

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2022-06-21 kl. 13:00-16:30

Plats: Digitalt via zoom

Ärenden

- 1 Upprop och val av protokollsjusterare
- 2 Fastställande av dagordning
- 3 Föregående mötesprotokoll
- 4 Anmälan av informationshandlingar 2022/5
- 5 Anmälan av delegationsbeslut 2022/6
- 6 Inkomna remisser, promemorior och motioner
- 7 Kurser och konferenser

Informationsärenden och aktuellt

- 8 Aktuell information
- 9 Månadsrapport 2022/80
- 10 Uppskjuten vård
- 11 Återkoppling gällande ambulanssjukvården
*Föredragande: Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör
och Thomas Johansson, verksamhetschef*
- 12 Motion - Stärk kompetensen kring Endometriosis 2022/831
- 13 Motion - Fler vårdplatser inom rättspsykiatri 2022/1146
- 14 Frågor
- 15 Återrapportering från andra forum
- 16 Reviderad målbild första linjens digitala vård
Inera
*Föredragande: Helena Glemdal Bergqvist, IT-
direktör*

Beslutsärenden till regionfullmäktige

- 17 Budget 2023 med flerårsplan för 2024-2025 2022/75
Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid:	2022-06-21 kl. 13:00-16:30	
18	Bilaga till budget 2023 - Regelbok primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län	2022/75
19	Bilaga till budget 2023 - Regelbok ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län	2022/75
20	Bilaga till budget 2023 - Regelverk Patientavgifter i Region Jönköpings län	2022/75
21	Bilaga till budget 2023 - Egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet i Region Jönköpings län	2022/75
22	Policy för regionalt stöd till civilsamhället	2022/1068
23	Rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta	2022/1418

Beslutsärenden för nämnden

24	Remiss av betänkandet E-recept inom EES	2022/578
----	---	----------

Övrigt

25	Övriga frågor
----	---------------

Kallade	För kännedom
<i>Ordinarie ledamöter</i>	<i>Ersättare</i>
Rachel De Basso (S) ordf.	Ann-Kristin Göransson (S)
Martin Nedergaard-Hansen (BA) 1:e v ordf.	Martin Malmerfors (BA)
Thomas Bäuml (M) 2:e v ordf.	Magnus Berndtson (M)
Erik Wågman (S)	Tobias Gyllensten (S)
Eva Eliasson (S)	Linda Vestman (S)
Pernilla Mårtensson (KD)	Emma Ewaldsson (KD)
Peter Iveroth (KD)	Per Danielsson (KD)
Helena Stålhammar (C)	Razvan Nichitelea (C)
Linda Gerdin (BA)	Frida Aronsson (BA)
Jimmy Ekström (L)	Angela Hafström (L)
Märit Strindberg (MP)	Agneta Fransson (MP)
	Bengt-Ove Eriksson (V)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2022-06-21 kl. 13:00-16:30

Elisabeth Töre (V)	Gunnel Svensson (M)
Lisbeth Andersson (M)	Mona Milton (SD)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)	Katja Ganekind (SD)
Olle Moln Teike (SD)	

Tjänstemän

Jane Ydman, regiondirektör
Mats Bojestig, hälso- och
sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och
sjukvårdsstrateg
Kristina Bertov, chefscontroller
Nathalie Bijelic Eriksson,
nämndsekreterare

Personalrepresentanter

Darick Wardh, Kommunal
Fatmir Zogaj, Vårdförbundet
Rumi Uygul, Vision
Carina Sjögren, ersättare

Regionråd

Maria Frisk (KD)
Marcus Eskdahl (S)
Rachel De Basso (S)
Per Eriksson (C)
Jimmy Ekström (L)
Martin Nedergaard-Hansen (BA)
Jon Hammarin-Heinpalu (MP)
Mikael Ekvall (V)
Malin Wengholm (M)
Samuel Godrén (SD)
Dan Sylvebo (-)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00-17:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Innehållsförteckning	Diariernr	Sida
§ 83 Upprop och val av protokollsjusterare		4
§ 84 Fastställande av dagordning		5
§ 85 Föregående mötesprotokoll		6
§ 86 Anmälan av informationshandlingar	2022/5	7
§ 87 Anmälan av delegationsbeslut	2022/6	8
§ 88 Inkomna remisser, promemorior och motioner		9
§ 89 Kurser och konferenser		10
§ 90 Uppföljning av uppdrag gällande arbetsmiljö inom intensivvården, uppskjuten vård och ekonomi inom Kirurgisk vård		11
§ 91 Aktuell information		12
§ 92 Månadsrapport	2022/80	13
§ 93 Uppföljning av uppdrag om att förbättra tillgängligheten vid barn- och ungdomspsykiatri		14
§ 94 Besök av regionrevisionen kl. 15.30		15
§ 95 Uppskjuten vård		16
§ 96 Koalitionens förslag till budget 2023 med flerårsplan för 2024-2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	2022/75	17
§ 97 Frågor		18
§ 98 Åtterrapporering från andra forum		19
§ 99 Delårsrapport nr 1 RJL 2022	2022/83	20-21
§ 100 Motion - Kultur för hälsa	2021/1342	22-23
§ 101 Samlokalisering Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen Norr	2022/840	24-25
§ 102 Verksamhetsområdenas delårsrapporter nr 1 2022	2022/83	26
§ 103 Remiss - Hälso- och sjukvårdens beredskap - Struktur för ökad förmåga	2022/670	27-28
§ 104 Fördelning av budgetposten "FS till förfogande"	2021/128	29-30
§ 105 Initiativärende Bilaga 1	2022/1224	31

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00-17:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Närvarande

- Beslutande**
- Rachel De Basso (S) ordf.
 - Martin Nedergaard-Hansen (BA) 1:e v ordf.
 - Thomas Bäuml (M) 2:e v ordf.
 - Ann-Kristin Göransson (S) ers. Erik Wågman (S)
 - Eva Eliasson (S)
 - Per Danielsson (KD) ers. Pernilla Mårtensson (KD)
 - Peter Iveroth (KD)
 - Helena Stålhammar (C)
 - Martin Malmerfors (BA) ers. Linda Gerdin (BA)
 - Jimmy Ekström (L) §§ 83-93
 - Razvan Nichitelea (C) ers. Jimmy Ekström (L) §§ 94-105
 - Märit Strindberg (MP)
 - Elisabeth Töre (V)
 - Lisbeth Andersson (M)
 - Håkan Karlsson Nyborg (SD)
 - Olle Moln Teike (SD)
- Ersättare**
- Tobias Gyllensten (S)
 - Linda Vestman (S)
 - Razvan Nichitelea (C) §§ 83-93
 - Frida Aronsson (BA)
 - Agneta Fransson (MP)
 - Gunnel Svensson (M)
 - Mona Milton (SD)
- Övriga**
- Martin Takac, sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård §§ 83-91
 - Magnus Trofast, verksamhetschef operations- och intensivvårdskliniken Länssjukhuset Ryhov §§ 83-90
 - Micael Edblom, sjukvårdsdirektör Psykiatri, rehabilitering och diagnostik § 93
 - Magnus Hellström, regionrevisor § 94
 - Mats Hoppe, regionrevisor § 94
 - Östen Johnsson, regionrevisor § 94
 - Maria Lundblom Bäckström, regionrevisor § 94
 - Nenus Jidah, revisionschef Regionrevisionen § 94
 - Mia Suntilla, administrativ samordnare Regionrevisionen § 94
 - Ann Grännö Alm, verksamhetschef Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen § 101

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00-17:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Fatmir Zogaj, Vårdförbundet
Rumi Uygul, Vision
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör §§ 83-93
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg §§ 90-105
Kristina Bertov, chefscontroller
Nathalie Bijelic Eriksson, nämndsekreterare

Justering

Sekreterare

Nathalie Bijelic Eriksson

Ordförande

Rachel De Basso (S)

Justerare

Märit Strindberg (MP)

Olle Moln Teike (SD)

Protokollet är justerat 2022- - och justeringen är tillkännagiven på Region Jönköpings läns anslagstavla samma dag.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 83

Upprop och val av protokollsjusterare

Ordföranden förklarar mötet för öppnat och upprop förrättas.

Nämnden utser Märit Strindberg (MP) och Olle Moln Teike (SD) att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105**Tid:** 2022-05-31 kl. 13:00**Plats:** Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum**§ 84****Fastställande av dagordning**

Dagordningen fastställs i enlighet med utskickat förslag.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 85

Föregående mötesprotokoll

Föregående mötesprotokoll anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 86

Anmälan av informationshandlingar

Diarienummer: RJL 2022/5

Sammanställning av informationshandlingar anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 87

Anmälan av delegationsbeslut

Diarienummer: R JL 2022/6

Sammanställning av vidaredelegationsbeslut anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 88

Inkomna remisser, promemorior och motioner

Sammanställning av inkomna remisser och motioner för april 2022 anmäls och läggs till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 89

Kurser och konferenser

Presidiet har beslutat om deltagande vid följande konferens.

Mötesplats Social Hållbarhet den 20–21 september i Örebro

- En ledamot från ledningen och en ledamot från oppositionen ges möjlighet att delta.

Anmälan sker via nämndsekreteraren.

Nämnden lägger informationen till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 90

Uppföljning av uppdrag gällande arbetsmiljö inom intensivvården, uppskjuten vård och ekonomi inom Kirurgisk vård

Magnus Trofast, verksamhetschef operations- och intensivvårdskliniken Länssjukhuset Ryhov, informerar och svarar på frågor om genomförd rapport avseende arbetsmiljön inom intensivvården.

Martin Takac, sjukvårdsdirektör Kirurgisk vård, informerar och svarar på frågor om pågående arbete med tillgänglighet inom Kirurgisk vård och i samverkan i Sydöstra sjukvårdsregionen samt hur man arbetar med uppdraget avseende en ekonomi i balans i fråga om aktiviteter och handlingsplaner.

Nämnden tackar för informationen och det arbete som gjordes under pandemin och görs fortsatt. I fråga om uppdraget avseende arbetsmiljö inom intensivvården ser nämnden att det finns en plan framåt, önskar lycka till med det fortsatta arbetet samt avslutar uppdraget för nämndens del. I fråga om uppdrag avseende uppskjuten vård och en ekonomi i balans önskar nämnden få en uppföljning framöver.

Nämnden lägger informationen till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 91

Aktuell information

Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör, informerar och svarar på frågor om följande.

- Lågt antal ineliggande covid-patienter där särskild rapportering avseende detta kommer att avslutas
- Fortsatt arbete i händelsegrupp med anledning av kriget i Ukraina
- Rekommendation från SKR gällande utökad vaccinationstäckning, kommer att behandlas vid kommande nämndsammanträde
- Aktuella frågor på akutmottagningen Länssjukhuset Ryhov
- Semesterplaneringen.

Martin Takac informerar kort om sommarplaneringen inom förlossningsvården där arbete pågår för att lösa detta.

Nämnden lägger informationen till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 92

Månadsrapport

Diarienummer: RJL 2022/80

Kristina Bertov, chefscontroller, informerar och svarar på frågor om månadsrapport för april 2022 och delårsrapport nr 1 2022, bl.a. i fråga om ledtider inom standardiserade vårdförlopp samt tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri och specialisttandvården. Information ges även om resultat utifrån överenskommelsen för ökad tillgänglighet i vården och intern hantering av dessa medel.

Utifrån informationen önskar nämnden bjuda in sjukvårdsdirektörerna för Medicinsk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik för att informera nämnden om hur man i respektive verksamhetsområde arbetar med en ekonomi i balans.

Nämnden lägger informationen till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 93

Uppföljning av uppdrag om att förbättra tillgängligheten vid barn- och ungdomspsykiatri

Micael Edblom, sjukvårdsdirektör Psykiatri, rehabilitering och diagnostik, informerar och svarar på frågor om pågående arbete och förutsättningar avseende tillgängligheten vid barn- och ungdomspsykiatri.

Nämnden tackar för informationen och önskar få en uppföljning under hösten, i samband med information om hur man arbetar med en ekonomi i balans.

Ajournering

Sammanträdet ajourneras kl. 15.00 och återupptas kl. 15.15.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 94

Besök av regionrevisionen

Regionrevisionen har inför besöket i nämnden lämnat en skrivelse med diskussionsområden.

En diskussion förs inom följande områden.

- Granskningar som påverkar nämnden under 2022, bland annat omställning till nära vård
- Nämndens arbete med mål, intern kontroll och uppföljning
- Nämndens hantering av uppskjuten vård
- Information om nämndens ansvarsområde framåt.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 95

Uppskjuten vård

Kristina Bertov, chefscontroller, informerar och svarar på frågor om följande.

- Tillgänglighet Region Jönköpings län jämfört med riket vid april 2022
- Ersättningsmodell och aktuella resultat för uppskjuten vård inom Kirurgisk vård.

Nämnden lägger informationen till handlingarna.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 96

Koalitionens förslag till budget 2023 med flerårsplan för 2024-2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2022/75

Ordföranden informerar om att Koalition för Region Jönköpings län idag lämnar sitt förslag till budget 2023 med flerårsplan för 2024-2025 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård. Vid kommande sammanträde den 21 juni kommer nämnden att fatta beslut om förslag till budget för 2023 avseende sin verksamhet och överlämna detta till budgetberedningen för fortsatt budgetarbete.

Nämnden lägger informationen till handlingarna

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 97

Frågor

Vid dagens sammanträde återstår inga frågor att besvara och inga nya frågor anmäls.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 98

Återrapportering från andra forum

Vid dagens sammanträde finns inget att återrapportera. Vid kommande sammanträde kommer en återrapportering från genomfört dialogmöte med patientföreningar att lyftas.

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 99

Delårsrapport nr 1 RJL 2022

Diarienummer: RJL 2022/83

Beslut

Nämnd för folkhälsa sjukvård

- Godkänner delårsrapport per april 2022 för de delar som avser nämndens ansvarsområde, med följande medskick.

Nämnden har ett pågående arbete med att nå hög måluppfyllelse och följer varje år detta löpande med månadsrapporter och delårsrapporter. Coronapandemin har lett till att verksamheten under 2021 och de första månaderna under 2022 har fått anpassas och ställas om. Detta har påverkat måluppfyllelsen i flera av perspektiven under början av 2022. Nämnden fortsätter att via månadsrapporter följa såväl ekonomin som tillgängligheten till nämndens verksamheter. Specifika uppdrag har givits för att förbättra tillgängligheten inom barn och ungdomspsykiatri, måluppfyllelse avseende prio-1 tiderna för ambulansen, att arbeta aktivt med den uppskjutna vården och minska ledtiderna inom de standardiserade vårdförloppen, skapat en tillgänglighetspott för ögonsjukvård inom vårdval och att få ekonomi i balans inom Kirurgisk vård. Utöver systemmätetalen i delårsrapporten följer nämnden tillgängligheten inom specifika nämndmätetal.

Sammanfattning

Enligt regionfullmäktiges direktiv ska regionstyrelsen redovisa en delårsrapport efter april. I delårsrapporten redovisas måluppfyllelse för regionfullmäktiges fastställda systemmätetal, status på de aktiviteter som ska stödja måluppfyllelse, bokslut per april samt ekonomisk helårsprognos.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-31
- Tjänsteskrivelse daterad 2022-05-23
- Delårsrapport april 2022
- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar bifall till föreliggande förslag om att godkänna delårsrapport per april 2022 för de delar som avser nämndens ansvarsområde, med av presidiet föreslaget medskick.

Thomas Bäuml (M) yrkar för Moderaterna bifall till föreliggande förslag och lämnar följande protokollsanteckning.

Utifrån resultatet i delårsrapporten vill vi till kommande nämndsammanträde se en åtgärdsplan för hur underskottet ska hanteras.

Ordföranden medger att protokollsanteckningen biläggs till protokollet.

Elisabeth Töre (V) instämmer i föreliggande förslag.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 100

Motion - Kultur för hälsa

Diarienummer: RJL 2021/1342

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Remitterar ärendet till Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet för möjlighet att lämna synpunkter före beslut i nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Sammanfattning

Kristina Nero, Bengt-Ove Eriksson, Elisabeth Töre och Mikael Ekvall, Vänsterpartiet föreslår i motionen Kultur för hälsa:

- att en specifik tjänst inrättas för arbetet med ”Kultur för hälsa”
- att en tjänst inrättas som koordinator mellan berörd vårdverksamhet /patienter/deltagare och kulturterapeuter/konstnärliga utövare.

Nämnden har fått information och presidiet har behandlat motionen. Presidiet föreslår nämnden avslå motionen.

Beslutsunderlag

- Motionssvar daterat 2022-05-24
- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17
- Motionsunderlag daterat 2022-05-06
- Protokollsutdrag presidiet 2022-04-20
- Motionsunderlag daterat 2022-04-12
- Protokollsutdrag nämnden 2022-02-22
- Protokollsutdrag presidiet 2022-02-09
- Protokollsutdrag regionfullmäktiges presidium 2021-08-19
- Motion Kultur för hälsa

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Thomas Bäuml (M) lyfter förslag om att remittera ärendet till nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet för möjlighet att lämna synpunkter.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Beslutsgång

Nämnden ställer sig bakom förslaget att remittera ärendet till nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet för möjlighet att lämna synpunkter före beslut i nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Beslutet skickas till

Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 101

Samlokalisering Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen Norr

Diarienummer: RJL 2022/840

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

1. Ställer sig bakom föreslagen ombyggnation avseende plan 5 och plan 6 på Rosenlunds vårdcentrum till Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen Norr till en maximal kostnad på 30 300 000 kronor.
2. Läger visad bildpresentation vid sammanträdet avseende nyttor och konsekvenser med samlokaliseringen som bilaga i den fortsatta beslutsprocessen, *bilaga 1*.

Sammanfattning

Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Huskvarna och Jönköping består av två specialistmottagningar inom hälso- och sjukvård för barn i åldern 0-17 år. Verksamheten har ett primärt upptagningsområde för barn inom Jönköping, Habo och Mullsjö kommuner.

För att kunna effektivisera krävs en samlokalisering, både gällande att öka nyttjandet av personalresurser maximalt, att underlätta bemanning och att bibehålla kvalitet och tillgänglighet.

Ärendet har skickats från regionstyrelsens arbetsutskott till nämnd för folkhälsa och sjukvård för yttrande.

Beslutsunderlag

3. Information vid nämndsammanträdet av Ann Grännö Alm, verksamhetschef barn- och ungdomsmottagningen
4. Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17
5. Protokollsutdrag regionstyrelsens arbetsutskott 2022-04-26
6. Tjänsteskrivelse daterad 2022-04-11
7. Bilaga - planlösning

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar för Koalition för Region Jönköpings län att nämnden ställer sig bakom föreslagen ombyggnation och lägger visad bildpresentation avseende nyttor och konsekvenser med samlokaliseringen vid sammanträdet som bilaga i den fortsatta beslutsprocessen, *bilaga 1*.

Beslutsgång

Nämnden beslutar i enlighet med ordförandens förslag.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 102

Verksamhetsområdenas delårsrapporter nr 1 2022

Diarienummer: RJL 2022/83

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner delårsrapport 1 2022 avseende verksamhetsområden inom nämndens ansvarsområde, med följande medskick.

De uppdrag som lämnas av nämnden skall föras in i verksamhetsområdenas delårsrapporter, för att få en uppföljning tillbaka till politiken.

Sammanfattning

I december 2021 noterade nämnden förslag till budget och verksamhetsplan för förvaltningens verksamhetsområden som verkar inom nämndens ansvarsområde. Delårsrapport 1 2022 ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-31
- Tjänsteskrivelse daterad 2022-05-23
- Vårdcentralerna Bra Liv delårsrapport 1 2022
- Folktandvården delårsrapport 1 2022
- Medicinsk vård delårsrapport 1 2022
- Kirurgisk vård delårsrapport 1 2022
- Psykiatri, rehabilitering, diagnostik delårsrapport 1 2022
- Regionledningskontor med verksamhetsnära funktion delårsrapport 1 2022 – för information
- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret ekonomi

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 103

Remiss - Hälso- och sjukvårdens beredskap - Struktur för ökad förmåga

Diarienummer: RJL 2022/670

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Remiss av Slutbetänkande (SOU 2022:6) Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga.

Region Jönköpings län välkomnar utredningen. Region Jönköpings läns bedömning är att om de föreslagna förändringarna träder i kraft kommer beredskapsplaneringen att kunna ske mer sammanhängande och tydligare innefatta planering inför höjd beredskap och krig ur ett mer långsiktigt perspektiv. Det är positivt om planeringsarbetet i framtiden styrs av hälso- och sjukvårdslagen, dock behövs tydliga föreskrifter och planeringsförutsättningar tillskapas. De förändringar i begrepp som föreslås överensstämmer med internationella begrepp, vilket är en fördel. En viktig fråga i utredningens bedömning är att många av dess föreslagna åtgärder inte är kostnadsdrivande vilket Region Jönköpings län uppfattar att de är, finansieringsprincipen förutsätts gälla.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17
- Missiv daterat 2022-05-06
- Förslag till yttrande daterat 2022-05-31
- Remiss - Hälso- och sjukvårdens beredskap - Struktur för ökad förmåga (SOU 2022:6)

Beslutet skickas till

Socialdepartementet

Regionledningskontoret - folkhälsa och sjukvård

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105**Tid:** 2022-05-31 kl. 13:00**Plats:** Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum**Beslutets antal sidor**

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 104

Fördelning av budgetposten "FS till förfogande"

Diarienummer: RJL 2021/128

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner fördelningen av 30 miljoner från budgetposten "FS till förfogande", varav:
 - 10 miljoner kronor avsätts till primärvården för ökad kontinuitet, implementering av patientkontrakt med fast läkare och fast vårdkontakt,
 - 9 miljoner kronor avsätts till att säkra rehabiliteringskedjan på sjukhus och i hemmet,
 - 9 miljoner kronor avsätts för att stärka vårdkedjan inom psykiatrin,
 - 2 miljoner kronor avsätts för inrättandet av lokala sjukhusledningar på länets tre akutsjukhus.

Sammanfattning

Koalition för Region Jönköpings län; Socialdemokraterna, Kristdemokraterna, Centerpartiet, Bevara Akutsjukhusen, Liberalerna och Miljöpartiet har i Budget 2022 avsatt 60 miljoner kr under posten "FS till förfogande" för Nämnden för folkhälsa och sjukvård att fördela i syfte att accelerera arbetet med omställningen till framtidens hälso- och sjukvård och för att ekonomiskt kunna möta aktuella utmaningar i verksamheterna.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17
- Missiv daterat 2022-05-17

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar för Koalition för Region Jönköpings län bifall till föreliggande förslag.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) anmäler att ledamöterna för Sverigedemokraterna inte deltar i beslutet.

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

Thomas Bäuml (M) anmäler att ledamöterna för Moderaterna inte deltar i beslutet.

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret - folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

2

Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 83-105

Tid: 2022-05-31 kl. 13:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 105

Initiativärende

Diarienummer: RJL 2022/1224

Beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Avslår ärendet.

Reservationer

Samtliga ledamöter för Sverigedemokraterna reserverar sig till förmån för eget förslag.

Sammanfattning

Vid nämndens sammanträde den 3 maj väckte Sverigedemokraterna ett initiativärende avseende nedkortning av väntetider för utredning inom Barn- och Ungdomspsykiatri.

Nämnden beslutade att ge presidiet i uppdrag att bereda ärendet inför ett kommande nämndsammanträde.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2022-05-17
- Protokollsutdrag nämnden 2022-05-03
- Initiativärende från Sverigedemokraterna

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden förslår att ärendet avslås i enlighet med presidiets förslag.

