematisk riskbedömning och riskanalys finns ej.

Vår bedömning är att styrelsen bör genomföra en regionövergripande riskanalys när det gäller vilka verksamheter som är särskilt utsatta för risk för korruption och andra oegentligheter. Denna riskanalys bör sedan ligga till grund för utformningen av gemensamma kontroller och riskreducerande åtgärder i regionen.

2.3. Regler - policys och riktlinjer

Är regionens interna policys och riktlinjer utformade så att de på ett effektivt sätt motverkar och förhindrar oegentligheter?

2.3.1. Iakttagelser

I Region Östergötland finns det ett flertal riktlinjer och policys som berör området oegentligheter. Policys och riktlinjer kan utgöra ett bra skydd mot otillåten påverkan om dessa är väl genomtänkta och hänger samman samt bygger på en medvetenhet om risker. Exempel på regionens policys och riktlinjer är: Policy mot mutor och korruption, Policy om representation, gåvor, tjänsteresor med mera, Riktlinje för tjänsteresor, studie och planeringsresor, Bisyssla, Policy och riktlinjer för intern styrning och kontroll i administrativa processer med mera.

Vid genomgång av Region Östergötlands dokument i området oegentligheter framkommer att antalet dokument är omfattande. Dokumenten omfattar förhållningssätt till jäv, bisysslor, gåvor, övergripande information som definition av exempelvis korruption till riktlinjer för julbord med leverantörer, andra företag och samarbetspartners. I policy och riktlinjer för intern styrning och kontroll av administrativa processer framgår att ”COSO”-metoden ska användas som angreppsätt och förhållningssätt i internkontrollarbetet. Ramverket som framgår är kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning.

Vid vår genomgång av dokumenten noteras följande;

- Policy mot mutor och jäv finns och innehåller flera väsentliga delar men har inga utarbetade tillämpningsanvisningar. En sådan anvisning innehåller lämpligen tydliga exempel ur Region Östergötlands verksamhet vad gäller medarbetares och anställdas ansvar för sitt eget agerande.

  Viktiga grundkomponenter i regionens förebyggande arbete beskrivs i policyn. Det saknas dock vägledning gällande styrelsens system för att förebygga, upptäcka och

beivra oegentligheter och implementeringen av grundkomponenterna i regionens olika verksamheter.

- Det framgår ej vilka kanaler som finns för att rapportera misstänkt korruption när rapportering till chef eller regionjurist ej bedöms som möjligt och eller om anmälan vill göras anonymt.

- Det framgår inget om hur samarbetspartners skall informeras om policyn eller hur utvärdering av samarbetspartners skall ske med avseende på risker för korruption.

- Jävspolicy gällande anställda, förtroendevalda samt uppdragstagare saknas (som *utvecklar och exemplifierar* regionens jävsbestämmelser med utgångspunkt i lagen) utöver den som specifikt gäller för läkemedelskommittén samt en kort beskrivning i Policyn mot mutor och korruption (sid 4).

- Jäv – ej regionanställd, utgör en försäkran som extern uppdragstagare till regionen skall underteckna. Den som signerar dokumentet skall iaktta jävsbestämmelserna vid Region Östergötland och vid ekonomiska transaktioner. Det framgår ej vem som upprättat dokumentet, när det ska användas eller vem som ansvarar för att det sker.

- I vissa fall är det oklart vilken status styrdokumenten har, vem som är ägare av dokumenten samt i stort hur de implementeras. Vissa styrdokument är politiskt beslutande.

- Det framgår ej konsekvenser om styrdokumenten ej efterlevs bortsett från Policy mot mutor och korruption.

- Oklar status gällande externa överenskommelser mellan SKL och olika industrier (Läkemedelsindustrin, Vårdföretagarna och Byggsektorn) som finns med bland styrande dokument för regionen. Avsaknad av referenser till och beslut om efterlevnad av dessa.

- Vi noterar avsaknad av handlingsplan vid inträffande av oegentligheter.

- Flera riktlinjer och dokument innehåller samma information och även skiftande vägledning.

Vid intervjuer anges att det är enkelt att finna styrande dokument på intranätet och att dessa uppfattas ge ett adekvat stöd. Om något anses vara svårförståeligt anges det vara lätt att ta kontakt med närmsta chef eller CVU-direkt. Enligt de intervjuade har ingen enhet utarbetat egna specifika riktlinjer för oegentligheter.