Håkan Karlsson Nyborg (SD) yrkar att ärendet ska bifallas.

Beslutsgång

Ordföranden ställer proposition på ovanstående förslag och finner att nämnden avslår ärendet.

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret - kansli, folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

**Samlokalisering,
Barn- och ungdomsmedicinska
mottagningen
Huskvarna - Jönköping**

Patientsäkerhet och Arbetsmiljö

- 1 ”stark” BUMM/läns del
- Tillgänglighet
- Hushålla med resurser
- Engagerat ledarskap
- Miljöpåverkan

Konsekvenser för Sigge

- Ökad tillgänglighet
- Ökad patientsäkerhet
- Färre inställda besök
- Ökad kontinuitet till barnläkare och barnsjuksköterskor
- Inga tveksamheter var besöket genomförs
- "Oförändrat" avstånd till mottagningsbesök
- Ökad möjlighet för sambokadebesök med ex. dietist och fysioterapeut

Konsekvenser för verksamhet och medarbetare

- Ökad patientsäkerhet
- Minskad sårbarhet
- Ökad flexibilitet
- Minskat dubbelarbete
- Vårdenhetschef "alltid" på plats
- Medarbetares många resor mellan H-v och Jk ersätts med fler besökstider för patienter
- Förbättrad handledning av utbildningstjänster/läkarkandidater
- Ökad resursanvändning
- Ökad möjlighet att rekrytera medarbetare
- Lämnar fantastiska lokaler på BUMM Huskvarna

Varför Rosenlunds vårdcentrum ?

- Möjliggör att skilja på infekterade och icke infekterade besök, separerade entréer
- Genererar inte längre avstånd för besökare
- Goda kommunikationsmöjligheter för besökare och medarbetare
- Närhet till primärvårdsarb.
- Närhet till apotek
- Regionens egna vårdlokaler
- Lägre hyra
- Samtliga arbetstagarorganisationer samtycker

Sammanställning av anmälda informationshandlingar till Nämnd för FS – 2022-06-21

Ärendetyp	Ärederubrik
Protokoll	<ul style="list-style-type: none"> Protokoll Presidium Nämnd för folkhälsa och sjukvård 2022-06-08
Inkomna handlingar	
Utgående skrivelser	<ul style="list-style-type: none"> RJL 2022/1220 Svar gällande bidrag till länsorganisationer med folkhälsomål i Jönköpings län 2022 – extra utlysning, 2022-05-17
Regeringsbeslut	
Beslut från Inspektionen för vård och omsorg, IVO	<ul style="list-style-type: none"> RJL 2021/829 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller vård och behandling i samband med olika hälsoproblem. RJL 2021/1532 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller diagnos samt vård och behandling när patienten hade besvär med andningen. RJL 2021/1737 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller diagnostisering och behandling av en fingerskada. RJL 2022/164 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller kvarstående nervpåverkan i höger arm och samt protesavlossning efter höftledsoperation. RJL 2022/527 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller handläggningen av patientens fotproblem. <p>Nya ärenden Patientärenden: RJL 2022/1211, RJL 2022/1212, RJL 2022/1216, RJL 2022/1284, RJL 2022/1286, RJL 2022/1394 och RJL 2022/1396 Tillsynsärenden: RJL 2022/1348</p>
Cirkulär från SKR	
Beslut från SKR	<ul style="list-style-type: none"> RJL 2022/1559 Rekommendation till regioner om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023-2027, 2022-06-10
Övrigt	<ul style="list-style-type: none"> RJL 2022/1537 Ersättning till länsbor vid gästdialys i länder utanför EU/EES, 2022-06-14

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2022-06-14

Utskriven av: Nathalie Bijelic Eriksson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Nämnd för folkhälsa och sjukvård
Sammanträdesdatum:	2022-06-21
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
2022.6846	Tf verksamhetschef kvinnokliniken Eksjö 2022-05-30 -- 06-05	Martin Takac §2/2022
2022-05-23	Verksamhetsområde Kirurgisk vård	Martin Takac
RJL 2022/345	Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Kirurgisk vård 2022	RSV 4.2.2
		Lena Ottosson
2022.6847	Förordnande av ny verksamhetschef vid ögonkliniken Länsjukhuset Ryhov under tiden 2022-05-23 -- 2026-05-22.	Martin Takac §3/2022
2022-05-23	Verksamhetsområde Kirurgisk vård	Martin Takac
RJL 2022/345	Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Kirurgisk vård 2022	RSV 4.2.2
		Lena Ottosson
2022.6897	Förordnande Bra Liv Hälsan 1 vårdcentral, 2022-09-12-2025-09-11.	Charlotta Larsdotter §1/2022
	Charlotte Arvidsson, Bra Liv Bankeryd vårdcentral, 2022-08-15-2025-08-14.	
2022-05-27	Regionledningskontoret	Charlotta Larsdotter
RJL 2022/511	Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	RSV 4.2.2
		Camilla Gustafsson
2022.7129	Anmälan av personuppgiftsincident	Sofia Sund §12/2022
2022-06-03	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2022/1492	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2022.7135	Anmälan av personuppgiftsincident	Sofia Sund §14/2022
2022-06-03	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2022/1498	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2022.7136	Anmälan av personuppgiftsincident	Sofia Sund §13/2022

2022-06-03 RJL 2022/1497	Integritetsskyddsmyndigheten Personuppgiftsincident	Sofia Sund FS 4.5.4 Sofia Sund
2022.7157	Tf. verksamhetschefer Vårdcentralerna Bra Liv sommaren 2022	Charlotta Larsdotter §2/2022
2022-06-03 RJL 2022/511	Regionledningskontoret Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	Charlotta Larsdotter RSV 4.2.2 Camilla Gustafsson
2022.7160	Förordnande verksamhetschef för Bra Liv Nässjö vårdcentral och tf. verksamhetschef för Bra Liv Öxnehaga vårdcentral	Charlotta Larsdotter §3/2022
2022-06-03 RJL 2022/511	Regionledningskontoret Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	Charlotta Larsdotter RS 4.2.2 Camilla Gustafsson
2022.7344	Anmälan av personuppgiftsincident	Sofia Sund §15/2022
2022-06-09 RJL 2022/1514	Integritetsskyddsmyndigheten Personuppgiftsincident	Sofia Sund FS 4.5.4 Sofia Sund
2022.7505	Delegationsbeslut - tf. direktör inom Vårdcentralerna Bra Liv under Charlotta Larsdotters ledighet 2022-07-18-2022-08--14.	Charlotta Larsdotter §4/2022
2022-06-13 RJL 2022/511	Regionledningskontoret Anmälan om delegationsbeslut för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv	Charlotta Larsdotter RSV 4.2.2 Camilla Gustafsson

Dokument

Utskriftsdatum: 2022-06-01

Utskriven av: Nina Granström

Diarienummer: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Remisser maj månad 2022

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	Dokumenttyp
2022.5612	I	Förslag på nya föreskrifter om chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet avseende vissa åtgärder inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	Evelina Örn
2022-05-03		Inspektionen för vård och omsorg	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1178		Remiss - Förslag på nya föreskrifter om chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet avseende vissa åtgärder inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	REMISS
2022.5999	I	Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet SOU 2022:11	Nathalie Bijelic Eriksson
2022-05-09		Socialdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1272		Remiss - Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet SOU 2022:11	REMISS
2022.6020	I	Förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	Evelina Örn
2022-05-10		Socialstyrelsen	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1280		Remiss - Förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	REMISS
2022.6202	I	Europeiska kommissionens förslag till Europaparlamentets och Rådets förordning om det europeiska hälsodataområdet, COM(2022) 197 final	Nathalie Bijelic Eriksson
2022-05-13		Socialdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1322		Remiss - PM Europeiska kommissionens förslag till Europaparlamentets och Rådets förordning om det europeiska hälsodataområdet, COM (2022) 197 final	REMISS
2022.6263	I	Godstransporter på väg - Vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system SOU 2022:13	Erik Bromander
2022-05-16		Finansdepartementet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1331		Remiss - Godstransporter på väg - Vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system SOU 2022:13	REMISS

2022.6435	I	Förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om vaccination i enlighet med det särskilda vaccinationsprogrammet för personer som ingår i riskgrupper	Evelina Örn
2022-05-18		Folkhälsomyndigheten	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1354		Remiss - Förslag till nya föreskrifter och allmänna råd om vaccination i enlighet med det särskilda vaccinationsprogrammet för personer som ingår i riskgrupper	REMISS
2022.6578	I	Samråd - trafikplatsnamn i Värnamo	Erik Bromander
2022-05-20		Trafikverket	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1380		Remiss - Samråd rörande trafikplatsnamn i Värnamo	REMISS
2022.6670	I	Nedläggning av spår 20 och del av spår 6 samt bandel 720 i Värnamo	Erik Bromander
2022-05-20		Trafikverket	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1393		Remiss - Nedläggning av spår 20 och del av spår 6 samt bandel 720 i Värnamo	REMISS

Dokument

Utskriftsdatum: 2022-06-01

Utskriven av: Sebastian Karlberg

Diarienummer: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	Dokumenttyp
2022.6808	I	Motion - Bättre vård för patienter med Lipödem	Linda Byman
2022-05-24		Vänsterpartiet	RLK o Verksamhetsnära funktion
RJL 2022/1409		Motion - Bättre vård för patienter med Lipödem	MOTION

Kultur för hälsa konferens 2022



Foto: Johan W Avby

Välkomna till Kultur för hälsa konferens på Glashuset Gislaved, 15 september 2022!

Kom och ta del av den senaste forskningen och goda exempel på hur du kan använda kultur för att främja hälsa och välbefinnande. Under dagen kommer du att delta på seminarier och workshops samt uppleva kulturinslag och lyssna på intressanta föreläsare. Vår ambition är att du ska få inspiration och kunskap om hur du kan använda kulturen på ett nytt sätt.

Konferensen gästas av två internationella föreläsare!

Nils Fietje, Research Officer WHO:s Europa kontor, leder organisationens arbete med att öka förståelsen av hur kulturella sammanhang påverkar och interagerar med hälsa och välmående.

Jimmy Rotheram leder arbetet med musik på Feversham Primary Academy (UK). 2018 blev Jimmy nominerad till Varkey Foundations Global Teacher Prize för hans uppskattade arbete med att använda musik som en central del i undervisningen. Detta ledde till att skolan gick från att vara en av de sämst rankade till en av de bästa för elevers utveckling i England.

Konferensen Kultur för hälsa riktar sig till:

Dig som är engagerad i arbetet med barn, äldre, personer med funktionsnedsättning, hälso- och sjukvård och integration.

Dig som är beslutsfattare och politiker.

Genom Kultur för hälsa konferensen vill vi öka kunskapen om kulturens betydelse för hälsa samt sprida och bidra till genomförandekraft. Att delta i, eller uppleva kulturaktiviteter stimulerar sinnen och kan bidra till social inkludering och en känsla av sammanhang och meningsfullhet. Vidare visar forskning att användande av kultur kan förkorta vårdtiden och vara ett komplement i rehabiliteringsprocessen.

Arrangör för konferensen är Styrgrupp Kultur för hälsa; Region Jönköpings län, Jönköpings läns museum, Jönköpings läns bildningsförbund, Jönköpings läns arkivförbund, Jönköpings läns hembygdsförbund och kommunerna i Jönköpings län i samverkan med Gislaveds kommun.

08.30 Registrering och fika

09.00 Kulturinslag Dansza

Inom Gislaveds Dansstudions verksamhet finns repertoargruppen Dansza. I år vann Dansza koreografitävlingen Skapa Dans och representerade Jönköpings län på riksfinalen i Stockholm

09.10 Inledningstalare

Rachel De Basso, ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård, Region Jönköpings län

Maria Alexiusson, tf. kulturchef, Gislaveds kommun

09.30 Kan du sjunga dig till bättre hälsa?

Nils Fietje, Research Officer, Behavioural and Cultural Insights Unit, WHO Regional Office for Europe

(Föreläsningen ges på engelska)

Nils kommer att beskriva hur WHO stödjer arbetet med utvecklingen av kultur- och hälsa området. Vi får veta vad WHO's Europa kontor gör för att stödja de medlemsländer som är intresserade av att arbeta med interventioner avseende kultur och hälsa, och vad som fortfarande behöver hända på en politisk nivå för att kultur och hälsa ska bli en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet i Europa.

10.00 Bensträckare

10.05

Jimmy Rotheram, Musikledare på Feversham Primary Academy, nominerad till Varkey Foundations Global Teacher Prize 2018

(Föreläsningen ges på engelska)

Jimmy Rotheram kommer att föreläsa om hur ett holistiskt förhållningssätt vid musikundervisning har effekt på många delar i ett barns liv såsom utveckling av sociala förmågor, fysisk rörelse, självförtroende, tal och språk, läs och skrivförmåga liksom räkneförmåga. Detta i sin tur kan leda till inkludering och mångfald. För ALLA barns välmående, psykiska hälsa och utveckling i stort så är musik en väsentlig del. Jimmy Rotheram kommer också att berätta mer ingående om sitt arbete med barn med autism och stumhet, i vilket han har influerats av musikerterapeuters sätt att arbeta.

11.00 Paus

11.15 Valbara seminarier/workshops - Block A

Du hittar information om blocken nedan.

12.00 Mingellunch med kulturinslag

Scenverkstan i Gislaved bjuder på enkel teaterimprovisation under ledning av dramapedagog Alexandra Sahlin

13.00 Valbara seminarier/workshops - Block B

Du hittar information om blocken nedan.

13.45 Paus och förflyttning

14.00 Valbara seminarier/workshops - Block C

Du hittar information om blocken nedan.

14.45 Fika

15.05 Kulturinslag

15.30 Konferensen avslutas

Målgrupp	Block A. 11.15 – 12.00
Seniorer	<p>A.1 KulturLust</p> <p>Här kommer du att få ta del av ett samarbetsprojekt i syfte att bryta den ofrivilliga ensamheten för seniorer i ordinärt boende genom kulturaktiviteter i dess olika uttrycksformer</p> <p>Metoden bygger på samverkan mellan olika förvaltningar i Nässjö kommun, studieförbund och Region Jönköpings län vilket har varit en framgångsfaktor.</p> <p>Anna Sundling äldrepedagog, Nässjö kommun</p> <p>Per Andrén verksamhetsutvecklare, Nässjö kommun</p> <p>Jessica Solie, verksamhetsutvecklare, Medborgarskolan</p>
Barn och Unga	<p>A.2 Scenmanifestation Murar och broar FUNK-projekt</p> <p>Här kommer du att få ta del av samarbetet kring scenmanifestationen Murar och broar. Ungdomar i Gislaved och Tranås tolkade och bearbetade resultatet från regionens Folkhälsoenkät Ung ur temat psykisk hälsa. Detta resulterade i föreställningarna "När ytan spräcks" och "Pitch black" som spelades i de respektive kommunerna.</p> <p>Alexandra Sahlin dramapedagog Scenverkstan, Gislaved</p> <p>Anna Johansson Larsson, dramapedagog, Holaveds gymnasium, Tranås</p>
Funktionsvariation	<p>A.3 Det omöjliga som blev möjligt</p> <p>Med 15 år i bagaget presenterar nu Freja Musikteater utställningen "Det omöjliga som blev möjligt". Ni kommer att få ta del av tillbakablickar och framgångssagan.</p>

	<p>Detta är ett exempel på hur scenkonsten kan ge ungdomar inom neuropsykiatriska funktionsvariationer förhöjd livskvalité.</p> <p>Sofie Palander som under många år arbetat som konstnärlig ledare för ensemblen.</p>
Integration	<p>A.4 Aktivitetshuset Smeden – EN PLATS FÖR ALLA</p> <p>Här får du ta del av metoden att använda kultur och idrott med syftet att skapa meningsfulla aktiviteter som tilltalar både unga som gamla, tjejer och killar.</p> <p>Integration, kultur, bildning och föreningsverksamhet samt fritidsverksamhet är viktiga ledord för innehållet i Aktivitetshuset. Du får höra mer om samarbetet mellan idrott och kultur genom att skapa gemensamma mötesplatser och projekt som t.ex. Sambafotboll eller en fotbollsopera.</p> <p>Johan Wallin, Smeden och Wolfgang Veith, Minopera</p>
Hälsofrämjande sjukvård	<p>A.5 Workshop. Rehabdans för personer med multipel skleros (MS)</p> <p>Här får du ta del av hur dans som aktivitet kan främja psykiska och kognitiva förmågor och vara ett bra komplement till medicinsk behandling och rehabilitering för personer med MS.</p> <p>Under workshopen får du även möjlighet att prova på Rehabdans för dig med MS.</p> <p>Katarzyna Filipowicz danskonsulent Folkhälsa och sjukvård, Region Jönköpings län</p>
Ledning/organisation	<p>A.6 "Hela människan, hela livet"- ny strategi för kultur och hälsa, Region Skåne</p> <p>"Hela människan, hela livet" –så heter Region Skånes nya strategi för kultur och hälsa som har tagits fram på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden och kulturnämnden i Region Skåne.</p>

Bibbi Miegel Sandborg, utvecklare kultur och hälsa, berättar om strategins innehåll och hur processen för framtagandet såg ut.

Målgrupp	Block B. 13.00 – 13.45
Seniorer	<p>B. 1 Workshop Kan ett förlorat minne lockas fram av konst och kreativt skapande?</p> <p>Våren 2016 startade samarbetet mellan Gislaveds konsthall och Blomstervägens demenscentrum i Gislaved, vilket också blev startskottet för aktiviteterna "Målarstund & Konstpaus".</p> <p>Här får ta del av samarbetet varvat med praktiska moment, funderingar och reflektioner.</p> <p>Mimmi Svärd aktivitetssamordnare och Eva Olsson konstsekreterare/pedagog, Gislaveds kommun.</p>
Barn och Unga	<p>B.2 Laholms kommun</p> <p>Laholms kommun har sedan 2020 kunnat erbjuda ungdomar mellan 16-20 år som tillhör KAA (kommunernas aktivitetsansvar) KUR-aktivitet.</p> <p>Via kommunens teckningsmuseum och krukmakeri får ungdomarna möjlighet att testa på olika tekniker inom färg, form och lera.</p> <p>Aktiviteten syftar till att öka ungdomens välbefinnande med det stora målet att en dag kunna återgå till sina studier eller hitta en plats på arbetsmarknaden.</p> <p>Här får du ta del av KAA-personalens motiverande arbete i samband med konstledarnas bemötande som skapar grogrunden för en trygg och utvecklande aktivitet.</p> <p>Caroline Ugglesjö, arbetsmarknadsutredare - Kommunernas Aktivitetsansvar</p> <p>Helen Olander, samordnare - Kommunens Aktivitetsansvar</p>
Funktionsvariation	<p>B.3 "Det är enklare än du tror"</p> <p>Musik har en spännande förmåga att nå in i en människas själ och hjärta. Här kommer du att få veta mer hur musikutövande kan lindra psykisk</p>

	<p>ohälsa och ge människor framtidstro.</p> <p>Mattias har mångårig erfarenhet av att arbeta med människor med musiken som verktyg för att främja hälsa.</p> <p>Mattias Hultman, skötare/arbetsinstruktör, Jönköpings kommun</p>
<p>Integration</p>	<p>B.4 Workshop. "Mitt Roliga och oroliga liv" FUNK-projekt</p> <p>Workshopen är skapad utifrån ett novellprojekt som elever från Per Brahegymnasiets Introduktionsprogram Språkintröduktion genomförde 2019. Som deltagare i workshopen kommer du få en inblick i projekts innehåll och upplägg.</p> <p>Novellprojektets utformning dvs. skrivande, symbolskapande, gestaltningsövningar och musik är baserat på resultaten från folkhälsoenkät Ung och tar upp teman som livet och framtiden, relationer och trygghet.</p> <p>Frida Concannon, lärare i svenska som andraspråk och teater Maggie Tanhaei, studiehandledare</p>
<p>Hälso- främjande sjukvård</p>	<p>B.5 Glänta – barnbibliotek på sjukhus</p> <p>Här får du ta del av bilderbokens möjligheter, berättelsens kraft och tillgänglighet.</p> <p>DU får också ta del av hur sjukhusbiblioteket arbetar för och samverkar kring barn och ungas möjligheter att delta i kulturaktiviteter i vårdmiljön.</p> <p>Annicka Johansson, Catarina Rådefjäll och Jenny Meyer, Sjukhusbiblioteket Länssjukhuset Ryhov</p>
<p>Ledning/ organisation</p>	<p>B.6 Kommunal struktur och samordning för allas rätt till kultur, Värnamo kommun</p> <p>Kulturchef Lars Alkner och kulturskolechef Andreas Westberg från Värnamo kommun berättar om hur de samverkar med varandra och med externa aktörer med målet att nå så många som möjligt med kultursatsningarna.</p>

Bland annat har en satsning gjorts på en obligatorisk dag för alla sjätteklassare då de får besöka biblioteket och Teknikcenter på Gummifabriken samt Vandalorum.

Målgrupp	Block C. 14.00 - 14.45
Seniorer	<p>C.1 Seniorportalen - äldre, kultur och digitalisering</p> <p>Här får du ta del av hur webbplatsen Seniorportalen bidrar till ökad social gemenskap och höjd livskvalitet i vardagen för äldre, som bor i ordinärt- eller särskilt boende, som inte kan ta sig till kulturaktiviteter själva.</p> <p>Ambitionen är att webbplatsen ska ge ökade förutsättningar för äldre att hitta aktiviteter.</p> <p>Frida Concannon projektledare av projektet "äldre, kultur och digitalisering" Mediacenter</p> <p>Anna Sundling äldrepedagog, Nässjö kommun</p>
Barn och Unga	<p>C.2</p> <p>Workshop. Att använda musik och rörelse för att utveckla och inkludera alla barn i klassrummet</p> <p>Du kommer att ta del av praktiska aktiviteter och strategier för att utveckla och inkludera alla barn i klassrummet, från småbarn till tonåringar.</p> <p>Workshopen innefattar bland annat metoderna och nyckelprinciperna för Kodálys sångbaserade tillvägagångssätt, Dalcrozes rörelsebaserade tillvägagångssätt och andra influenser.</p> <p>Jimmy Rotheram musikledare på Feversham Primary Academy.</p>
Funktions-variation	C.3 Workshop "Alla verkar må bra" FUnK-projekt

	<p>Hur kan vi göra barns röster hörda och fånga in deras perspektiv i frågor som berör dem? Här bjuds du in till ett interaktivt seminarium som ger dig inblick i ett av ShareMusic & Performing Arts workshopkoncept. Det baseras på inkluderande och samskapande arbete och ger deltagarna möjlighet att prova på olika konstnärliga verktyg. Konceptet togs fram i samband med ett pilotprojekt inom FUNK, där klasser från både Finnvedens gymnasium och Finnvedens gymnasiesärskola deltog.</p> <p>ShareMusic & Performing Arts med representanter från FUnK-projektet</p>
<p>Integration</p>	<p>C.4 Workshop. Konsten - vårt gemensamma språk</p> <p>Kring barnen på Österängen i Jönköping finns över 40 olika språk. Men konsten är ett gemensamt språk där vi alla kan uttrycka oss och mötas.</p> <p>I den här workshopen får du veta hur man jobbar med konst som pedagogiskt verktyg på Österängens Konsthall och varför kollektiva processer är att föredra framför individuell prestation.</p> <p>Johanna Linder, Österängens konsthall</p>
<p>Hälsa- främjande sjukvård</p>	<p>C.5 Stärka människors rätt till kultur, oavsett sjukdom eller begränsad rörlighet</p> <p>Musik i Syd utvecklar hälsofrämjande metoder för att stärka människors rätt till kultur, oavsett sjukdom eller begränsad rörlighet.</p> <p>Här kommer du att få ta del av pilotprojekt som pågår t.ex. Break the silence, en konsert och ett samtal kring ungas psykiska hälsa i samarbete med Betaniastiftelsen. Liksom musik på akut- och röntgenmottagningar på SUS Malmö i samarbete med Malmö Opera.</p> <p>Ulrika Gudmundsson Schönberger MUSIK I VÅRD • OMSORG • HÄLSA</p>
	<p>C.6 Att leda och organisera kultur och hälsa för seniorer - Kultur 365</p> <p>I Södertälje kommun finns sedan 2005 ett avtalsreglerat kultursamarbete mellan omsorgskontoret och kultur- och fritidskontoret.</p>

Ledning/ organisation

Kultur 365 har lyckats med att skapa både kontinuitet och överraskningar i utbudet av aktiviteter.

Välkomna att lyssna på Lars erfarenheter, tankar och strategier från Södertälje inför framtida arbete med verksamhetsutveckling i Norrköping.

Lars Ahlin, kulturmäklare, startade upp denna framgångsrika verksamhet som också rönt stort nationellt intresse under årens lopp.

Kostnad

Konferensen kostar 300kr, inkl. moms. Fika och vegetarisk lunch ingår.

Anmälan

▶[Anmäl dig via denna länk](#) , sista anmälningdag 29 augusti 2022.

Vi reserverar oss för ändringar i programmet.

OBS!

Ny inloggningsmetod med Bank-ID sedan 30 juni 2021 för dig som inte är anställd i Region Jönköpings län.

Följ nedanstående länk och fyll i e-postadress och personnummer så skapas ett konto. Vänta 24 timmar och anmäl dig sedan med Bank-ID.

Om du vid tidigare tillfälle har gjort detta kan du gå direkt till anmälan.

För hjälp kontakta lok@rjl.se

Kontakt

För frågor om konferensens innehåll kontakta:

Birgitta Ekeberg

birgitta.ekeberg@rjl.se

Folkhälsa Region Jönköpings län

Ida-Klara Johansson

ida-klara.johansson@rjl.se

Folkhälsa Region Jönköpings län

För frågor om anmälan kontakta:

lnk@ril.se

Uppdaterad 2022-04-27 10:13

Ansvarig Birgitta Ekeberg
Folkhälsa och sjukvård

HUR KAN SAMVERKAN MELLAN OLIKA SAMHÄLLSAKTÖRER
BÄTTRE FRÄMJA DEN PSYKISKA HÄLSAN?



INGEN HÄLSA UTAN PSYKISK HÄLSA

6 OKTOBER 2022
PÅ PLATS & DIGITALT
CLARION HOTEL SIGN



Besök vår webbplats: piku.se



VÄLKOMMEN

till en dag där vi diskuterar former för samverkan!

Ca 30% av alla som söker regionernas och kommunernas primärvård gör det på grund av besvär med psykisk ohälsa. Hur människor får stöd i sitt dagliga liv och sin vardag att bättre ta hand om sin psykiska hälsa kräver samverkan mellan många olika aktörer, det är inte något som hälso- och sjukvården kan lösa på egen hand.

På senare tid har insatser från civila samhället och föreningslivet uppmärksamrats alltmer, inte minst som samverkanspartner till kommuner och regioner i arbete med att stärka den psykisk hälsan.

Under dagen berättar Anna Nergårdh om de förslag som utredningen God och nära vård la fram inom området i betänkandet God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa. Du får en översikt inom området och de förslag som är aktuella vad gäller ny lagstiftning och den nationella nivån för regioner och kommuner. Vi får också höra ett antal goda exempel från verksamheter runt om i landet som aktivt arbetat med samverkan mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och det lokala föreningslivet. Exempel som är valda så de är enkelt tillämpbara för alla i deras egen verksamhet och hemmiljö.



Ingrid Haraldsson
VD, Piku AB



BAKGRUND

Psykisk ohälsa är en av de största samhällsutmaningarna sett till såväl mänskligt lidande för den drabbade och närstående, som utifrån ekonomiska perspektiv (sjukskrivningskostnader, inkomstbortfall, strukturella kostnader för vård och omsorg).

Dessa kostnader, liksom medborgarnas förväntningar inte minst på politiken inom det här området, gör att allt som handlar om psykisk ohälsa och tänkbara åtgärder är högintressant för hälso- och sjukvårdens huvudmän, på såväl politisk nivå som för tjänstemännen.

Samtidigt kommer allt fler rapporter om civila samhällets möjligheter att bidra till förbättrad psykisk hälsa för medborgarna, och i olika sammanhang lyfts just samverkan mellan offentlig sektor och föreningslivet som ett bidrag till lösning på olika samhällsproblem.

Målgrupp

- Politiker och tjänstepersoner inom kommunen, företrädesvis socialnämnd/ socialtjänst och hälso- och sjukvård, men också fritidsnämnd/förvaltning samt andra personer som arbetar med frågan
- Motsvarande hos regioner
- Företrädare för föreningslivet/civilsamhället

Välkommen den 6 oktober på plats eller digitalt!



MEDVERKANDE



Willy Silberstein, har arbetat som journalist under lång tid, främst med inrikespolitik eller från Bryssel med EU i fokus. Willy Silberstein är en av de mest anlitade moderatorerna i Almedalen men också för andra nationella och internationella event.



Anna Nergårdh, f.d.regeringens särskilda utredare. Anna har sedan länge arbetat med och brunnit för hur hälso- och sjukvården kan göras bättre för patienterna. Hon ledde utredningen "Samordnad utveckling för god och nära vård" 2017-2021.



Maria Sundström, verksamhetschef för NSPH, nationell samverkan för psykisk hälsa och Riksförbundet Hjärnkoll. Maria har närmare 20 års erfarenhet inom ideell sektor varav 15 år som chef inom civilsamhället.



Nicolina Fransson, barn- och familjeterapeut. Nicolina har över tjugo års erfarenhet av praktiskt och strategiskt arbete med mental ohälsa hos barn och unga. 2018 grundade hon "Om Mej", en tjänst som skapar en brygga mellan barn och ungas behov och vuxenvärldens vilja att hjälpa dem.



Daniel Burman, folkhälsosamordnare Storumans kommun, arbetar bland annat med suicidprevention i gruppen B4 (Before). Daniel är för närvarande även engagerad i ett arbetsmarknadsprojekt, SIKT 2.0.



Per-Daniel Liljeberg, samordnare för suicidprevention i Region Västerbotten. Med sin långa erfarenhet av skola, utbildning och forskning är han idag ett regionalt stöd till lokal utveckling och initiativtagare till den s.k. Han är även skolhuvudman i Storumans kommun.



Therese Rosenkvist, leg. arbetsterapeut inom Socialpsykiatri i Sjöbo kommun. Therese blev utsedd till Årets Arbetsterapeut 2020 för sitt arbete med "Häng med oss ut" där hon också är författare till metodboken "Friluftsliv för bättre psykisk hälsa – Häng med oss ut".



Frida Ekholm, socionom och arbetar inom elevhälsa på gymnasienivå. Med sitt perspektiv både från dansgolvet med ungdomar och sin roll som kurator föreläser och handleder Frida organisationer som startar "Dans för Hälsa" runt om i Sverige.



PROGRAM

09.30–10.00

Registrering med kaffe

10.00–10.10

Inledning

– *Willy Silberstein, moderator.*

10.10–10.40

Psykisk hälsa – vad händer på nationell nivå?

Baserat på betänkandet Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) ger Anna Nergårdh en genomgång av förslagen med fokus på de delar som gäller samverkan region/kommun och civila samhället och vad som är aktuellt gällande ny lagstiftning och den nationella nivån för regioner och kommuner.

– *Anna Nergårdh, f.d regeringens särskilda utredare.*

10.40–10.50

Frågestund

10.50–11.20

Nyttan med NSPH för kommuner och regioner

Hör mer om organisationens strategiska samverkan och goda exempel med särskilt fokus på brukarinflytande.

– *Maria Sundström, verksamhetschef NSPH.*

11.20–11.30

Frågestund

11.30–12.00

Ett digitalt verktyg som hjälper barn och vuxna

Psykiska ohälsa hos barn och unga ökar stadigt och för att skapa en hållbar, motståndskraftig ung generation vet vi att olika samhällsaktörer behöver identifiera risker tidigt, arbeta förebyggande och agera samordnat. Men hur organiserar vi oss och hur sätter vi igång? En del kommuner har hittat lösningen med en app!

– *Nicolina Fransson, barn- och familjeterapeut.*

12.00–12.10

Frågestund

12.10–12.50

Lunch

12.50–13.15

B4 främjar psykisk hälsa och förebygger självmord

B4 utgår från forskning och är anpassad till glesbygd. Det unika samarbetet som involverar ett flertal förvaltningar, polis, vårdcentral, psykiatri, frivilligorganisationer m.fl fick SKR:s Psyknpris 2020 i kategorin samverkan.

– *Daniel Burman, folkhälsosamordnare och Per-Daniel Liljeberg, samordnare för suicidprevention.*

13.15–13.25

Frågestund

13.25–13.50

Häng med oss ut – en livsviktig vändpunkt för många

Friluftsfremjandet har tillsammans med flera skånska kommuners socialpsykiatri drivit friluftsfremjandet Häng med oss ut. Vi lär oss mer om hur metoden kan användas för samverkan mellan kommunal/regional verksamhet och civilsamhälle. 2020 mottog projektet hedersomnämning från Dagens Medicin i kategorin Årets Brobyggare och projektet har lyfts som ett gott exempel i Statens offentliga utredning 2021:6.

– *Therese Rosenkvist, leg. arbetsterapeut.*

13.50–14.00

Frågestund

14.00–14.25

Dans för Hälsa – en forskningsbaserad metod

En forskningsstudie visar att regelbunden dans ger hälsoeffekter för tonårsflickor med stressrelaterade kroppsliga och emotionella besvär och ett flertal kommuner har valt att erbjuda metoden som en del i elevhälsans utbud. Hör mer om erfarenheter och resultat, och inte minst hur man startar Dans för Hälsa i sin egen kommun.

– *Frida Ekholm, socionom.*

14.25–14.35

Frågestund

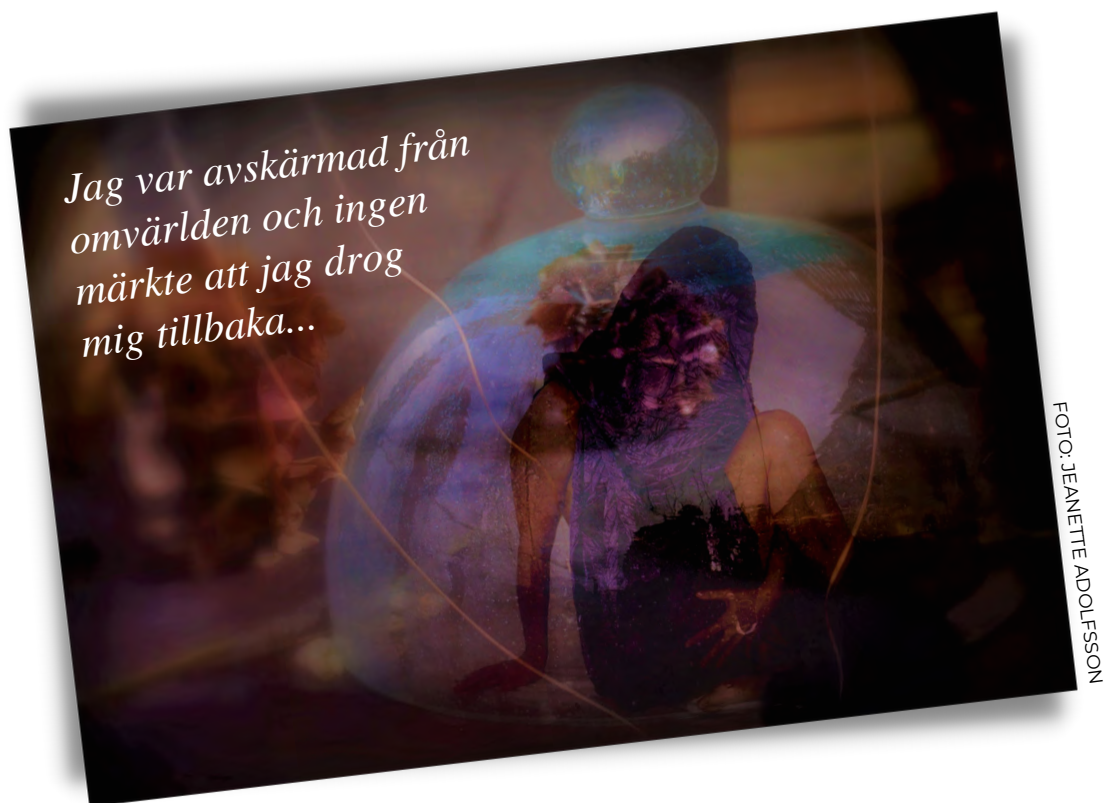
14.35–15.00

Sammanfattning

Frågor m.m.

15.00

Avslutning för dagen





INFORMATION

Tid

6 oktober 2022, kl 09.00-15.00

Plats

Livesänt via Pikus digitala plattform.
Länk skickas ut dagen före sändning.
Clarion Hotel Sign,
Östra Järnvägsgatan 35, Stockholm.
Tel: 08-676 98 00

Anmälan

Anmäl dig [här](#) senast den 8 september 2022. Därefter i mån av plats.
Anmälan är bindande men vid förhinder kan plats överlåtas på annan.

Pris

På plats: 3 100 kr (fm-fika och lunch ingår)

Digitalt: 2 800 kr

Pris per deltagare, exkl moms och faktureras efter anmälan.


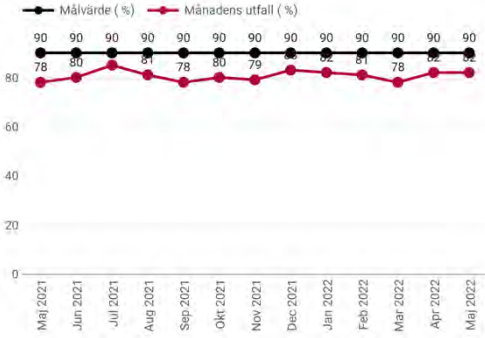

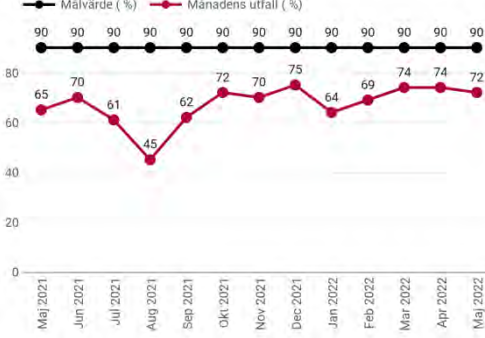

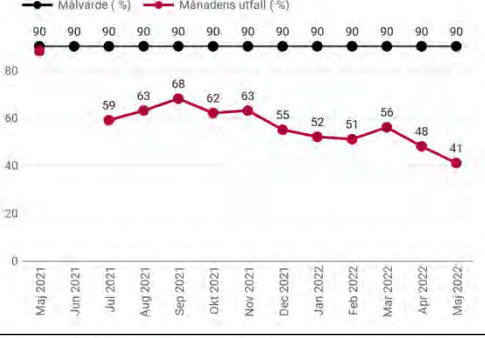

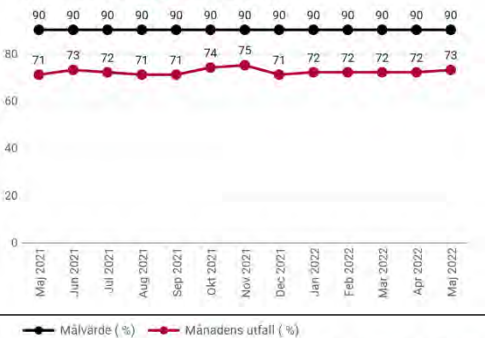

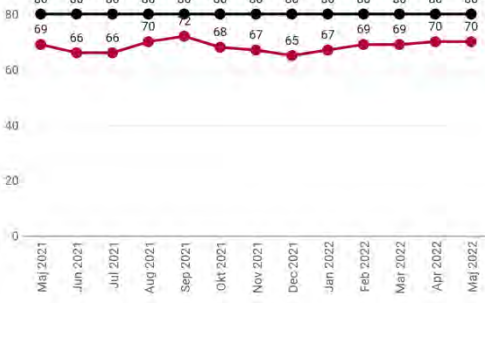
Information



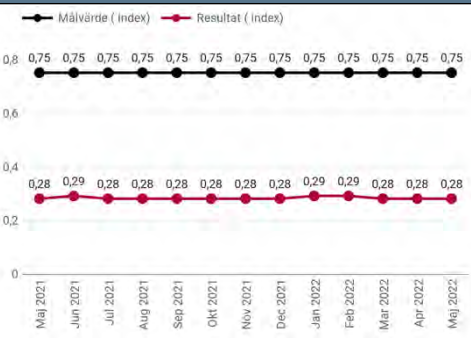


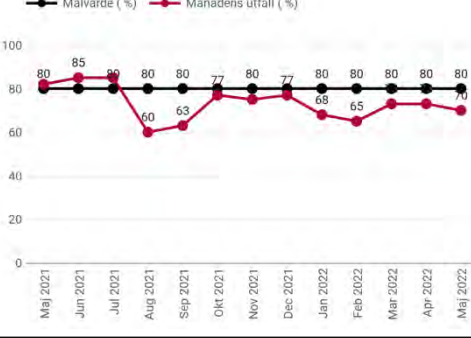


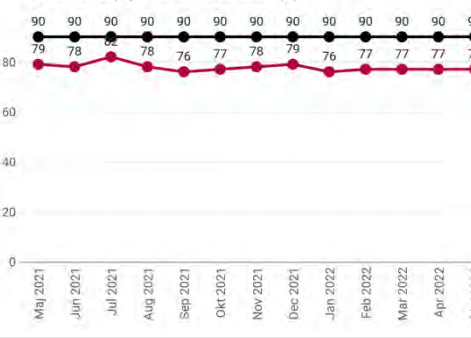


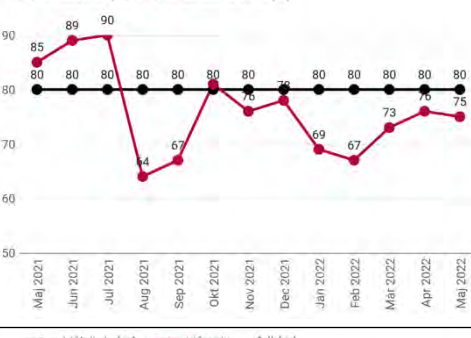


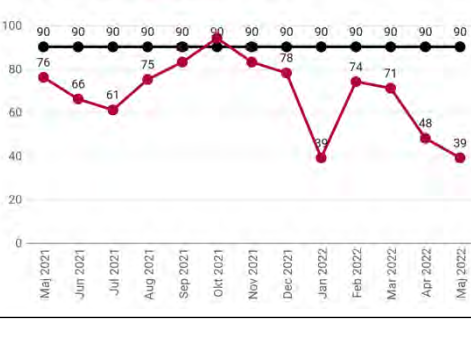
För frågor mm kontakta Ingrid Haraldsson, ingrid.haraldsson@piku.se, 0733-530094.
Varmt välkommen!



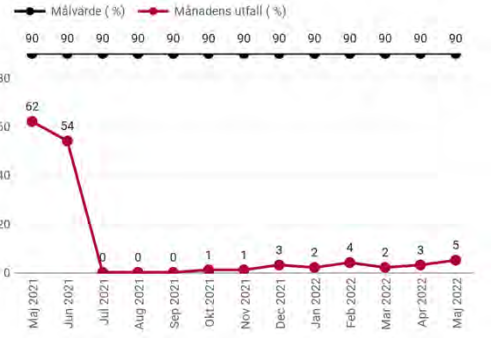


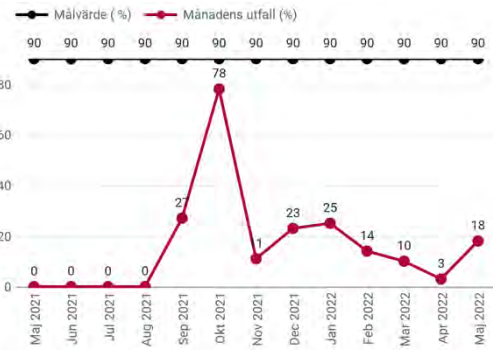


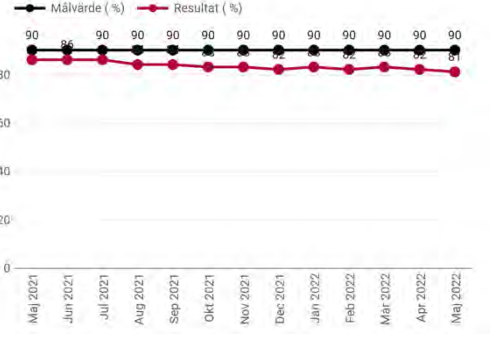


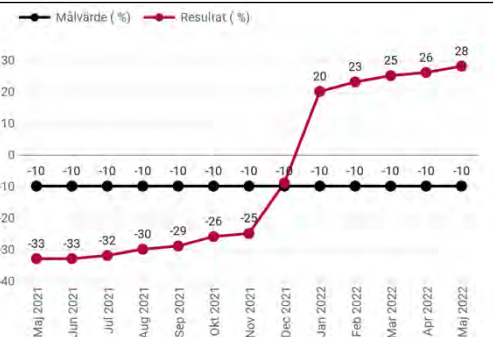




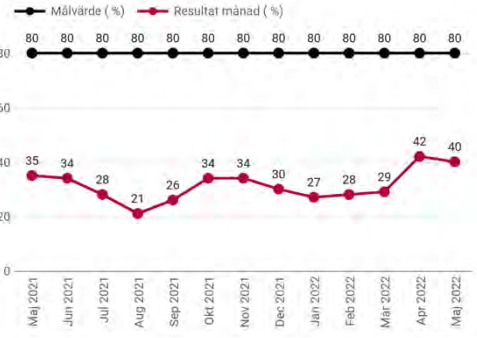


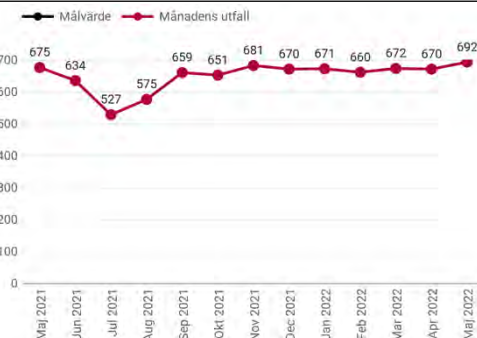


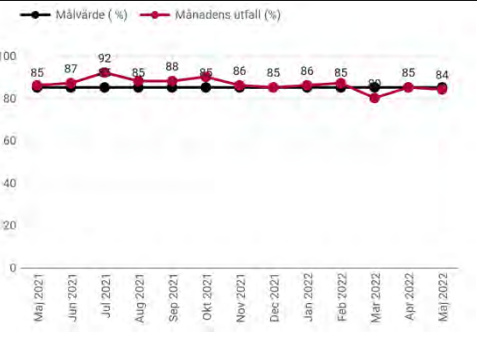


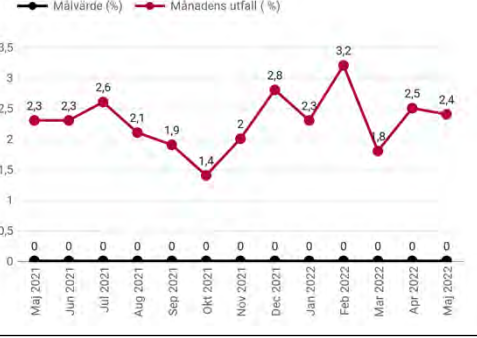
Månadsrapport Maj 2022 nämnd Folkhälsa och sjukvård