Resultatet av enkätundersökningen visar att 61 % av respondenterna instämmer helt eller till del i påståendet *Jag känner till att det finns policy och riktlinjer gällande mutor och oegentligheter*. Av svaren framgår att många har kännedom om policy och riktlinjer men att information och utbildning avseende dessa är brister. Flera respondenter önskar mer information kring området.

2.3.2. Bedömning

Kontrollmålet bedöms **delvis** uppfyllt.

Vi bedömer att det finns styrande dokument som till delar täcker området. För att mer effektivt utgöra ett stöd och skydd som motverkar och förhindrar oegentligheter finns det dock behov av översyn och uppdatering. Detta krävs för att säkerställa ett heltäckande, överskådligt och enhetligt innehåll.

Vi anser det positivt att enkätresultatet indikerar på relativt god kännedom om befintliga styrande dokument samt att intervjuade anger att dokumenten är lättillgängliga.

2.4. Utbildning och information

Sker information och utbildning till anställda gällande oegentligheter i tillräcklig omfattning?

2.4.1. Iakttagelser

Vid varje ny mandatperiod genomförs introduktionsutbildning till förtroendevalda vilka behandlar områden såsom exempelvis juridik, ekonomi och ärendehantering, dock ej specifikt kring ämnet oegentligheter.

Av intervjuer framkommer att övergripande introduktionsutbildningar ges till samtliga nyanställda tjänstepersoner i organisationen, oavsett befattning. Varje chef genomgår vid påbörjan av chefsuppdraget en chefsutbildning uppdelat i olika områden/moduler. I dessa ingår delar avseende intern kontroll och oegentligheter. Av intervjuer framgår att systematiken för att säkerställa att inhyrd, vårdande personal har kännedom om Region Östergötlands rutiner och riktlinjer avseende oegentligheter brister. För externa konsulter i byggprojekt finns ett introduktionsdokument vilken innefattar tidplan för när olika delar ska vara genomfört i introduktionen. Under första och andra veckan sker exempelvis information om intern kontroll med genomgång av regler och gällande policy, representationsregler, jäv samt fakturahantering.

E-utbildning som genomförts i organisationen under 2018 gällande intern kontroll i fakturaflödet innehåller området oegentligheter.

Region Östergötland har eget utbildningsmaterial men hänvisar också vidare till utbildningsmaterial av SKL, Institutet mot mutor (IMM), Samverkansöverenskommelser med exempelvis läkemedelsindustrin och liknande på intranätet Lisa.

I enkätundersökningen tog respondenterna ställning till påståendet: *Jag får tillräcklig information och utbildning rörande mutor och oegentligheter*. 66 % av de svarande anger att de inte instämmer alls, alternativt delvis inte instämmer. I kommentarerna till frågan framkommer synpunkter som att mer utbildning i området önskas samt att informationen kring eventuella ärenden samt utbildning måste bli bättre. De intervjuade efterfrågar också praktisk, mer återkommande och kontinuerlig information samt utbildning inom området. I policy framgår att det ska finnas goda förutsättningar för arbetsplatsdiskussion om etiska dilemman.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer kontrollmålet som **delvis** uppfyllt.

Vi kan konstatera att det sker utbildning och information inom området samt att utbildningsmaterial finns tillgängligt. Vi bedömer samtidigt att utbildning och information ej ges i tillräcklig omfattning och att kontinuitet behövs för att säkerställa ändamålsenlig kunskap och kännedom inom området. Det finns behov av gemensamma utbildningar inom området till förtroendevalda, anställda och även inhyrd personal.

2.5. System för lämnande av information

Finns ett tydligt och ändamålsenligt system för lämnande av information kring misstänkta oegentligheter?

2.5.1. Iakttagelser

I Policy mot mutor och korruption, giltig från 2015-06-16 framgår att medarbetare och förtroendevalda har ett eget ansvar att inte göra sig skyldiga till mutbrott eller jäv. Det är inte möjligt att friskrivas från ansvar genom att arbetsledningen har givit sitt godkännande. I policyn framgår också att medarbetare och förtroendevalda ska känna till policyn samt att genom utbildning och information känna till vilka förmåner som är tillåtna och ej. I Policy mot mutor och korruption framgår att *”Vid misstanke om mutbrott eller jäv ska chef eller regionjurist kontaktas”*. Region Östergötland har inte beslutat om att inrätta visselblåsarfunktion.