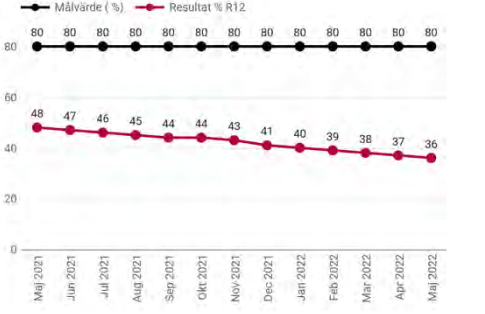


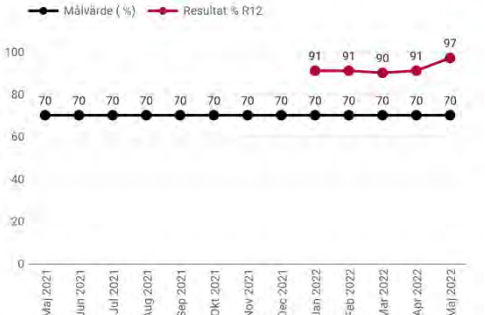


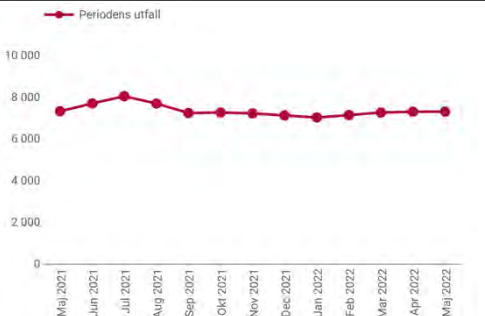


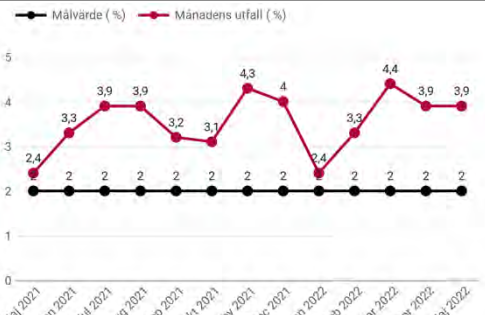
13 ■ 7 ◆ 2 ● 2 ▬ av 24 Mätetal



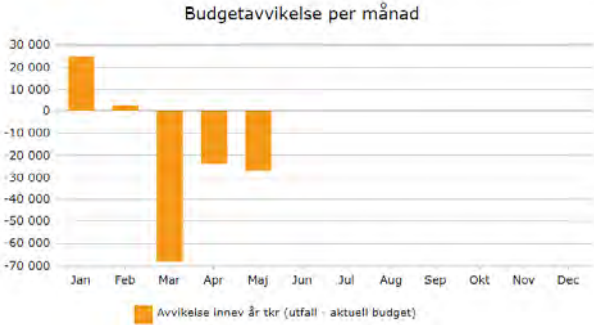
Mätetal	Resultat	Analys	Diagram																																										
 Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	81 % ◆	Bättre än maj 2021, ett resultat som ligger ungefär som de senaste månadernas medel. 6 vårdcentraler klarar målet.	 <table border="1"> <caption>Målvärde (%) / Månadens utfall (%)</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målvärde (%)</th> <th>Månadens utfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>78</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>80</td></tr> <tr><td>Juli 2021</td><td>90</td><td>85</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>80</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>78</td></tr> <tr><td>Oktober 2021</td><td>90</td><td>80</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>79</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>82</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>80</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>80</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>78</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>80</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>81</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)	Maj 2021	90	78	Jun 2021	90	80	Juli 2021	90	85	Aug 2021	90	80	Sep 2021	90	78	Oktober 2021	90	80	Nov 2021	90	79	Dec 2021	90	82	Jan 2022	90	80	Feb 2022	90	80	Mar 2022	90	78	Apr 2022	90	80	Maj 2022	90	81
Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)																																											
Maj 2021	90	78																																											
Jun 2021	90	80																																											
Juli 2021	90	85																																											
Aug 2021	90	80																																											
Sep 2021	90	78																																											
Oktober 2021	90	80																																											
Nov 2021	90	79																																											
Dec 2021	90	82																																											
Jan 2022	90	80																																											
Feb 2022	90	80																																											
Mar 2022	90	78																																											
Apr 2022	90	80																																											
Maj 2022	90	81																																											
Nämnd  Väntetid till undersökning inom 30 dagar, radiologi	71 % ◆	Utfall något bättre än maj 2021 och ungefär på samma nivå som de senaste månaderna. Finns fortsatt en kontinuerlig ökning av efterfrågan på både CT och MR. För de undersökningar som medicinskt behöver prioritera uppnås oftast målen, de patienter som får vänta är de som har lägst medicinsk prioritet. Fortsatt extra insatser och köp av extern aktör.	 <table border="1"> <caption>Målvärde (%) / Månadens utfall (%)</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målvärde (%)</th> <th>Månadens utfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>65</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>70</td></tr> <tr><td>Juli 2021</td><td>90</td><td>61</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>45</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>62</td></tr> <tr><td>Oktober 2021</td><td>90</td><td>72</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>70</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>75</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>64</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>69</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>74</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>74</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>72</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)	Maj 2021	90	65	Jun 2021	90	70	Juli 2021	90	61	Aug 2021	90	45	Sep 2021	90	62	Oktober 2021	90	72	Nov 2021	90	70	Dec 2021	90	75	Jan 2022	90	64	Feb 2022	90	69	Mar 2022	90	74	Apr 2022	90	74	Maj 2022	90	72
Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)																																											
Maj 2021	90	65																																											
Jun 2021	90	70																																											
Juli 2021	90	61																																											
Aug 2021	90	45																																											
Sep 2021	90	62																																											
Oktober 2021	90	72																																											
Nov 2021	90	70																																											
Dec 2021	90	75																																											
Jan 2022	90	64																																											
Feb 2022	90	69																																											
Mar 2022	90	74																																											
Apr 2022	90	74																																											
Maj 2022	90	72																																											
Nämnd  Väntetid till undersökning inom 30 dagar, klinisk fysiologi	49 % ■	En försämrad tillgänglighet framförallt på grund av kraftigt ökad remissinströmning.	 <table border="1"> <caption>Målvärde (%) / Månadens utfall (%)</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målvärde (%)</th> <th>Månadens utfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>88</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>59</td></tr> <tr><td>Juli 2021</td><td>90</td><td>63</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>68</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>62</td></tr> <tr><td>Oktober 2021</td><td>90</td><td>63</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>55</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>52</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>51</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>56</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>48</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>41</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>41</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)	Maj 2021	90	88	Jun 2021	90	59	Juli 2021	90	63	Aug 2021	90	68	Sep 2021	90	62	Oktober 2021	90	63	Nov 2021	90	55	Dec 2021	90	52	Jan 2022	90	51	Feb 2022	90	56	Mar 2022	90	48	Apr 2022	90	41	Maj 2022	90	41
Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)																																											
Maj 2021	90	88																																											
Jun 2021	90	59																																											
Juli 2021	90	63																																											
Aug 2021	90	68																																											
Sep 2021	90	62																																											
Oktober 2021	90	63																																											
Nov 2021	90	55																																											
Dec 2021	90	52																																											
Jan 2022	90	51																																											
Feb 2022	90	56																																											
Mar 2022	90	48																																											
Apr 2022	90	41																																											
Maj 2022	90	41																																											
Nämnd  Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	72 % ■	Samma nivå som tidigare månader under året, är främst akutmottagningen i Värnamo och de psykiatriska akutenheterna som när/är nära målnivåerna.	 <table border="1"> <caption>Målvärde (%) / Månadens utfall (%)</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målvärde (%)</th> <th>Månadens utfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>71</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>73</td></tr> <tr><td>Juli 2021</td><td>90</td><td>72</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>71</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>71</td></tr> <tr><td>Oktober 2021</td><td>90</td><td>74</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>75</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>71</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>72</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>72</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>72</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>72</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>73</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)	Maj 2021	90	71	Jun 2021	90	73	Juli 2021	90	72	Aug 2021	90	71	Sep 2021	90	71	Oktober 2021	90	74	Nov 2021	90	75	Dec 2021	90	71	Jan 2022	90	72	Feb 2022	90	72	Mar 2022	90	72	Apr 2022	90	72	Maj 2022	90	73
Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)																																											
Maj 2021	90	71																																											
Jun 2021	90	73																																											
Juli 2021	90	72																																											
Aug 2021	90	71																																											
Sep 2021	90	71																																											
Oktober 2021	90	74																																											
Nov 2021	90	75																																											
Dec 2021	90	71																																											
Jan 2022	90	72																																											
Feb 2022	90	72																																											
Mar 2022	90	72																																											
Apr 2022	90	72																																											
Maj 2022	90	73																																											
 Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	69 % ◆	Tillgängligheten uppgår i genomsnitt under perioden januari till och med maj till 69 procent. Föregående år motsvarande period 67 procent. Antalet prioritet 1 uppdrag har ökat med 7 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Det ökade antalet uppdrag har bidragit till en minskad tillgänglighet jämfört med tidigare år. Inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättning fortsätter att öka och tar allt mer av ambulanssjukvårdens resurser, vilket reducerar tillgängligheten. Samtliga ambulansresurser har varit aktiva under första tertiet 2022.	 <table border="1"> <caption>Målvärde (%) / Månadens utfall (%)</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målvärde (%)</th> <th>Månadens utfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>80</td><td>69</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>80</td><td>66</td></tr> <tr><td>Juli 2021</td><td>80</td><td>66</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>80</td><td>70</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>80</td><td>72</td></tr> <tr><td>Oktober 2021</td><td>80</td><td>68</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>80</td><td>67</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>80</td><td>65</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>80</td><td>67</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>80</td><td>69</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>80</td><td>69</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>80</td><td>70</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>80</td><td>70</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)	Maj 2021	80	69	Jun 2021	80	66	Juli 2021	80	66	Aug 2021	80	70	Sep 2021	80	72	Oktober 2021	80	68	Nov 2021	80	67	Dec 2021	80	65	Jan 2022	80	67	Feb 2022	80	69	Mar 2022	80	69	Apr 2022	80	70	Maj 2022	80	70
Månad	Målvärde (%)	Månadens utfall (%)																																											
Maj 2021	80	69																																											
Jun 2021	80	66																																											
Juli 2021	80	66																																											
Aug 2021	80	70																																											
Sep 2021	80	72																																											
Oktober 2021	80	68																																											
Nov 2021	80	67																																											
Dec 2021	80	65																																											
Jan 2022	80	67																																											
Feb 2022	80	69																																											
Mar 2022	80	69																																											
Apr 2022	80	70																																											
Maj 2022	80	70																																											

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd  Kontinuitetsmått – primärvård	0,28 index 	Läkarkontinuiteten oförändrad och ligger stabilt en bra bit från uppsatt mål. Mindre vårdcentraler med god egen bemanning har goda förutsättningar att klara sitt uppdrag med fast läkarkontakt. Stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning.	
 Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	70 % 	Resultatet ligger under målnivån men det är fler genomförda besök jämfört med maj 2019 och 2021. Antalet som väntar på ett första besök minskade i maj jämfört med april i år. Med tanke på kommande sommar kommer troligen antalet väntande efter sommaren vara påtagligt fler.	
 Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	77 % 	På samma nivå som tidigare månader. Bäst följsamhet mot målet av de med större volymer ses inom psykiatri och kvinnoklinikerna, sämst följsamhet ses inom ögonsjukvården, kirurgkliniken och urologkliniken.	
 Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar, specialiserad vård	72 % 	Resultatet ligger en bit från målnivån även att det är betydligt fler genomförda operationer/åtgärder i maj 2022 jämfört med maj 2021, dock något färre än maj 2019. Antalet väntande är något fler än i april 2022, med tanke på kommande sommar kommer troligen antalet väntande efter sommaren vara fler.	
Nämnd  Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatri	53 % 	Målnivån nås ej. Antalet väntande till första besök har ökat något jämfört med tidigare år men den längsta väntetiden har kortats: Maj 2019: Antal väntande 192, längst väntetid 137 dagar Maj 2021: Antal väntande 207, längst väntetid 108 dagar Maj 2022: Antal väntande 217, längst väntetid 95 dagar	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram																																										
Nämnd  Faktisk väntetid till utredning barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar	3 % 	Målnivån nås ej. Vid jämförelse väntande: Maj 2019: 349 väntande varav 34 väntat längre än ett år Maj 2021: 234 väntande varav 19 över ett år Maj 2022: 469 väntande varav 28 över ett år. Samtliga som väntat längre än ett år finns nu inom Habiliteringscentrum.	 <table border="1"> <caption>Målnivå och månadsutfall (%) - Barn- och ungdomspsykiatri</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målnivå (%)</th> <th>Månadsutfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>62</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>54</td></tr> <tr><td>Jul 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Okt 2021</td><td>90</td><td>1</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>1</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>3</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>2</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>4</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>2</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>3</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målnivå (%)	Månadsutfall (%)	Maj 2021	90	62	Jun 2021	90	54	Jul 2021	90	0	Aug 2021	90	0	Sep 2021	90	0	Okt 2021	90	1	Nov 2021	90	1	Dec 2021	90	3	Jan 2022	90	2	Feb 2022	90	4	Mar 2022	90	2	Apr 2022	90	3	Maj 2022	90	5
Månad	Målnivå (%)	Månadsutfall (%)																																											
Maj 2021	90	62																																											
Jun 2021	90	54																																											
Jul 2021	90	0																																											
Aug 2021	90	0																																											
Sep 2021	90	0																																											
Okt 2021	90	1																																											
Nov 2021	90	1																																											
Dec 2021	90	3																																											
Jan 2022	90	2																																											
Feb 2022	90	4																																											
Mar 2022	90	2																																											
Apr 2022	90	3																																											
Maj 2022	90	5																																											
Nämnd  Faktisk väntetid till behandling barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar	9 % 	Fortsatt långt från måluppfyllelse. Vid jämförelse över de som väntade på start av behandling: Maj 2019 fanns 45 väntande barn, den som väntat längst hade väntat 281 dagar. Maj 2021 väntade 653 barn, den som väntat längst hade väntat 788 dagar. Maj 2022 väntade 670 barn, den som väntat längst har väntat 1 078 dagar.	 <table border="1"> <caption>Målnivå och månadsutfall (%) - Behandling barn- och ungdomspsykiatri</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målnivå (%)</th> <th>Månadsutfall (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Jul 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>0</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>27</td></tr> <tr><td>Okt 2021</td><td>90</td><td>78</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>1</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>23</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>25</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>14</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>10</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>3</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>18</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målnivå (%)	Månadsutfall (%)	Maj 2021	90	0	Jun 2021	90	0	Jul 2021	90	0	Aug 2021	90	0	Sep 2021	90	27	Okt 2021	90	78	Nov 2021	90	1	Dec 2021	90	23	Jan 2022	90	25	Feb 2022	90	14	Mar 2022	90	10	Apr 2022	90	3	Maj 2022	90	18
Månad	Målnivå (%)	Månadsutfall (%)																																											
Maj 2021	90	0																																											
Jun 2021	90	0																																											
Jul 2021	90	0																																											
Aug 2021	90	0																																											
Sep 2021	90	27																																											
Okt 2021	90	78																																											
Nov 2021	90	1																																											
Dec 2021	90	23																																											
Jan 2022	90	25																																											
Feb 2022	90	14																																											
Mar 2022	90	10																																											
Apr 2022	90	3																																											
Maj 2022	90	18																																											
 Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling, Folk tandvården	81 % 	Tillgängligheten för allmäntandvårdens kliniker är i princip oförändrad sista halvåret. Utfallet är 5% lägre än motsvarande period föregående år, men 5% bättre jämfört med 2019. Folk tandvården har ca 82 000 revisionspatienter och av dessa får ca 66 000 undersökning och behandling inom planerad tid. Variationen mellan klinikerna är stor, främst beroende på personaltillgång. Stödjtjänstgöring tillämpas för att klara situationen på kliniker med större personaltapp. Rekryteringsinsatser pågår ständigt. Tillgången på odontologiskt utbildad personal är fortfarande liten och störst svårigheter finns utanför regionens större orter. 12 av 26 allmäntandvårdskliniker har en tillgänglighet på 90% eller mer. 14 kliniker har en tillgänglighet mellan 89% och ned till 45%.	 <table border="1"> <caption>Målnivå och resultat (%) - Allmäntandvård</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målnivå (%)</th> <th>Resultat (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Jul 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Okt 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>90</td><td>86</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>90</td><td>86</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målnivå (%)	Resultat (%)	Maj 2021	90	86	Jun 2021	90	86	Jul 2021	90	86	Aug 2021	90	86	Sep 2021	90	86	Okt 2021	90	86	Nov 2021	90	86	Dec 2021	90	86	Jan 2022	90	86	Feb 2022	90	86	Mar 2022	90	86	Apr 2022	90	86	Maj 2022	90	86
Månad	Målnivå (%)	Resultat (%)																																											
Maj 2021	90	86																																											
Jun 2021	90	86																																											
Jul 2021	90	86																																											
Aug 2021	90	86																																											
Sep 2021	90	86																																											
Okt 2021	90	86																																											
Nov 2021	90	86																																											
Dec 2021	90	86																																											
Jan 2022	90	86																																											
Feb 2022	90	86																																											
Mar 2022	90	86																																											
Apr 2022	90	86																																											
Maj 2022	90	86																																											
Nämnd  Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö	28 % 	Pandemin har påverkat klinikernas arbetssituation med periodvis högre sjukfrånvaro hos personalen och något mer frekventa återbud från patienter. För närvarande har Folk tandvården endast 2 kliniker inom allmäntandvården som har möjlighet att ta emot nya patienter, med undantag för barn och ungdomar, akuta patienter och patienter med "nödvändig tandvård", vilka alltid prioriteras för snabb behandling. Målet om att minska antalet nya patienter i kö med 10 procent jämfört med december 2020 uppfylls inte.	 <table border="1"> <caption>Målnivå och resultat (%) - Möjlighet att ta emot nya patienter</caption> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Målnivå (%)</th> <th>Resultat (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Maj 2021</td><td>-10</td><td>-33</td></tr> <tr><td>Jun 2021</td><td>-10</td><td>-33</td></tr> <tr><td>Jul 2021</td><td>-10</td><td>-32</td></tr> <tr><td>Aug 2021</td><td>-10</td><td>-30</td></tr> <tr><td>Sep 2021</td><td>-10</td><td>-29</td></tr> <tr><td>Okt 2021</td><td>-10</td><td>-26</td></tr> <tr><td>Nov 2021</td><td>-10</td><td>-25</td></tr> <tr><td>Dec 2021</td><td>-10</td><td>-10</td></tr> <tr><td>Jan 2022</td><td>-10</td><td>20</td></tr> <tr><td>Feb 2022</td><td>-10</td><td>23</td></tr> <tr><td>Mar 2022</td><td>-10</td><td>25</td></tr> <tr><td>Apr 2022</td><td>-10</td><td>26</td></tr> <tr><td>Maj 2022</td><td>-10</td><td>28</td></tr> </tbody> </table>	Månad	Målnivå (%)	Resultat (%)	Maj 2021	-10	-33	Jun 2021	-10	-33	Jul 2021	-10	-32	Aug 2021	-10	-30	Sep 2021	-10	-29	Okt 2021	-10	-26	Nov 2021	-10	-25	Dec 2021	-10	-10	Jan 2022	-10	20	Feb 2022	-10	23	Mar 2022	-10	25	Apr 2022	-10	26	Maj 2022	-10	28
Månad	Målnivå (%)	Resultat (%)																																											
Maj 2021	-10	-33																																											
Jun 2021	-10	-33																																											
Jul 2021	-10	-32																																											
Aug 2021	-10	-30																																											
Sep 2021	-10	-29																																											
Okt 2021	-10	-26																																											
Nov 2021	-10	-25																																											
Dec 2021	-10	-10																																											
Jan 2022	-10	20																																											
Feb 2022	-10	23																																											
Mar 2022	-10	25																																											
Apr 2022	-10	26																																											
Maj 2022	-10	28																																											

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
 Tillgänglighet specialiststandvård inom 60 dagar efter remiss	33 % 	<p>Sedan drygt ett år mäts tillgängligheten till specialiststandvården på samma sätt som tillgänglighet till sjukvården. Initialt fanns vissa mättekniska problem och resultatet har inte förbättrats nämnvärt fram till mars 2022. Det ackumulerade utfallet på 33 procent ligger under målnivån, men en klar förbättring kan ses de sista månaderna. Tillgängligheten skiljer sig dock tydligt åt mellan olika specialiteter, där käkkirurgiska kliniken, som har flest patienter, har en låg tillgänglighet (18%).</p> <p>Folkstandvården arbetar med ett koncept för att utbilda nischtandläkare inom allmäntandvården för att kunna utföra enklare behandlingar som i dagsläget utförs i specialiststandvården. Genom att lokalisera nischtandläkare i Jönköping, Värnamo och Nässjö förväntas länsinvånare få ökad geografisk tillgänglighet och minskat resande med positiva effekter för miljön. Utöver detta förväntas att åtgärden på sikt minskar remissinflödet till specialiststandvården och därmed ökar tillgängligheten.</p>	
Nämnd  Disponibla vårdplatser	670 	<p>Antalet disponibla platser totalt som utgår från aktuellt behov ökar, 692 i snitt i jämförelse med 675 samma period föregående år. Medicin- och geriatrikliniker i Eksjö respektive Värnamo samt Ortopedkliniken Länssjukhuset Ryhov ökar antalet disponibla platser.</p>	
Nämnd  Beläggning	85 % 	<p>Beläggningen har under månaden totalt sett varit 84 % vilket är något lägre än samma månad föregående år. Antalet inläggande är oförändrat men totalt sett något fler disponibla platser.</p> <p>Medicinkliniken samt Geriatriska kliniken länssjukhuset Ryhov, Psykiatriska kliniken samt Medicin- och geriatrikliniken Höglandssjukhuset Eksjö är exempel på kliniker med mycket hög beläggning.</p>	
Nämnd  Utlokaliserade	2,4% 	<p>Antalet utlokaliserade fortsätter att minska. Under perioden januari – maj registrerades totalt 2 443 utlokaliserade i jämförelse med 3 429 samma period föregående år.</p>	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram
Nämnd  Överbeläggningar	2,1 % 	Överbeläggningarna har ökat inom regionen vid jämförelse mot samma period föregående år (2 179 mot 1 395). Som jämförelse var antalet överbeläggningar 1 398 samma period 2019.	
 Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	36 % 	Under den senaste 12- månadsperioden har totalt 2 028 patienter behandlingsstartats i standardiserade vårdförlopp. Av dessa har 740 (36 %) skett inom fastlagen ledtid vilket är sämre än motsvarande period föregående år då 48 % behandlingsstartades inom fastlagen ledtid. Resultaten varierar mellan vårdförloppen. SVF Buksarkom, Hjärntumör samt Akut leukemi når uppsatt mål under perioden.	
 Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	97 % 	Andel utredda i standardiserade vårdförlopp ökar, 97 % i jämförelse med 91 % föregående 12- månadsperiod. Resultatet utgår från det nationella beräkningsunderlaget som baseras på senaste 3 års snitt för rapporterade diagnoser till cancerregistret.	
Nämnd  Årsarbetare	7 179 	Totalt sett en minskning av faktiska årsarbetare jämfört med föregående år. Antalet anställda årsarbetare har i genomsnitt ökat med 55 medan frånvaron ökade med motsvarande 104 årsarbetare under samma period vilket medfört att färre medarbetare varit i tjänst och ger därmed en minskning av faktiska årsarbetare. När det gäller frånvaron så är det främst sjukfrånvaron som ökade kraftigt i kopplat till smittspridningen av covid under jan-feb, men även frånvaro för föräldraledighet och vård av barn har ökat. Från mars har sjukfrånvaron återgått till samma nivå som 2021 vilket också gör att de faktiska årsarbetarna återgått till samma nivå som 2021 från mars och framåt.	
 Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	3,6 % 	Utfallet ligger över målnivån. Den ackumulerade kostnaden för bemanningsföretag har ökat med ca 25,6 mnkr (38,5%) jämfört med samma period föregående år. Kostnaden för hyrläkare har ökat med ca 15,5 mnkr (28 %) medan kostnaden för sjuksköterskor har ökat med 10,1 mnkr (88 %). Verksamheterna arbetar utifrån sina handlingsplaner för att minska beroendet av hyrpersonal men en hög frånvaro bland personalen i kombination med ett högt tryck på hälso- och sjukvården i början av året har påverkat behovet av hyrpersonal.	

Mätetal	Resultat	Analys	Diagram																																												
<p> Ekonomi i balans</p>	<p>-91 564 tkr</p> <p></p>	<p>Fs nämnden har efter fem månader en negativ avvikelse mot budget på 91,6 miljoner kronor. Efter en positiv inledning på året har kostnaderna varit relativt höga de senaste månaderna i kombination med att intäkter för provtagning och vaccinering har minskat. Avvikelsen mot budget motsvarar 2,1 procent.</p>	<p>Diagram</p>  <p>Privata vårdgivare har ett underskott efter fem månader vilket främst beror på köpt psykiatri inom länet. Bra Liv och Folkandvården har positiva avvikelser mot budget. Bra Liv har haft relativt höga intäkter för provtagning och vaccinationer i inledningen av året men dessa har minskat och påverkar det ekonomiska utrymme. För verksamhetsområdena Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri/rehabilitering/diagnostik fortsätter ekonomin att visa negativa resultat, deras sammanlagda underskott är cirka 165 miljoner kronor efter 5 månader och kostnadsanpassningar måste ske för att klara en ekonomi i balans.</p> <p>Inom Regionens åtagande är det en positiv budgetavvikelse på 52,9 miljoner kronor. Det beror främst på att reserverade budgetmedel ännu inte disponerats.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">FS nämndens ekonomi till och med april, miljoner kronor</th> </tr> <tr> <th>Verksamhetsområde</th> <th>Utfall</th> <th>Budget</th> <th>Avvikelse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Privata vårdgivare</td> <td>-34,4</td> <td>-26,6</td> <td>-7,8</td> </tr> <tr> <td>Vårdcentralerna Bra Liv</td> <td>8,0</td> <td>-14,2</td> <td>22,3</td> </tr> <tr> <td>Folkandvården</td> <td>-113,8</td> <td>-118,5</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>Medicinsk vård</td> <td>-1 269,3</td> <td>-1 212,8</td> <td>-56,5</td> </tr> <tr> <td>Kirurgisk vård</td> <td>-1 289,8</td> <td>-1 213,3</td> <td>-76,5</td> </tr> <tr> <td>Psykiatri rehab o diagnostik</td> <td>-584,8</td> <td>-554,1</td> <td>-30,7</td> </tr> <tr> <td>Summa verksamhetsområde inkl privata</td> <td>-3 284,1</td> <td>-3 139,6</td> <td>-144,5</td> </tr> <tr> <td>Regionens åtagande</td> <td>-1 262,7</td> <td>-1 315,6</td> <td>52,9</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>-4 546,8</td> <td>-4 455,3</td> <td>-91,6</td> </tr> </tbody> </table>	FS nämndens ekonomi till och med april, miljoner kronor				Verksamhetsområde	Utfall	Budget	Avvikelse	Privata vårdgivare	-34,4	-26,6	-7,8	Vårdcentralerna Bra Liv	8,0	-14,2	22,3	Folkandvården	-113,8	-118,5	4,7	Medicinsk vård	-1 269,3	-1 212,8	-56,5	Kirurgisk vård	-1 289,8	-1 213,3	-76,5	Psykiatri rehab o diagnostik	-584,8	-554,1	-30,7	Summa verksamhetsområde inkl privata	-3 284,1	-3 139,6	-144,5	Regionens åtagande	-1 262,7	-1 315,6	52,9	Totalt	-4 546,8	-4 455,3	-91,6
FS nämndens ekonomi till och med april, miljoner kronor																																															
Verksamhetsområde	Utfall	Budget	Avvikelse																																												
Privata vårdgivare	-34,4	-26,6	-7,8																																												
Vårdcentralerna Bra Liv	8,0	-14,2	22,3																																												
Folkandvården	-113,8	-118,5	4,7																																												
Medicinsk vård	-1 269,3	-1 212,8	-56,5																																												
Kirurgisk vård	-1 289,8	-1 213,3	-76,5																																												
Psykiatri rehab o diagnostik	-584,8	-554,1	-30,7																																												
Summa verksamhetsområde inkl privata	-3 284,1	-3 139,6	-144,5																																												
Regionens åtagande	-1 262,7	-1 315,6	52,9																																												
Totalt	-4 546,8	-4 455,3	-91,6																																												

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 61-74

Tid: 2022-04-20 kl. 09:55

Plats: Hasse på Sjökanter, Jönköping

§ 66

Motion - Stärk kompetensen kring Endometriosis

Diarienummer: RJL 2022/831

Motionen anmäls till presidiet. Information ges vid ett kommande nämndsammanträde.

Beslutets antal sidor

1

Regionfullmäktige §§ 16-37

Tid: 2022-04-19 kl. 10:00

Plats: Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum

§ 35

Motion - Stärk kompetensen kring Endometriosis

Diarienummer: RJL 2022/831

Beslut

Regionfullmäktige

- Beslutar anmäla motionen och lägga den till handlingarna.

Sammanfattning

Mikael Ekvall, Kristina Nero, Bengt-Ove Eriksson och Elisabeth Töre för Vänsterpartiet har inkommit med en motion; Stärk kompetensen kring Endometriosis. I motionen föreslås att Region Jönköpings län påbörjar ett arbete med att stärka kompetensen kring endometriosis med syfte att fler med sjukdomen skall få rätt vård i tid.

Motionen har fördelats till nämnd för folkhälsa och sjukvård för vidare behandling.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag presidiet 2022-04-04
- Motion daterad 2022-03-30

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret

Beslutets antal sidor

1

Regionfullmäktiges presidium §§ 8-14

Tid: 2022-04-05 kl. 15:30

Plats: Regionens hus sal A

§ 12

Motion - Stärk kompetensen kring Endometrios

Diarienummer: RJL 2022/831

Beslut

Regionfullmäktiges presidium

- Fördelar motionen, stärk kompetensen kring Endometrios till nämnd för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Sammanfattning

Mikael Ekvall, Kristina Nero, Bengt-Ove Eriksson och Elisabeth Töre för Vänsterpartiet har inkommit med en motion; Stärk kompetensen kring Endometrios. I motionen föreslås att Region Jönköpings län påbörjar ett arbete med att stärka kompetensen kring endometrios med syfte att fler med sjukdomen skall få rätt vård i tid.

Beslutsunderlag

- Motion daterad 2022-03-30

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1



Dnr. EJL 2022/831

Stärk kompetensen kring Endometrios

Endometrios innebär att vävnad som liknar livmoderslemhinnan växer utanför livmodern. Ungefär en av tio som menstruerar har sjukdomen. Sjukdomen är alltså vanligt förekommande och borde rimligen klassificeras som en folksjukdom. Trots detta är kunskapen om endometrios bristfällig och det är många drabbade som vare sig får rätt vård eller vård i tid för sjukdomen. Inom vården som riktar sig till barn- och unga är kunskap kring sjukdomen och dess tidiga symptom mycket betydelsefull. Det är nämligen inte bara vuxna kvinnor som menstruerar utan även barn. En tidig korrekt diagnos ökar förutsättningarna för att patienten skall kunna få rätt vård i rätt tid.

Det är därför nödvändigt att skolsköterskor, skolläkare, allmänläkare i primärvård har god kunskap kring sjukdomen. Det gäller så klart även vårdpersonal på ungdomsmottagningar. Utan en diagnos och rätt behandling fortsätter kroppen att invärtes skada sig själv. Många unga och vuxna kvinnor med endometrios lider alldeles för mycket och helt i onödan.

Även lärare skulle kunna göra en viktig insats här kring flickor med endometrios. Många flickor är frånvarande från exempelvis idrotten eller hela skolveckor under sin menstruation på grund av svåra smärtor. En lyhörd lärare kan i många fall öppna dörren till att uppmärksamma problemet genom att ställa frågor till eleven och föräldrar, visa omsorg och förståelse.

Det finns en omfattande kunskapsbrist kring endometrios, därför är det viktigt att Region Jönköpings län arbetar med att förbättra kunskapen och stärka kompetensen kring sjukdomen. Det kan bland annat handla om att stärka kompetensen kring att tolka det ultraljud som görs vid misstanke om gynekologiska avvikelser. Skillnaden på en fortbildningsinsats här kan vara skillnaden mellan att ett fynd hittas eller inte hittas.

Väldigt många kvinnor som lider av endometrios vittnar om att de inte blivit tagna på allvar, att de som mött dem i vården inte har velat gå till botten med deras smärta utan istället bara skrivit ut Alvedon. Det är svårt att tro att patienter med den här sjukdomen skulle behandlas på samma sätt om det hade varit en mansdominerad sjukdom. Det är ett sorgligt konstaterande att rotande strukturer i samhället innebär att många kvinnor inte blir tagna på allvar kring sin smärtproblematik och att de många gånger blir omedvetet förminskade.

Enligt 1177 kan det ta lång tid att få rätt diagnos vid endometrios. Vidare skriver 1177 att det är vanligt att sjukdomen misstas för vanlig mensvärk, urinvägsinfektion eller IBS och att patienten skall söka vård igen om problemen kvarstår. Men med rätt kunskap och kompetensförstärkande insatser kan antalet fall där endometrios mistas för något annat minskas och fler kan få rätt vård i rätt tid.

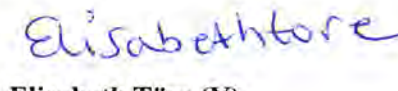
Med anledning av ovanstående föreslås:

att Region Jönköpings län påbörjar ett arbete med att stärka kompetensen kring endometrios med syfte att fler med sjukdomen skall få rätt vård i tid


Mikael Ekvall (V)


Kristina Nero (V)


Bengt-Ove Eriksson (V)


Elisabeth Töre (V)

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 75-97

Tid: 2022-05-17 kl. 08:30

Plats: Alba, Rosenlunds vårdcentrum

§ 82

Motion - Fler vårdplatser inom rättspsykiatri

Diarienummer: RJL 2022/1146

Motionen anmäls till presidiet. Information ges vid ett kommande nämndsammanträde.

Beslutets antal sidor

1

Regionfullmäktiges presidium §§ 15-20

Tid: 2022-06-02 kl. 15:00

Plats: Digitalt

§ 18

Motion - Fler vårdplatser inom rättspsykiatri

Diarienummer: RJL 2022/1146

Beslut

Regionfullmäktiges presidium

- Fördelar motionen, fler vårdplatser inom rättspsykiatri till Nämnd för folkhälsa och sjukvård för behandling.

Sammanfattning

Agnetha Lundberg, Samuel Godrén och Håkan Nyborg för Sverigedemokraterna har inkommit med en motion; fler vårdplatser inom rättspsykiatri. I motionen förslås – att regionen påbörjar ett arbete med inriktningen att utöka antalet rättspsykiatiska vårdplatser inom vår egen region.

Beslutsunderlag

- Motion daterad 2022-04-28

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Motion om fler vårdplatser inom rättspsykiatri.

Region Jönköping har 12 platser för rättspsykiatrisk slutenvård och har utöver det ett avtal med region Östergötland om att hyra 30 vårdplatser i Vadstena.

Kostnaden för dessa 30 vårdplatser är 96 milj. kr/år. Det är drygt 8000 kr/dygn.

Vårdplatserna är i säkerhetsklass 2 och 3.

Man kan fundera över om kostnaden är skälig eller om det finns någon vinstmarginal för Östergötland på detta avtal.

Överenskommelsen mellan regionerna är löpande och uppsägningstiden för båda parter är 2 år. Man kan då komma överens om förändring vad gäller antalet vårdplatser.

Från Sverigedemokraterna anser vi att man bör titta närmare på att bygga ut på hemmaplan för att på sikt utöka antalet vårdplatser i säkerhetsklass 3 inom vår egen region och minska den köpta vården.

Vad som kännetecknar rättspsykiatri är att det alltid är långa vårdtider, ibland livslångt, och regionen styr inte själva över varken inflöde eller utflöde.

Det är dock så att när de rättspsykiatriska patienterna väl blir friskare är det en fördel om de kan placeras på hemmaplan eftersom tiden för övergång till öppen rättspsykiatrisk vård då kan kortas. Öppenvården har i dagsläget 22 patienter.

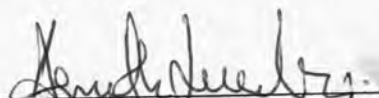
Avgörande för säkerheten vid säkerhetsklass 3 är att det finns fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig vid t.ex permission eller s.k "frigång". Det ska finnas låsbara okrossbara fönster och dörrar som låses och öppnas av personal.

Det är alltså inga extraordinära säkerhetsåtgärder som krävs. Den stora majoriteten av vårdplatsbehovet är säkerhetsklass 3.

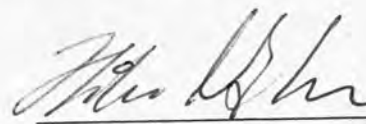
De tillfällen när personer är häktade och behöver vård får i dagsläget häktespersonal vara med hela tiden då kliniken inte har "häktesstandard" Det vore inga stora kostnader att inreda ett rum för detta ändamål heller och rummet kan användas som ordinarie plats när behovet av denna högre klassificering inte krävs.

Sverigedemokraterna föreslår därför regionfullmäktige besluta att:

-regionen påbörjar ett arbete med inriktningen att utöka antalet rättspsykiatriska vårdplatser inom vår egen region.


Agnetha Lundberg


Samuel Godrén


Håkan Nyborg



Välkommen till vårens dialogmöte!

Patientföreningar, politiker och
verksamhetsrepresentanter

Inledning

Jon Hammarin-Heninpalu, politiker, ordförande i länsrådet för funktionsnedsättningar

Syftet med dialogmötena

... är att skapa en mötesplats med en öppen dialog med många olika intressenter

Dagens innehåll

Moderator:
Maria Johansson,
Qulturum

13:00

Inledning *Jon Hammarin-Heinpalu, politiker, ordförande i länsrådet för funktionsnedsättningar*

Varför ett dialogmöte om patientkontrakt? *Lars Winborg, Funktionsrätt Jönköpings län, Gunnel Svensson, politiker FS-nämnden och Maria Johansson, projektledare patientkontrakt, Qulturum, Region Jönköpings län*

Återkoppling från föregående dialogmöte *Eva Eliasson, politiker FS-nämnden, Maria List Slotte, Sektion Folkhälsa/länsövergripande samordningsgrupp för rehabilitering, Paulina Lallerman, Funktionsrätt Jönköpings län*

Kort paus

Samtal om patientkontrakt *Gerd Engdahl och Beatriz Wijkström, Intresseföreningen för schizofreni och andra psykosjukdomar (IFS), Henrik Ånfors, patientstödjare, Jane Broling, Vetlanda vårdcentral, Sofia Ringvall, Psykiatriska kliniken, Margit Ferm, Riksförbundet för Suicidprevention och efterlevande stöd (SPES)*

Patientens kunskapsstöd – vad innebär det? Vad är på gång? *Anette Nilsson, utvecklingsstrateg och Tina Jörhall, projektledare, Region Jönköpings län*

Introduktion av gruppsamtal och förflyttning till grupper

Gruppsamtal, se frågeställningar separat bild. Varje grupp har en egen samtalsledare.

Återsamling helgrupp, summering och avslut

Fikabuffé

16:00

Varför ett dialogmöte om patientkontrakt?

Samtalsfrågor:

- Politiskt beslut/strategidokument - Gunnel
- Vad pågår i vår region? - Maria
- Vad är viktigt för mig? Vad tycker patienter och patientföreningar om det här? - Lasse



Sex övergripande strategier

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen. Specialiserad och högspecialiserad diagnos och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensförnyelse
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

”Jag har en överenskommelse med vården där det är tydligt vad jag gör och vad vården gör för mig. Jag känner mig trygg med att vården finns där när jag behöver den och jag vet vart jag ska vända mig för att få stöd”

Varför behövs Patientkontrakt?

Medicinska resultat i världsklass men fortfarande utmaningar med delaktighet, tillgänglighet, samverkan och samordning

Det speglas i patienters berättelser att mycket energi går åt till att få livet i vardagen att fungera, frustration lyfts kring att jag...

... inte vet mitt nästa steg

... inte vet vad jag kan göra för mig själv för att må bra

... inte vet vart eller till vem jag ska vända mig

... inte har enkla sätt att ta kontakt

... inte känner mig trygg

... inte har någon överblick



Patientkontrakt – din överenskommelse med vården

Patientkontrakt



Gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare

Sammanhållen planering

- Planering, överblick och stöd för koordinerade insatser



Fast kontakt med vården

- *Fast vårdkontakter* – samordningsansvar, kontinuitet
- *Fast läkarkontakt / PV* – medicinskt ansvar, kontinuitet



Överenskommen tid

- Bokade tider i samråd

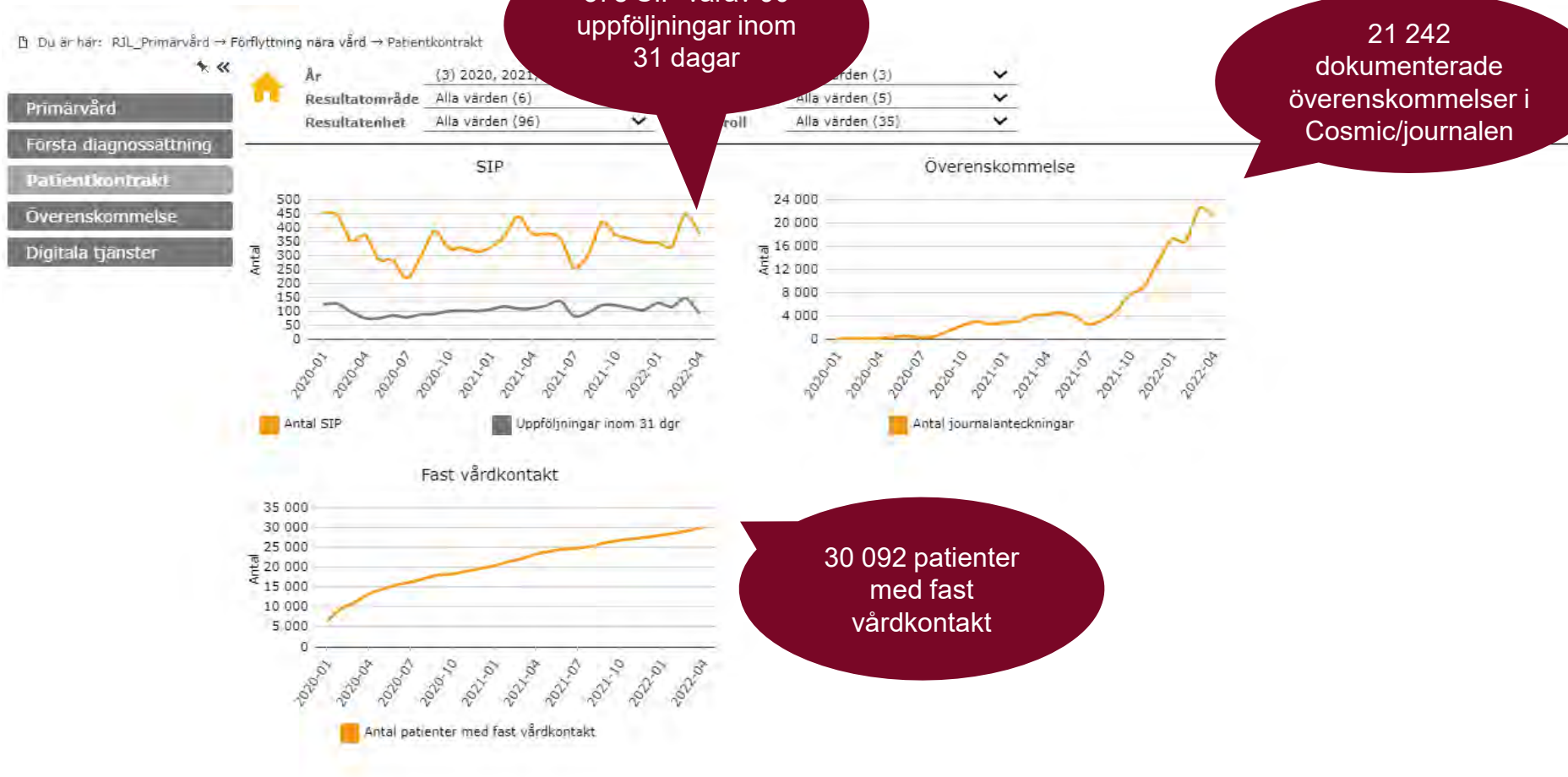


Gemensam värdegrund och samverkan är en förutsättning

För att uppnå

- ✓ Delaktighet
- ✓ Samordning
- ✓ Tillgänglighet
- ✓ Samverkan

Arbete med patientkontakt i full gång!