De intervjuade beskriver att det inte är helt tydligt i hur lämnandet av information kring misstänkta oegentligheter ska ske. Några lyfter att avvikelsesystemet Synergi kan användas till alla typer av avvikelser men att det inte är tydligt vad som gäller just för oegentligheter. Andra intervjuade framför att det är till närmsta chef som rapportering av misstänkta oegentligheter ska ske. Om ärendet gäller den enskildes chef anges att det är till vederbörandes chef som informationen ska lämnas.

Enkätresultatet för påståendet: *Det finns ett tydligt system för hur jag ska rapportera de brister jag upptäcker* visar att 63 % inte instämmer helt eller till del. För påståendet: *Jag vet vart jag ska vända mig för att rapportera brister* svarar 52 % att de inte instämmer helt eller till del. Sammantaget råder osäkerhet bland respondenterna kring lämnandet av information. I kommentarerna till enkätundersökningen noteras att flertalet tror att Synergi ska användas eller anger att de inte vet. Andra respondenter framför att det är tydligt att det är vårdavvikelser som ska rapporteras i Synergi men att det råder osäkerhet i var ärenden kring området oegentligheter ska rapporteras.

2.5.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet **delvis** är uppfyllt.

Vi kan konstatera att det i policy framgår att lämnande av information ska ske till chef eller regionjurist. Vi noterar samtidigt att intervjuade och respondenter anger att rapporteringskanalen inte är helt tydlig och bristande kunskap finns.

Det finns behov av att säkerställa ett kompletterande och ändamålsenligt system i de fall befintliga kanaler inte kan användas. Det krävs också förtydliganden om var och hur läm-

nande av information om olika former av misstänkta oegentligheter skall ske samt av vem och hur informationen skall hanteras och utredas.

2.6. Uppföljning samt rapportering

Sker uppföljning samt rapportering och vidtas åtgärder i tillräcklig omfattning?

2.6.1. Iakttagelser

I ”Policy mot mutor och korruption” framgår att *”genom en samordnad hantering av korruptionsfrågor ska policyns och styrdokumentens efterlevnad följas upp kontinuerligt”*. Av dokumentgenomgång samt intervjuer framkommer att samlad uppföljning inte sker men att viss uppföljning av följsamhet till dessa har skett.

Vid intervju med företrädare för CVU anges att efterkontroller genomförs på produktionsenheterna av så kallade ”känsliga konton” (exempelvis representation). Vi har erhållit ett urval av dessa efterkontroller. Vid genomgången noteras även kontroller gällande jävsituationer vid attestering av fakturor. Brister som uppmärksammas återkopplas löpande till ansvariga. Samtlig återkoppling skickas även vidare som kopia till berörd ekonomichef och vanligtvis åtgärdas bristerna direkt. Om uppmärksammade brister ej åtgärdats efter sex månader skickas sammanställning på ej åtgärdade brister till Ledningsstaben. CVU återkopplar löpande sammanställningar av iakttagelser till Ledningsstaben samt styrelsen.

För år 2018 ingår inte området oegentligheter i internkontrollplanerna för regionstyrelsen eller i granskningen utvalda produktionsenheter. Detta medför att ingen samlad rapportering avseende oegentligheter ägt rum till regionstyrelsen eller Ledningsstaben i området.

I policy eller riktlinjer framgår ej vilka åtgärder som ska vidtas vid misstanke om oegentligheter vilket också bekräftas av intervjuer. Handlingsplan för området saknas.

Vid intervjuer framkommer att anmälare som misstänker oegentligheter mottager information om att ärendet utreds.

Vid granskningstillfället anger de intervjuade att inga aktuella anmälningar eller ärenden om oegentligheter utreds.

2.6.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet **delvis** är uppfyllt.

Vi konstaterar att uppföljning och rapportering sker i viss utsträckning. Det finns behov av att säkerställa en mer ändamålsenlig, systematisk och riskbaserad uppföljning samt rapportering för att stärka den interna kontrollen inom området. Detta i enlighet med policy mot mutor och korruption. Vi bedömer det positivt att stickprov görs av känsliga konton och att åtgärder vidtas vid avvikelser.

Om tillräckliga åtgärder vidtas i samband med anmälningar är ej bedömt mot bakgrund av att inga aktuella anmälningar eller ärenden för närvarande utreds.