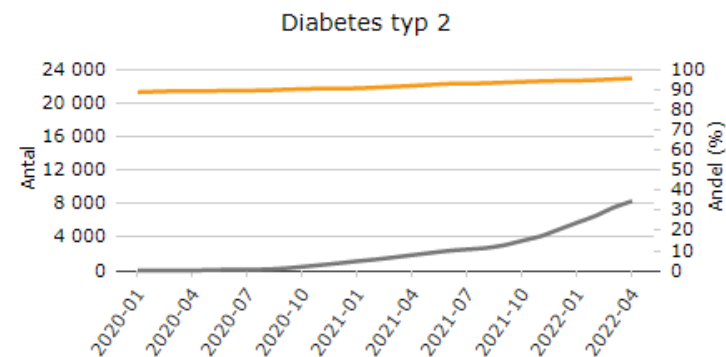
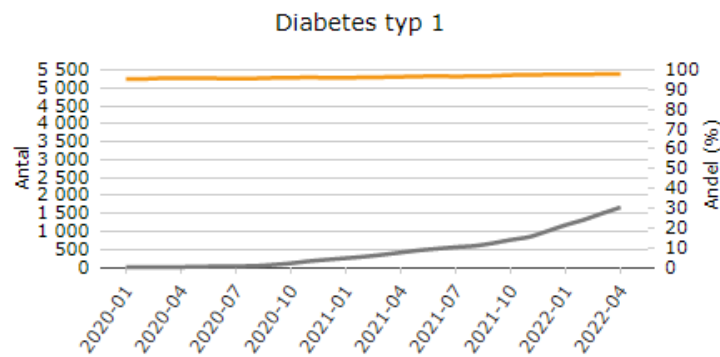
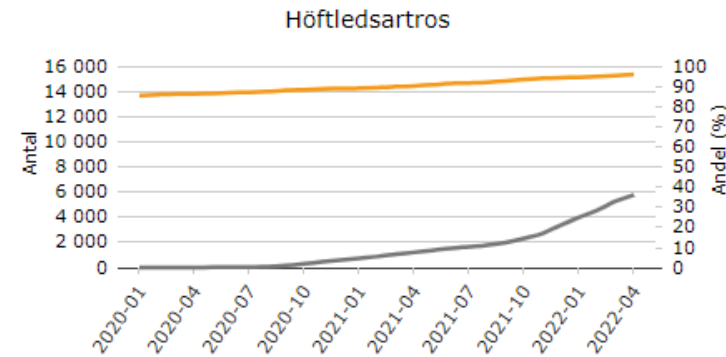
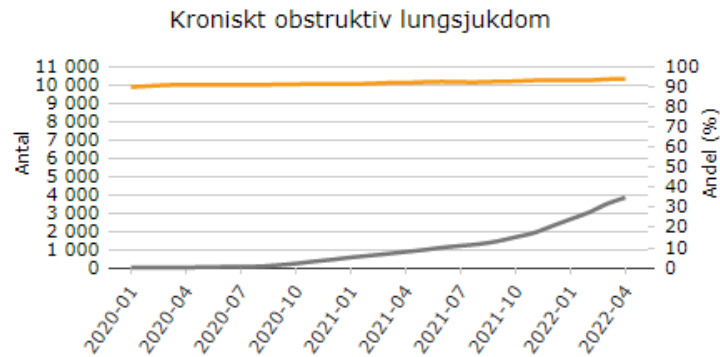
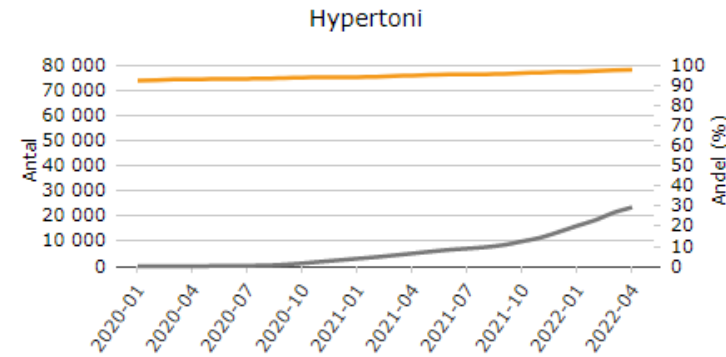
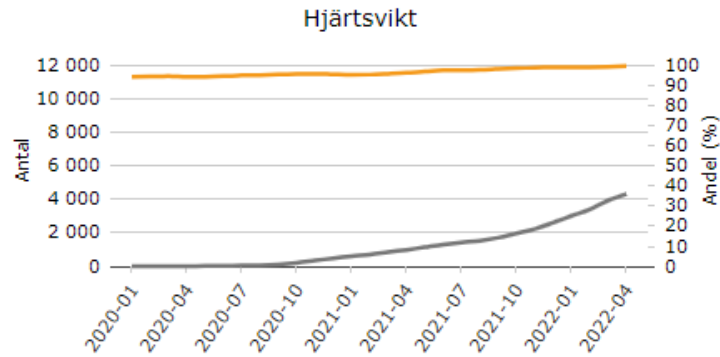
Primärvård

Första diagnosättning

Patientkontrakt

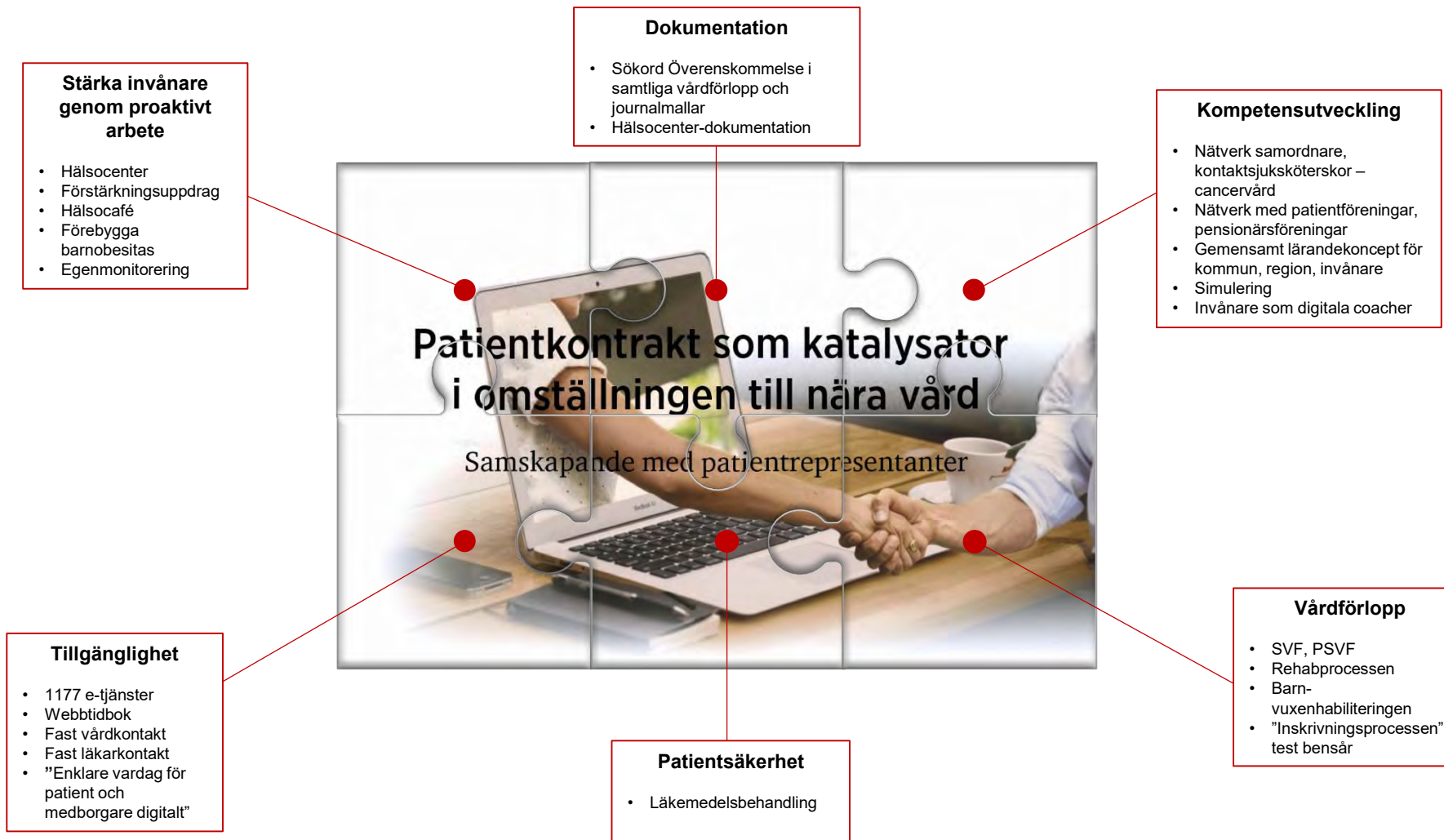
Överrenskommelse

Digitala tjänster



■ Patienter med diagnos (V)
■ Andel med överrenskommelse (H)

Sammanhangsbild



Exempel

Mottagningsbesök		2022-05-04 08:39
Kontaktorsak	Årskontroll astma.	
Aktuellt hälsoproblem	Astma.	
Status allmänt		
Allmäntillstånd	Gott och opåverkat.	
Sammanfattning		
Överenskommelse	Ja	
Patientens ansvar	Hålla igång fysiskt. Gå på planerade undersökningar. Vid eventuell försämring kontakta mottagningen på tel: 012-123 45 60, alternativt skicka meddelande via 1177. Är mottagningen inte öppen kontakta 1177.	
Vårdens ansvar	Bevaka provsvar, samordna vårdförloppet.	
Fast läkarkontakt	Kalle Frisk distriktsläkare Vårdcentralen Friskhet.	
Fast vårdkontakt	Patienten har erbjudits och tackat ja Lisa Vital	
Nästa steg	Kallelse till spirometri skickas inom två veckor.	
Sammanhållen plan	Bedömning av behov av sammanhållen plan - Behov föreligger inte	
Diagnos/Åtgärd	Huvuddiagnos: J451, Icke-allergisk astma	

Patienten kan söka efter sin överenskommelse på 1177.



andling Övriga tjänster

Sök i din journal

VAD VILL DU SE? ⓘ

Du har valt att visa alla uppgifter.

Du kan ändra ditt val från [Journalens startside](#)

- Anteckningar
- Funktionsillstånd & ADL
- Mödravård
- Remiss
- Uppmärksamhetsinformation
- Vårdkontakter
- Diagnos
- Läkemedel
- Provsvar
- Tillväxt
- Vaccination
- Vårdplan

överenskommelse

Max 200 tecken

SÖK

överenskommelse

Max 200 tecken

9 träffar på överenskommelse i Anmärkningar

Anteckning 2022-05-06
Anna Svensson (Systemadministratör)
Bankeryd VC Bra Liv, Region Jönköpings län, Bankeryd VC DLM
...Överenskommelse...

Anteckning 2022-05-06
Anna Svensson (Systemadministratör)
Bankeryd VC Bra Liv, Region Jönköpings län, Bankeryd VC DLM
...Överenskommelse...

Anteckning 2022-05-04

Du vet väl om att du kan efterfråga ditt patientkontrakt – din överenskommelse med vården

Vad är viktigt för dig?



Patientkontrakt
- din överenskommelse med vården

Vad är viktigt för dig?

Vi kan sjukvård, men du kan dig. Bara du vet vad som är viktigt för att du ska känna att du kan leva bästa möjliga liv utifrån dina förutsättningar.

Därför behöver vi jobba tillsammans. Vissa saker kan du själv påverka, annat kan vi hjälpa dig med. Och när du behöver oss så ska du veta vart du ska vända dig.

Du som har mycket kontakt med oss inom vården har möjlighet att få en fast vårdkontakt – en person som har koll på, och kan ta fram en övergripande plan för alla dina vårdinsatser. Allt för att du inte ska behöva lägga mer tid än nödvändigt på dina vårdkontakter, utan kunna använda tiden till sådant som är viktigt för dig.

Det som är viktigt för dig är viktigt för oss. Därför har vi skapat det så kallade patientkontraktet - din överenskommelse med vården.

Vad är viktigt för dig?

Överenskommelsen i ett patientkontrakt förtydligar:

- vad du själv kan göra för att må så bra som möjligt
- vad du ska hålla koll på för att veta när du behöver söka vård
- vad som är ditt nästa steg i vård och behandling
- hur du själv kan påverka tider och upplägg för dina kontakter med vården
- vem som är din fasta vårdkontakt* och fasta läkarkontakt om du är i behov av en sådan



* Fast vårdkontakt är en person inom vården som samordnar dina vårdinsatser, och är din vårdare till gällande din vård och behandling.

Var hittar du ditt patientkontrakt?

När du och vården skapat en gemensam överenskommelse kommer denna att dokumenteras i din journal. Du kan själv ta del av denna genom att:

- logga in i din journal på 1177.se, och sedan skriva in "överenskommelse" i sökrutan.
- be att få den nedskrivna eller utskrivna av din vårdgivare.

Prata gärna med vårdpersonalen om ditt patientkontrakt.



Vad kan du själv göra för att må så bra som möjligt?

- På 1177.se kan du hitta generella tips och verktyg som kan hjälpa dig leva hälsosamt. Här hittar du även information om olika typer av kostnadsfria forum och nätverk som kan agera stöd i olika situationer och tider i livet.
- För mer konkreta tips för just dig och din situation, tala med vårdpersonalen om vad du själv kan göra för att kunna leva ett så bra liv som möjligt utifrån dina förutsättningar.



Underlätta dina kontakter med vården

Det finns flera olika sätt att ta kontakt med vården och utföra dina vårdårenden. Du väljer själv de sätt som passar bäst för dig och din situation.

- Ring till 1177
Här kan du få sjukvårdsrådgivning dygnet runt.
- Kontakta din mottagning
Kontaktuppgifter hittar du under "hitta vård" på 1177.se.
- Ta del av information på 1177.se
Här kan du läsa om bland annat egenvårdsråd, sjukdomar och besvär, undersökningar, behandling och läkemedel. Informationen är kvalitetsssäkrad och lätt att förstå.
- Boka in ett videosamtal
Många mottagningar erbjuder möjlighet till videosamtal som alternativ till fysiskt möte. Prata gärna med vårdpersonalen och fråga om ditt nästa vårdmöte kan hållas digitalt.



Loggat läge på 1177.se:

Läs din journal via nätet

Här hittar du information om diagnoser och provsvar.

Boka, se och hantera dina bokade tider

inga mottagningar ger dig möjlighet att boka tid, se och hantera dina bokade tider på 1177.se. För att kunna göra detta behöver du lägga till aktuell mottagning under "dina mottagningar" när du loggat in. Klicka sedan på aktuell mottagning för att se vilka tider denna mottagning erbjuder via nätet.

in dina kontaktuppgifter

du kan ta emot aviseringar och meddelanden från vården. Detta gör du under "dina kontaktuppgifter" när du är inloggad.

Återkoppling från föregående dialogmöte

Kort paus



Samtal om patientkontrakt

1. Vad kan patientkontrakt innebära för individen/närstående/föreningen/vården/samhället? Vad blir värdet/nyttan?
2. Vilka förbättringar kan patientkontrakt/överenskommelsen innebära för den målgrupp ni representerar? Ser du att det kan väcka någon oro eller risker? Förbättringar/fördelar?
3. Kan ni ge lite exempel på hur ni arbetar med patientkontakt/vilka aktiviteter som ni gjort kring patientkontrakt?
4. Till Gerd - Vad hörs nationellt hos andra föreningar?
5. Vilka frågor ser du är viktiga att vi tar med oss när vi tillsammans fortsätter införandet av patientkontrakt?
(Hur kan patientföreningar jobba tillsammans kring patientkontrakt, tillsammans patientförening-verksamhet)



2022-05-19

Den nära vården växer fram i skuggan av pandemin

Under pandemin pågår omställningen till nära vård i alla nivåer. Nya samarbeten, digitala vårdbesök, brennkontrakt och kreativa lösningar har jobbats in i hela landet.

Enligt en stor undersökning som gjorts i slutet av förra året, visar att pandemin inte bara har påverkat den nära vården, utan också den digitala vården. Det är en utmaning som vi måste ta tillvara på för att kunna erbjuda en god vård även efter pandemin.



En konkret lösning är att använda digitala vårdbesök. Detta innebär att patienter kan kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En annan utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En tredje utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En fjärde utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.



TEAMWORK. Vårdcentral och Lundska vårdcentraler har gemensamt utvecklat patientkontrakt som stöd för vårdcentralerna sedan i slutet av februari. Linnea Bergman (till vänster), vårdcentralen, och Carina Öst, överläkaren, var några av de som arbetade med att göra tydliga överenskommelser med patienterna.

En femte utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En sjätte utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En sjuande utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En åttonde utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En nionde utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En tionde utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Mer om nära vård

En viktig del av den nära vården är att erbjuda patienterna en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Det blev sammanlagt

Sammanlagt har vi arbetat med att erbjuda patienterna en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Mar varit gladd

Mar varit gladd över att patienterna kan kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Digital ortoped löser fyra av fem besök direkt

Borgholms hälsocentral på Öland har erbjöd digital ortopedvård sedan starten för ett år sedan har antalet remissor minskat med 80 procent och alla lösts ut.

Det finns många som har varit i kontakt med nära vård, och Borgholms hälsocentral har ett stort utbud av digitala vårdbesök. Detta innebär att patienterna kan kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En annan utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Skapade inför digitalitet

Skapade inför digitalitet i vården. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

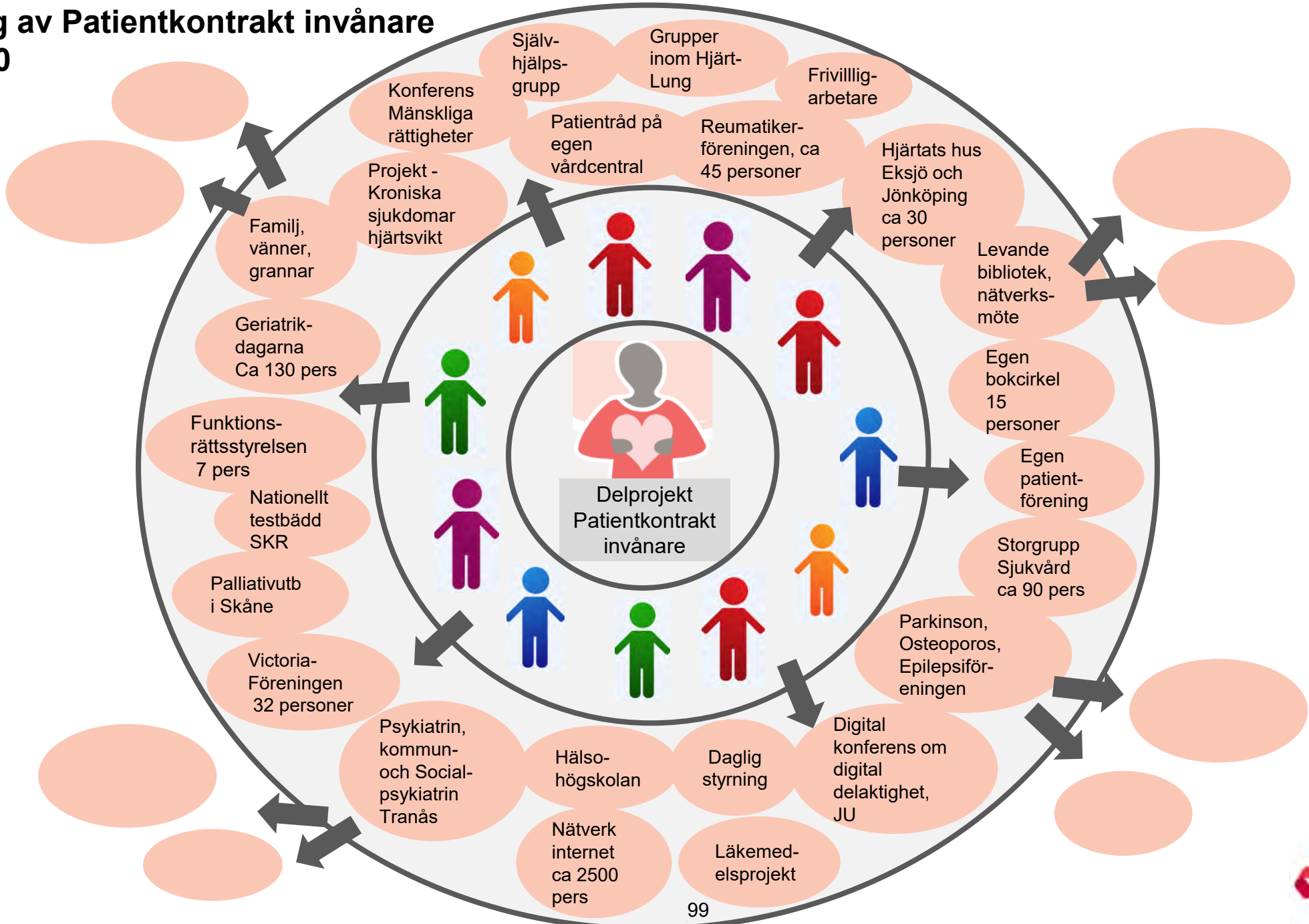
En tredje utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Mycket klart vid första besöket

Mycket klart vid första besöket. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

En fjärde utmaning är att erbjuda en god vård även efter pandemin. Detta innebär att patienterna ska kunna kontakta vården via dator eller mobiltelefon. Detta är en bra lösning för att minska risken för smittspridning och för att ge patienterna en god vård även efter pandemin.

Spridning av Patientkontrakt invånare 2019-2020



Patientens kunskapsstöd



Hälsa är att i glädje vara
upptagen med sina livsuppgifter

Gadamer, tysk filosof



Skifte från dagens hälso- och sjukvårdssystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människors vardag

Olika dimensioner på vårdens tjänster



- Vad
 - Bästa tillgängliga kunskap
- Hur
 - Personcentrerat
- Var
 - olika platser på olika sätt

Patientkontrakt



För att uppnå

- ✓ Delaktighet
- ✓ Samordning
- ✓ Tillgänglighet
- ✓ Samverkan

Patientens kunskapsstöd – en förutsättning för ett aktivt samskapande



Syfte

Möjliggöra ett jämlikt partnerskap mellan patient och vårdpersonal

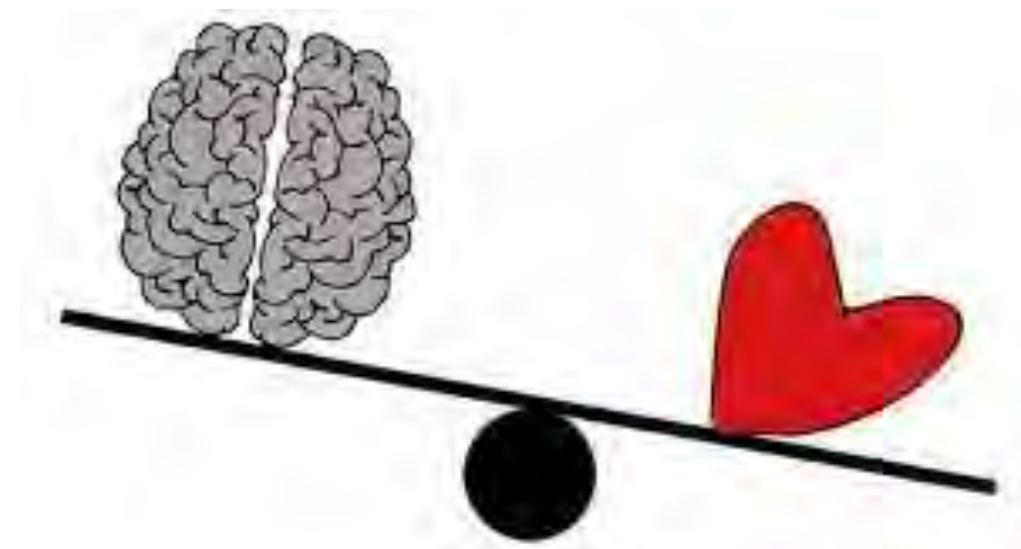
genom att utveckla ett kunskapsstöd för patienter som stimulerar till att

utifrån bästa tillgängliga kunskap och egna förmåga ta större ansvar för sin egen hälsa och vara en aktiv medskapare i sin egen vård.



Mycket finns på plats, men...

- ❖ Det saknas ett holistiskt synsätt på vad som krävs för att nå önskade effekt – ett jämlikt partnerskap och en motiverad patient.
- ❖ Det saknas en minsta gemensam nämnare som garanterar högsta möjliga kvalitet mycket av det som kan göras lika i landet, görs inte lika.



Slut gapen genom att...

- Tillföra dimensionen av hur beteenden påverkas ,
- tillvara ta engagemanget i patientföreningar och civilsamhälle,
- skapa förutsättningarna för gemensamma arbetssätt genom nationella principer och ramverk.

Patientens kunskapsstöd

Bästa tillgängliga kunskap
paketerat som tjänster,
program och utbildningar som
motiverar viljan att ta ansvar
för sin egen hälsa.



Dags för gruppsamtal...

- Varje grupp har en samtalsledare
- Grupp 1 och 2 förflyttar sig till grupprummen bredvid (Louise och Maria)
- Samtalsfrågorna finns på borden (är även utskickade i förväg)
- Fokus på tre frågor i första hand

- Vi återses alla i detta rum kl 15:30
- Uppsamling från två grupper i helgrupp

Frågor till gruppsamtal

- Hur kan jag som patient bidra till den gemensamma överenskommelsen/patientkontraktet?
- Hur kan hälso-och sjukvården skapa trygghet för mig som patient/närstående?
- Vad kan en fast vårdkontakt betyda för mig som patient/närstående?
- Vilken information/kunskap behöver invånaren för att börja efterfråga patientkontrakt? Andra förutsättningar som är viktiga?

Avslut och fika



Tack för idag!

Gruppsamtal dialogmöte patientföreningar och politiker 19/5

BOKNINGKULTURUMHERRGARDEN MAY 01, 2022 03:02PM

INSTRUKTIONER 14:50-15:25

- Titta vilken grupp ni tillhör och skriv era svar i aktuell kolumn.
 - Fördela tiden för tre frågeställningar. Blir det tid över, gå till extrafrågan.
 - Skriv direkt i varje frågeruta genom att ställa pekaren på de tre prickarna/klicka på edit och sen skriv.
 - Sparas automatiskt.
- Lycka till och ha ett bra samtal!

Grupp 1

Hur kan hälso-och sjukvården skapa trygghet för mig som patient/närstående?

Viktigt när man har flera professioner att ta hänsyn till - vem tar på sig samordningsrollen. Kan specialistvården vara samordnare i större utsträckning utan patienten blir "utslängd" - till vårdcentralen per automatik. Om patienten har mer kontakt med specialistvården bli den naturliga samordningen därifrån. Viktigt att någon tar samordnaransvaret - inte viktigt var den är fysiskt, lätt att patienten själv blir samordnaren. Bra att planen blir nedskrivna så att båda parter känner till överenskommelsen. Viktigt att sprida och göra verklighet av överenskommelsen - skapa positiva berättelser. Vården bör vara den som driver utvecklingen - ansvaret ligger i första hand hos vården - att erbjuda överenskommelse. Individer har olika förutsättningar - kan annars bli att de som efterfrågar får men de som verkligen behöver blir utan. Patienter önskar respekt för att man är expert på sitt eget tillstånd - inte bli ifrågasatt av professionen. En plan måste även inkludera vad nästa steg är om det man planerat tar en annan riktning. Inom psykiatri arbetar man i dagsläget för att hitta olika sätt att planera/genomföra en bra "överlämning" till annan enhet - krävs bra samarbete och samverkan. Viktigt att patienter inte hamnar mellan stolarna vilket kan hända om man "lämnas

över" till annan enhet och det t.ex. råder kö-situation på den enheten. I de fallen behöver patienten få "stanna kvar" tills det praktiska har ordnat sig.

Vilken information/kunskap behöver invånaren för att börja efterfråga patientkontrakt? Andra förutsättningar som är viktiga?

Största insatsen sker i mötet med patienten- vårdgivaren måste vara initiativtagaren! Har det lagts ut trailer på sociala medel? 1177? Skärmar på vårdcentraler? Är det tillgänglighetsanpassat? Vården borde se vinsten! Viktigt att ta hänsyn till att flera grupper inte har självklar tillgång till information. information måste ske på flera olika sätt.

Hur kan jag som patient bidra till den gemensamma överenskommelsen/patientkontrakt?

Att få vara expert på sig själv. Det blir individuellt - beror på patientens egen förmåga. Många patienter har inte förmåga - behöver stöd för att ta eget ansvar och växa in i sin sjukdomstillstånd. Patientkontraktet ska vara ett "levande" dokument. Som patient försöka bidra med det man kan - ge "rätt" förutsättningar och inte vara "bättre" än man i själva verket är. Tydliggöra vad begreppet patientkontrakt/överenskommelse innebär. Man går in i kontraktet jämbördes - för att skapa delaktighet - skapa tillit och hjälpa vårdprocessen.

EXTRAFRÅGA OM NI HINNER: Vad kan en fast vårdkontakt betyda för mig som patient/närstående?

Grupp 2

Vad kan en fast vårdkontakt betyda för mig som patient/närstående?

Garanterar en viss kontinuitet vilket är viktigt.

Den fasta vårdkontakten **bör ha mycket kunskap**, men vi förstår också att det kan vara flera som delar på detta. Kan också vara ett alternativ med SIP - Samordnad individuell plan.

En viktig spindel i nätet - vi är inte där än, men med ett patientkontrakt är det en stor hjälp.

Bekymmer - (FUB) kan ej föra fram egna önskemål. Här är det oerhört viktigt.

Fast vårdkontakt, för att samordna vården, men också viktigt att ha kontakten med myndigheter. Vårdsamordnaren på vc kan samordna vården. Önskevård - en vårdsamordnare med fasta vårdkontakter i vården.

Lots - kan vara en kommunal funktion att under en period samordna en rad vårdkontakter inför tex större operation eller psykiska funktionsnedsättningar. Även testat nationellt.

Finns inte mkt kunskap om Elöverkänslighet inom vården. **Det här behövs mer än fast vårdkontakt.**

Om inte den fasta vårdkontakten har kunskap om sjukdomen måste den kunna ges nationellt.

Den fasta vårdkontakten kan också förändras över tid. Viktigt att det är inskrivet i journalen.

Vi skickar remisser och överlämnar lite för enkelt. Vi måste bli bättre på att bli samrådspatient istället för att skyffla patienter emellan oss.

Hur kan jag som patient bidra till den gemensamma överenskommelsen/patientkontrakt?

-Vissa patienter arbetar redan nu med att själva ta fram väldigt mycket i arbetet. (Lymf)

-Bra att vara påläst i journalen. Jag går på mina kallade möten. -Vissa medlemmar har inte förmågan (FUB) och de kan också ha kroniska sjukdomar. Kan inte gå in på 1177, behöver stöd av personalen att läsa. Glöm inte dem som inte har förmågan att själva göra sin del! Gäller även demens. Det är ett stort arbete framåt med Kunskapsstödet, men så länge vi har vikarier utan utbildning är detta svårt. Svårt med motivation och lyfta de boende då personalen skiftar.

-Viktigt att involvera närstående för trygghet både för patient och närstående. Och gärna skriva samtycke.

-Psyiskt sjuka - anhöriga behöver avlastning.

-Den elövkänslige behöver få förklara och bli trodd. Man måste tas på allvar - det är grunden för en överenskommelse.

Vilken information/kunskap behöver invånaren för att börja efterfråga patientkontrakt? Andra förutsättningar som är viktiga?

När man har en kronisk sjukdom - ska man bli erbjuden ett patientkontrakt. Det finns alldeles för dålig kunskap inom verksamheterna om patientkontrakt. Medarbetare inom vården behöver vara positiva och förstå vinsten. Frågar man efter ett PK ska man få ett gott bemötande.

Motståndet har varit stort tidigare på vc - "det blir för mkt administration". Vi måste kunna ge kunskapen till våra invånare. **Relevant saklig information ska ut till våra invånare.**

För att efterfråga måste man veta att det finns! Information ska inte ut, det ska in!

Videofilmer är ett bra tips! Information bör ut på utbildningarna till personer inom vården. Bra att starta med!

Vi har en lång väg att gå - en stort kulturskifte som ska till. Delaktigheten är viktig, men vi lyckas inte fullt ut.

EXTRAFRÅGA OM NI HINNER: Hur kan hälso-och sjukvården skapa trygghet för mig som patient/närstående?

Tillgänglighet. Uppföljning. Kunskap. Få svar på undersökningar bör kunna ges snabbare för att inte hamna i oro.

Genom att ha rätt kunskap, ge rätt vård, diagnos. När man gör kunskapsstöd - ta fram sakkunskap om den inte finns.

Grupp 3

Vad kan en fast vårdkontakt betyda för mig som patient/närstående?

Söka i tid. Har man en fast vårdkontakt så kan den uppmana till att söka i tid. Den person som kan om just din sjukdom ska vara fast kontakt. Få med patienten på banan och ha läkare med rätt kompetens och då känner jag mig trygg. Trygghet och spara pengar. Patienten behöver inte bli sin egen läkare.

Någon som kan sjukdomen. Behöver inte lära upp. Betydelsefullt att få ha samma person under många år. Kunna skicka meddelande på 1177. Chatta med läkare eller sjuksköterska på 1177.

En fast vårdkontakt måste man kunna nå på olika sätt.

Hur kan jag som patient bidra till den gemensamma överenskommelsen/patientkontrakt?

Komma överens om vad som ska stå. Jag måste göra det som är överenskommet. Se sina egna problem.

Två sidor. Vården måste peppa. Delaktig från båda hållen. Göra det tillsammans. Sitter ned och pratar och skriver samtidigt. Patienten behöver kunskap. Man måste bli lyssnad på. Skapa förtroende. Byta erfarenheter om vad som funkar. Kroniskt sjuka borde erbjudas ett patientkontrakt automatisk. Anhöriga bör vara en del i planeringen som skapar trygghet. En struktur i uppföljning.

Det är bra att det krävs samtycke vid närvaro av en anhörig. Kan vara problem inom psykiatrin. Det omvända gäller också exempelvis när det gäller barn.

Hur kan hälso-och sjukvården skapa trygghet för mig som patient/närstående?

Se patienten oavsett diagnos. Att inte bara se en diagnos. Förstå konsekvenser vad en skada kan innebära för någon som har en ytterligare funktionsnedsättning. Syssla med mer friskvård istället för sjukvård.

Bli lyssnad på och tagen på allvar. Delaktighet. Båda sidor måste förbereda sig inför ett besök. Viktigt att veta vad som kommer att hända i nästa steg.

Tufft att vara ensam om man inte har någon anhörig. En kontaktsköterska kan vara den tryggheten.

Den fasta vårdkontakten kan behöva söka upp patienten på telefon.

Kunskaper om olika diagnoser och funktionsnedsättningar skapar trygghet. Tala om vad som händer skapar också trygghet.

EXTRAFRÅGA OM NI HINNER: Vilken information/kunskap behöver invånaren för att börja efterfråga patientkontrakt? Andra förutsättningar som är viktiga?

Veta att det finns. Vi som vet om det ska sprida informationen. Det ska göras på många olika sätt.

Personalen måste veta om det. Finnas på alla mottagningar och vårdcentraler. Erbjudas automatiskt vid en långvarig sjukdom/kroniskt. Vården ska erbjuda inte patienten som ska efterfråga.

Grupp 4

Vilken information/kunskap behöver invånaren för att börja efterfråga patientkontrakt? Andra förutsättningar som är viktiga?

Viktigt att informationen sprids i många olika sammanhang.

Det finns en brytpunkt för när det är aktuellt med ett patientkontrakt. Det är i första hand allvarligt och kronisk sjuka som behöver kontraktet.

Kontraktet ska erbjudas av vården. Det är både för patientens och vårdens skull.

En viktig förutsättning är att personalen vet om patientkontraktet.

Patientkontraktet är olika aktuellt i olika perioder för samma patient.

Viktigt att vårdpersonalen måste få veta varför de gör detta. De är till för patienterna, att de ska få ett välfungerande liv.

En förutsättning är att vårdpersonal erbjuder patienten ett patientkontrakt.

En patient som får vara med att påverka blir en glad patient.

En förutsättning för att patientkontrakt ska fungera precis som andra förändringar, är att personalen är med på att på skapa de möjligheter de behöver för införande och inte bara få det "draget ner över öronen från någon där uppe".

Vad kan en fast vårdkontakt betyda för mig som patient/närstående?

Det betyder jättemycket för patienten. Som psykiatripatient har man upplevt att aldrig få samma läkare två gånger.

Viktigt för patienten

En fast vårdkontakt kan betyda skillnaden på hälsa och ohälsa för patienten.

En kontakt med rätt kunskaper ger trygghet, stöd och tillit. Elöverkänsliga personer får ofta försämrat allmäntillstånd vid besök på vårdinrättningar.

Med en fast vårdkontakt kan även de som har diagnoser som ofta är svåra att få hjälp med inom vården (ex lymfödem) känna att de blir rätt bemötta och det kan skapa bättre förutsättningar för en dialog med vården.

Som närstående så är det viktigt att ha någon man kan vända sig till även om inte medgivande är gett för information om patienten. Man kan få stöd kring situationen. Som närstående är man otrygg.

Hur kan hälso-och sjukvården skapa trygghet för mig som patient/närstående?

Vården kan skapa en gemensam bild av vad som ska hända. Även om bilden är förfärlig så får man ändå veta vad som ska hända. Det är med på att skapa trygghet

En fast vårdkontakt.

Tillhandahålla bra information

Kontinuitet

Fasta läkare istället för många vikarier

Lyssna på patienten

Bekräfta anamnes

Uppföljning

Rätt åtgärder

Cancervården är en bra exempel på hur det kan gå till

Vården anpassa förutsättningarna för patienterna så att man är trygg när man kommer till vården. Man kanske inte kan sitta i väntrum med andra, man kanske behöver ett rum utan Wi-fi och elektriska apparater.

Delaktighet

Att vården visar att patienten är specialist på sig själv.

EXTRAFRÅGA OM NI HINNER: Hur kan jag som patient bidra till den gemensamma överenskommelsen/patientkontrakt?

Patienten kan efterfråga patientkontraktet

Genom att patient till vården/personalen ge utförlig beskrivning om sin ohälsosituation.

Därmed krävs utförlig vårdanamnes.

Grupp 5

Vad kan en fast vårdkontakt betyda för mig som patient/närstående?

Otydligt vad vårdkontakt är? Svar: Utifrån vad du söker för ska du ha en fast vårdkontakt i respektive profession. Viktigt att detta är tillgängligt för alla patientgrupper! Kan det finnas en samordnare vid flera diagnoser - så patienten har EN kontakt? Måste bli tydligt vad som menas med FAST VÅRDKONTAKT!

Det finns diagnoser där vården och uppföljningen fungerar perfekt med alla vårdkontakter! Viktigt att närstående finns med i patientkontraktet. I specialistsjukvården fungerar patientkontrakt väldigt bra. Men i primärvården är upplevelsen att det inte fungerar lika bra.

Hur kan jag som patient bidra till den gemensamma överenskommelsen/patientkontrakt?

Vi som patienter måste ställa krav om patientkontrakt! Kan patientkontrakt vara viktig även vid lättare åkommor? Alla som begär ska få det... då måste det finnas en tydlighet kring detta. Långtidscovid - patienterna behöver ett team... med i patientkontrakt? Hur kvalitetssäkrar vi patientkontrakt?

Vilken information/kunskap behöver invånaren för att börja efterfråga patientkontrakt? Andra förutsättningar som är viktiga?

Har vi kunskap - det är först då vi kan börja fråga efter patientkontrakt! På TV Anslagstavlan - här kunde patientkontrakt göras reklam för. Eller andra reklamkanaler på TV! Informationen måste ut så att det blir en kunskap hos alla. Informationen på 1177 ser inte likadan ut i de olika regionerna! Hur får man rätt information och kompetens? Ur verksamhetsperspektiv - inte så självklart heller vad som förväntas av en som vårdgivare och hur detta ska dokumenteras och vad det innebär. Det är en utmaning för slutenvården också. Svårt med EN vårdkontakt vid flera diagnoser.

Kontraktet ska vara en del av vårdplanen. Att det blir ett dokument med en fast vårdkontakt. Vem är huvudmannen för 1177? Fyller varje region informationen där eller är det centralt ifrån?

Borde vara samma information i hela Sverige!

EXTRAFRÅGA OM NI HINNER: Hur kan hälso-och sjukvården skapa trygghet för mig som patient/närstående?

TILLIT TILLGÄNGLIGHET KONTINUITET - det är det viktigaste när man frågar patienter.
Kunskap och professionella medarbetare skapar trygghet. Personal som ser mig i vårdmötet.
Det finns också en vinst om fasta vårdkontakter blir tydligt även för slutenvården - så personal

vet vem de ska kontakta vid överlämning.

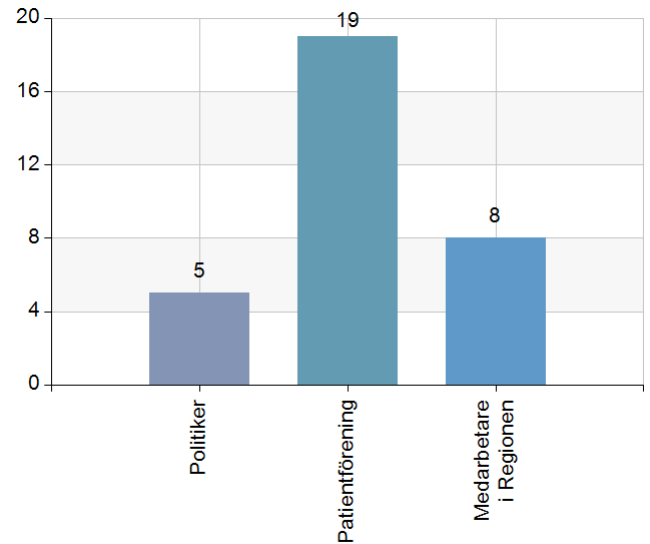
Det vore toppen om slutenvården kunde få se exempel av patientkontrakt! För att visa personal.

Dialogträff med politiker och patientföreningar 19 maj 2022

Jag var där i egenskap av:

Namn	Antal	%
Politiker	5	15,6
Patientförening	19	59,4
Medarbetare i Regionen	8	25
Total	32	100

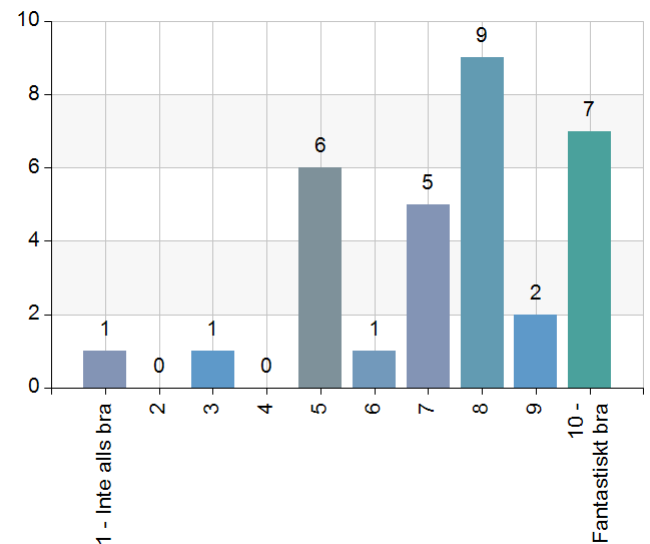
Svarsfrekvens
100% (32/32)



Värdera nyttan av dialogdagen

Namn	Antal	%
1 - Inte alls bra	1	3,1
2	0	0
3	1	3,1
4	0	0
5	6	18,8
6	1	3,1
7	5	15,6
8	9	28,1
9	2	6,2
10 - Fantastiskt bra	7	21,9
Total	32	100

Svarsfrekvens
100% (32/32)



Detta tyckte jag var särskilt bra:

Programmet, samtalen och föredragningarna.
Variationen i programmet. Många olika talare. En jättebra genomgång av pk, från olika håll
Att få träffa patientorganisationerna var mycket värdefullt!
Intressant att lyssna av patientföreningarnas synpunkter.
Möjligheten att möta politiker och tjänstemän för att uppmärksamma behov hos min patient grupp
Att jag/vi får uttala oss om läget, hur vi upplever det och att det verkade tas emot. Intressant att höra olika berättelser.
Samtal direkt med politikerna och andra föreningar.
Att träffas i detta forum, viktigt att lyssna och prata med de vi är till för.
Mötena med andra erfarenheter.
Att det finns en arena för dialog över huvud taget.
De fyra frågeställningarna som skickades ut före mötet. Man fick tid att fundera
Diskussionen om patientkontraktet
Att frågorna var utskickade i förväg. Därmed kunde vi i vår förening (Elöverkänsligas) tillsammans bearbeta frågorna och ge skriftligt svar
Dialogen med Jane
Det var intressant och nyttigt
Det var så trevligt att möta olika patientföreningar och alla framföranden var riktigt bra..God mat och tårtbuffe.
Dialogen i grupperna med fördelat upp grupperna innan med bra mix. Patientföreningarna framförde viktiga infallsvinklar hur de ska samarbeta vidare.
det är ett bra sätt att medvetandegöra både patientföreningar och politiker. Viktigt att samla olika synpunkter.
Viktigt att medvetengöra andra patientföreningar och politiker om patient kontrakt.
grupp diskussioner
Gruppsamtal.
Grupparbetet och färdiga frågor att samlas kring. Medverkan från verksamheten.
Mycket intressant att få höra patienter berätta
Få lyssna till olika perspektiv på hur patientkontrakt upplevs och vad det betyder i olika sammanhang. Hur vården upplevs ibland. Bra med korta kärnfulla pass.
Gruppdialogen där föreningarna får framföra sina tankar
Mötet med andra patientföreningar, tjänstemän och politiker undr pauser och lunch.
Att så många politiker var på plats. Eloge till dem.
fast kontakt i vården

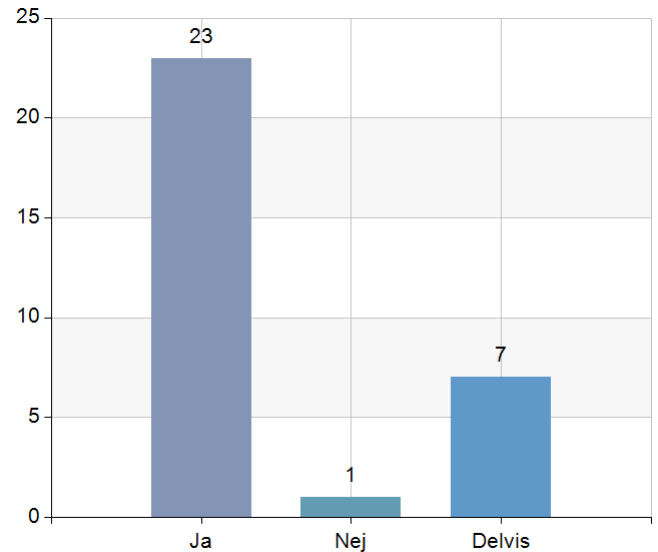
Detta tycker jag kan bli bättre:

Mer mingeltid o kussepaus
Fler representanter från verksamheter. Upplevde att mer tid behövdes för frågor och diskussion.
Mer utrymme för frågor
Att man får se resultat av det som sägs så att det inte bara blir ord på ett "papper"
Vår anmälan hade kommit bort. Men det kanske var för att vi är en ny förening för regionen.
Det skulle vara bra med mer tid i diskussionerna.
Vissa diskussioner kan bli eller blir väldigt präglad av person eller viss patientförening. Det vore hjälpsamt att ha diskussioner som är övergripande så att man inte fastnar i särskilda fall eller särskilda sjukdomar/funktionsnedsättningar. Principer borde belysas i dialogen.
Mikrofoner och högtalare
Störigt vid gruppdiskussionen
Högtalare, mikrofoner
Framkomligheten
Jag kan inte komma på något
Samma plan för alla aktiviteter.
Samarbetar de 13 Regionerna med att ta fram ett gemensamt Patientkontrakt, eller gör var och en sitt eget? Vi flyttar ibland till andra Regioner! Personalen byter arbetsplats inom olika Regioner!
Problmanalysen
Kort tid till grupparbetet. Svårt att höra från bakre raden.
Fotar gärna om jag vet att deltagarna är ok med det. Ställ frågan och den som inte vill vara med på bild säger det till er.
Tid för patientföreningarna att tala om behoven borde finnas. Detta blir någon slags jippo där nån flaxar runt och ropar om Ikea med drag under galoscherna det ger inte medlemmarna i patientföreningen något alls. Vi behöver grupper av de som är berörda runt en unik sjukdom, vårdprofessionen såväl som politiker som är med och gör konkret skillnad för mina medlemmar.
Informationen bör vara mer givande
Mer dialog och mycket mindre envägskommunikation.
Kommer inte på något särskilt.
Friskvård för att avlasta sjukvården

Motsvarade eftermiddagens dialogmöte de förväntningar du hade inför mötet?

Namn	Antal	%
Ja	23	74,2
Nej	1	3,2
Delvis	7	22,6
Total	31	100

Svarsfrekvens
96,9% (31/32)



Kommentera gärna det svar:

Bättre än förväntat

Första gången jag deltog så hade inga direkta förväntningar.

Jag hade inga särskilda förväntningar, men blev positivt överraskad

Det var helt enkelt bra, de som presenterade sina saker var pålästa

Detta var mitt första dialogmöte och det motsvarade mer än mina förväntningar. Jag var med på digitala mötet och det ökade mitt intresse, så bra.

Gav mer insikter och förståelse för behovet av kontrakt/överenskommelser.

Det var inte bättre. Det är ingen dialog utan envägskommunikation. Inget händer.

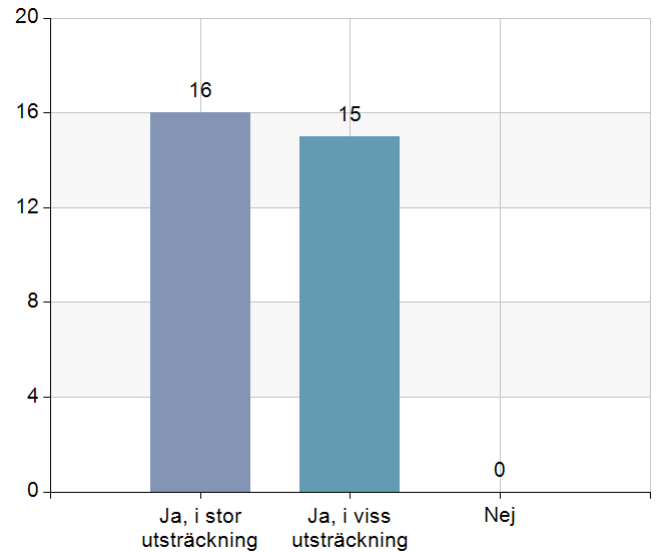
För mycket fokus på att promota regionens arbete med patientkontrakt och allt för lite dialog och diskussion.

Många närvarande - positivt.

Sprider du den information/kunskap du fått under eftermiddagen vidare till personer i din närhet/nätverk?

Namn	Antal	%
Ja, i stor utsträckning	16	51,6
Ja, i viss utsträckning	15	48,4
Nej	0	0
Total	31	100

Svarsfrekvens
96,9% (31/32)



Kommentera gärna ditt svar:

Utskick av sammandrag i medlemstidningen

Ja så långt som möjligt

Sammandrag/rapport är inskickat till vår förening och vi rapporterar sedan på "Fysiska möten"

Min ambition är att under sommaren och hösten förmedla till styrelsen och medlemmarna .

Arbetar vidare via verksamheterna.

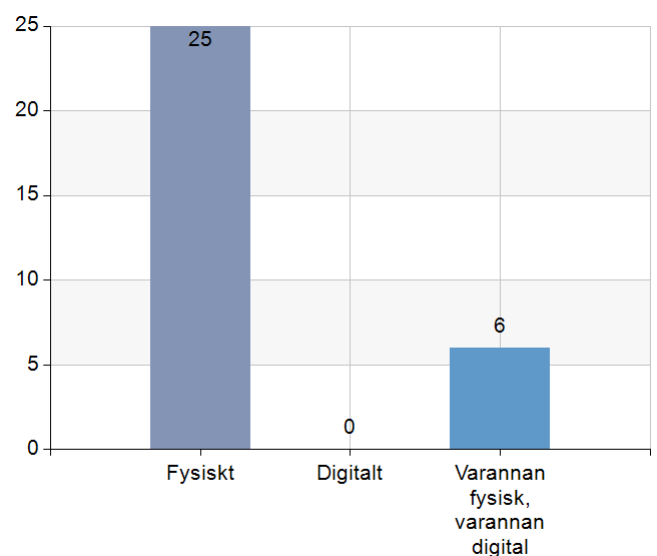
Alltid uppe på styrelse agenda

För vidare som rapport till min styrelse.

De senaste åren har vi haft dialogmöten fysiskt och digitalt, vilken form föredrar du?

Namn	Antal	%
Fysiskt	25	80,6
Digitalt	0	0
Varannan fysisk, varannan digital	6	19,4
Total	31	100

Svarsfrekvens
96,9% (31/32)



Övriga synpunkter:

Varannan digital för att fler ska kunna delta och bli lyssnade på.

Vid fysiska kontakter skapar man kontaktytor

Alltid några i grupparbetet som tar för stor plats.

Pat för har upprepat bett om något annat än att regionen ska bestämma något som ska tryckas ut, men vi hörs inte.

Bra med ett ämnesområde men gör det till en dialog värt namnet. Ge en rättvisande bild av gruppdiskussionen och inta bara det som passar regionen.

Blir bättre samtal i gruppen när man sitter runt ett bord.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 108

Budget 2023 med flerårsplan för 2024-2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2022/75

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Överlämna förslag till Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan för 2024-2025 till budgetberedningen.

Sammanfattning

Nämnden redovisar i föreliggande förslag till Budget och verksamhetsplan 2022 med flerårsplan 2023-2024. Förslaget överlämnas till budgetberedningen.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-08
- Koalitionens förslag till budget 2023 med flerårsplan för 2024-2025 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Ordföranden yrkar bifall till Koalition för Region Jönköpings läns förslag till budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan 2024 – 2025.

Thomas Bäuml (M) avstår från att delta i beslutet.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Förslag till Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan 2024 - 2025

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan för 2024-2025 till budgetberedningen.

Sammanfattning

Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar i föreliggande skrivelse sitt förslag till Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan 2024-2025. Förslaget överlämnas till budgetberedningen.

Information i ärendet

Budgetförslaget utgår från regionstyrelsens direktiv för styrelsen och nämndernas arbete med Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan för 2024-2025. Nämnden ska senast 21 juni 2022 överlämna ett förslag till budgetberedningen för fortsatt budgetarbete.

En av punkterna i det beslutade direktivet är att nämnderna i sitt budgetarbete ska utgå från lagd ram för 2022. På fem punkter i budgeten bedömer vi att den nuvarande ramen för nämnden inte är tillräcklig utan att ramen behöver utökas. Nämnden har heller inte bedömt att det är möjligt att göra omprioriteringar inom befintlig ram.

Budgetförslaget innebär utökade satsningar på följande områden:

- Folkhälsoarbete inom ”Bästa platsen”, 5 miljoner kronor
- Ungdomsmottagningarna för åtgärder att förbättra den psykiska ohälsan hos unga, 5 miljoner kronor
- Nära vård primärvården, 35 miljoner kronor för 2024 och ytterligare 35 miljoner kronor för 2025
- Barntandvårdspengen, 2,6 miljoner kronor
- Sprututbytesprogrammet, 0,75 miljoner kronor.

Förvaltningens förslag att utöka Vårdval ögon med 6 miljoner hänskjutes till budgetberedningen i september att hantera.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-08
- Förslag till Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan 2024-2025 för nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslut skickas till

Regionstyrelsen

NÄMND FÖR FOLKHÄLSA OCH SJUKVÅRD

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa
och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till Budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan 2024 - 2025

Koalition för Region Jönköpings län; Socialdemokraterna, Kristdemokraterna, Centerpartiet, Bevara Akutsjukhusen, Liberalerna och Miljöpartiet, överlämnar sitt förslag till budget och verksamhetsplan 2023 med flerårsplan 2024-2025.

Budgetförslaget innebär utökade satsningar på följande områden:

- Folkhälsoarbete inom ”Bästa platsen”, 5 miljoner kronor
- Ungdomsmottagningarna för åtgärder att förbättra den psykiska ohälsan hos unga, 5 miljoner kronor
- Nära vård primärvården, 35 miljoner kronor för 2024 och ytterligare 35 miljoner kronor för 2025.
- Barntandvårdspengen, 2,6 miljoner kronor
- Sprututbytesprogrammet, 0,75 miljoner kronor

Förvaltningens förslag att utöka Vårdval ögon med 6 miljoner hänskjutes till budgetberedningen i september att hantera.

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa och sjukvård,
för Koalition för Region Jönköpings län

Folkhälsa och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.



Figur 1 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på.

POLITISK SAMMANFATTNING

Målet för hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län är att länsinvånarna ska erbjudas en behovsanpassad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som är jämlik och jämställd, har hög patientsäkerhet och hög tillgänglighet samt uppvisar kliniska resultat i toppnivå.

En behovsanpassad hälso- och sjukvård som är personcentrerad innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där vården är samordnad och präglas av kontinuitet och patienten känner tillit till vården. En hälso- och sjukvård av hög kvalitet baseras på bästa tillgängliga evidensbaserade kunskap. Med en jämlik vård ska alla erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande, oavsett kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Flickor, pojkar, kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god uppväxt och hälsa samt erbjudas vård på lika villkor. En vård som är tillgänglig i alla delar av länet innebär bland annat att den är lätt att komma i kontakt med och att vården ges i rimlig tid.

Dessa mål förpliktigar och ställer krav på att Region Jönköpings län kontinuerligt arbetar med att vara en attraktiv arbetsgivare och har tillgång till medarbetare och ledarskap, som målmedvetet arbetar för att uppnå detta i samskapande med patienten. För att säkra tillgång till god, sammanhållen och högkvalitativ vård i hela länet fortsätter Region Jönköpings län arbetet med att utveckla och stärka regionens tre akutsjukhus, vårdcentraler, tandvården, förbättrar folkhälsan och samverkan med olika aktörer.

Arbetet med att förbättra vården för patienter med stora vårdbehov eller kroniska sjukdomar fortsätter att prioriteras. Det preventiva folkhälsoarbetet systematiseras för att utjämna de påverkbara hälsoskillnaderna inom

en generation och arbetas med mer målinriktat genom bl a riktade insatser via vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden.

Coronapandemin har sedan 2020 påverkat Region Jönköpings läns verksamhet, där medarbetare och ledarskap på ett utomordentligt sätt ställt om hela hälso- och sjukvården i syfte att erbjuda en smittsäker och patientsäker vård. Hela Sverige och världen har påverkats och arbetet med vaccineringen mot covid-19 kommer med all sannolikhet att fortsätta under 2023.

Region Jönköpings län arbetar nu aktivt med att ge länsinvånare som har fått sin vård uppskjuten, den vård som de är i behov av. Arbetet med den uppskjutna vården som påbörjades under hösten 2020 fortsätter, där planeringen har anpassats efter rådande smittläge i samhället och påvisat vårdbehov hos invånarna. Det är viktigt att medarbetarnas arbetsmiljö beaktas inom berörda verksamheter. Samordningen av den uppskjutna vården i Region Jönköpings län sker inom länets tre akutsjukhus och i sydöstra sjukvårdsregionen för att öka tillgängligheten till behandlingar och operationer.

Med anledning av coronapandemin har det uppkommit en ny grupp patienter som är i behov av rehabilitering. Det kan bero på långvariga besvär efter covid-19 eller för patienter som behandlats under en längre period med intensivvård för covid-19. Region Jönköpings län arbetar med att samla kompetens kring utredning, behandling och rehabilitering för patienter med långtidsbesvär efter covid-19, för att skapa en jämlik och enhetlig vård.

Region Jönköpings län ska vara bästa plats att växa upp, leva och åldras på. Tillsammansbilden utgår ifrån detta och Region Jönköpings län har under lång tid arbetat utifrån den. Tillsammansbilden symboliserar samhället utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Perspektiv som utgår ifrån vardagslivet, stöd för kropp och själ, primärvården och specialiserad sjukhusvård. Fokus ska vara att få vardagslivet att fungera, att det finns stöd för kropp och själ så att primärvård och sjukhusvård undviks så långt som möjligt. De stora kostnaderna ligger i sjukhusvården och här krävs det en förskjutning i vårt sätt att arbeta och tänka kring hälsa. Ett systematiskt arbetssätt behövs för det preventiva folkhälsoarbetet för att undvika utveckling av sjukdom senare i livet. Region Jönköpings län behöver förbättra vården för personer med kronisk sjukdom så att de är så friska som möjligt och upplever en bra livskvalité.

Det krävs förändrade arbetssätt för att få en förflyttning av hälso- och sjukvård från sjukhusvården till den nära vården, bättre förutsättningar för egenvård och förebyggande insatser. Digitalisering och artificiell intelligens är viktiga verktyg för att transformera arbetssätt och för att minska resursanvändningen. Implementeringen av förändrade arbetssätt och förflyttningen behöver ske successivt. I planen för "Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030" beskrivs strategier som är framtagna utifrån invånarperspektiv och behov. Strategierna är vägledande i det fortsatta arbetet med att möta och utveckla framtidens behov av hälso- och sjukvård. Under 2023 fortsätter arbetet med att implementera strategiernas innehåll.

Region Jönköpings län påbörjade en kraftfull satsning 2021, som fortsätter 2023, 2024 och 2025, på primärvården och den nära vården, där målet är en samordning och kontinuitet av vårdinsatser, ökad tillgänglighet och ökad delaktighet där patientens ställning stärks. Införandet av patientkontrakt fortsätter. En stark primärvård främjar en jämlik hälsa och kräver en god bemanning av primärvården. Förstärkningen i primärvården ska öka läkartätheten, som leder till ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade invånare per distriktsläkare.

Arbetet med att införa patientkontrakt inom Region Jönköpings län fortsätter för att främja arbetet med samordning och kontinuitet i vården med en sammanhållen överenskommelse över patientens samtliga vårdinsatser. Patientkontraktet skall erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Satsningen på införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp fortsätter. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att patienter och närstående ska uppleva en mer förutsägbar, välorganiserad och personcentrerad process oavsett var i vårdkedjan man befinner sig, under utredning, behandling, uppföljning eller rehabilitering.

Idag finns det stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället avseende till exempel kön, etnisk tillhörighet, utbildningsnivå, geografi och olika socioekonomiska grupper. För att uppnå en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län aktivt stödja människor i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa. Större hänsyn måste tas till socioekonomiska förutsättningar i de olika upptagningsområdena med en nära och trygg vård som ska vara tillgänglig. Ett aktivt arbete behövs för att utjämna dessa hälsoskillnader. Det preventiva folkhälsoarbetet intensifieras under planperioden och ska ha ett livscykelperspektiv, från den gravida mamman till den äldre individen som tar sitt sista andetag. Systematiskt hälsofrämjande arbetssätt leder till ett ökat välbefinnande och i kombination med ökad utbildningsnivå kan skillnader i ohälsa utjämnas. För att minska hälsoskillnaderna i länet och förbättra folkhälsan behöver samarbetet mellan hälso- och sjukvården, länets kommuner, civilsamhället, idéburet partnerskap, frivilligorganisationer, idrottsföreningar med flera fortsätta att stärkas. Region Jönköpings län ska fortsätta att arbeta målinriktat i det strategiska arbetet med "Bästa platsen" för att förbättra folkhälsan hos länets invånare genom en budgetförstärkning 2023.

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa påbörjades under 2021, där fortsatta riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga är ett samhällsproblem som behöver hanteras kraftfullt där olika aktörer som finns runt barnet som mår dåligt, behöver samverka och samarbeta och utgå ifrån "Vad är bäst för barnet och familjen för att er hålla bra uppväxtvillkor". Ett kraftfullt agerande i tidig ålder kan leda till en meningsfull skolgång och uppväxt och i slutändan en samhällsvinst där samarbetet mellan elevhälsan, barn- och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt. Under 2023 sker en förstärkning av ungdomsmottagningarna för att arbeta mer förebyggande, och för att stärka arbetet som sker tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har dock ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykisk funktionsnedsättning ökar. Region Jönköpings län påbörjade 2021 en stor och kraftfull treårig satsning för att bygga ut den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshälsan, där barn och ungdomshälsans uppdrag utökades och arbetet med "En väg in" fortsätter. Allt i syfte att förbättra tillgängligheten med målet att ge barn och unga en god hälsa.

Region Jönköpings län arbetar med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer fortsätter och utvecklas i länet. Det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck fortsätter under 2023. Här krävs ett strukturerat arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn- och unga.

Utökning av sprututbytesprogrammet kommer att ske till Värnamo och Nässjö med planerad start i januari 2023. Upplägget prövas under 18 månader, med utvärdering efter 12 månader.

För att förbättra tillgängligheten till barntandvården genomförs en höjning av barntandvårdspengen. Folk tandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars tandhälsa. Riktade insatser kommer under 2023 att genomföras inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola. En informationskampanj ska genomföras och folk tandvården kommer att vara ute på förskolorna och instruera kring vikten av att borsta tänderna.

Ett arbete pågår med att starta upp en ny tandläkarutbildning på Jönköping University och här startade en satsning 2021 med att rekrytera akademisk kompetens till den planerade tandläkarutbildningen för att möta det forsknings- och handledarbehov som kommer att uppstå.



Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Vi utgår från vad som är bäst för Esther och hennes närstående och vänner när vi planerar och genomför hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län. Sedan januari 2020 har arbetet präglats mycket av pandemin och under 2022 har även kriget i Ukraina påverkat vården. Detta märks i hela systemet från folkhälsoarbete, primärvård och sjukhusvård. Särskilt märks detta i att en del vård har fått skjutas upp och under 2022 sker ett intensivt arbete med att komma tillbaka till det läge där vi var före pandemin. Det arbetet kommer även att påverka 2023. En tydlig framgångsfaktor för arbetet under pandemin är att vi har arbetat utifrån våra vanliga arbetsätt med samspelet mellan primärvård och sjukhusvård. Invånarna har tagit ett stort ansvar för sin hälsa och vi vill fortsätta att stödja det arbetet på bästa sätt. Flera av de aktiviteter och utvecklingsarbeten som fanns i Budget och verksamhetsplan för 2020 och 2021 har pausats eller försenats. Under 2022 har flera aktiviteter återupptagits och nya satsningar påbörjats. Ett särskilt fokus ligger på hur vi stödjer Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter var och ens förmåga. Personcentrering och samskapande är därför viktigt. Esther ska alltid veta var hon ska vända sig och primärvården är den naturliga kontaktpunkten. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras. Vi strävar efter att jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.

Hälso- och sjukvårdens budget för 2023 motsvarar drygt 10 miljarder kronor. Region Jönköpings län arbetar med kvalitet som strategi, vilket innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, samt fasa ut gamla processer. På detta sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård

Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen tar sikte på sjukvårdsutveckling för de kommande tio åren fram till 2030.

I planen beskrivs sex övergripande strategier

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finna tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Utvecklingsarbetet pågår där verksamheterna får stor frihet och mandat att driva och utveckla sin verksamhet utifrån planen för framtidens hälso- och sjukvård. Syftet är att transformera arbetsätt för att ställa om till nära vård, skapa god arbetsmiljö och där digitala verktyg utvecklas.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi möter framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av öppen hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst Region Jönköpings län och även kommunerna och civilsamhället. Region Jönköpings län ska

stödja det förebyggande arbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. En mer personcentrerad vård som skapar förutsättningar och tar tillvara patienters och närståendes förmåga är en mycket viktig del.

Figur 3 Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver den.



Den nära vården:

- Är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms, det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

De stora ojämlikheterna i befolkningens hälsa är en stor utmaning. Region Jönköpings läns mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och ska ta krafttag för att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

Verksamheterna inom såväl hälso- och sjukvård som regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgängliga fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar att leda utvecklingen av samarbete och samverkan.

Förebyggande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå används som prioriteringsgrund för kommunsamverkan.

Strategin och handlingsplanen för jämlik hälsa, *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län*, är antagen av Region Jönköpings län och länets kommuner. Handlingsplanen revideras vartannat år och revideras nästa gång år 2023. Under 2023 fortsätter arbetet med att genomföra handlingsplanen, som omfattar tre strategiska mål, med sikte på år 2025, och nio handlingsområden med prioriterade aktiviteter.

Ett av de nationella folkhälsomålen är en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det innebär att alla har rätt att på lika villkor, anpassat utifrån behov, få tillgång till hälsofrämjande insatser och bästa möjliga vård.

För personer med utländsk bakgrund finns behov av anpassad kommunikation kring hälsa, svensk sjukvård, tandvård och föräldraskapsstöd. Utvecklingen av olika arbetssätt för nå målgruppen har intensifierats med anledning av pandemin. Samverkan med kommunerna finns för att stärka och främja en positiv hälsoutveckling och underlätta integrationsarbetet både för personer i asylprocess och för andra utrikesfödda.

God hälso- och sjukvård

Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har Region Jönköpings län tagit fram löften till våra patienter.

Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för patientens vårdupplevelse. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Reflektion över gemensamma etiska värden är ett sätt att hålla den empatiska förmågan och medkänslan för människors beroende och sårbarhet vid liv. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut och i det synsätt som företräds av WHO och FN utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården som också knyter an till delar av Region Jönköpings läns hållbarhetsprogram. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter.

På enskilda arbetsplatser utgör etikarbetet ett arbetsledaransvar där etikombud kan utgöra en värdefull resurs. Det centrala etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet, bland annat genom att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet, samt ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. I etikrådets uppdrag ingår också att stödja arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Etikrådet har också ett samordningsansvar för den andliga vården och för regionens utvecklingsarbete kring existentiell hälsa.

Att arbeta personcentrerat utifrån en helhetssyn på hälsa innebär att man samtidigt beaktar både fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Olika aspekter av hälsa är nära samverkande och en bearbetning av de existentiella frågorna kan vara en förutsättning för en hälsofrämjande process i sin helhet. All vårdpersonal bör därför kunna ge grundläggande existentiellt stöd. Satsningar på existentiell hälsa utvecklas också allt mer inom det breda folkhälsoarbetet.

Primärvård

När invånaren har behov av hälso- och sjukvård, ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag, som förutsätter multiprofessionell samverkan i team, består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning.

Vårdcentralens uppgift är att:

- Bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen
- Arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och hälsosamtal
- Lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa
- Vara vårdsamordnare utifrån invånarnas vårdbehov, vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa god och effektiv vård.
- Aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja när patienten har behov av annan kompetens än den vårdcentralen kan erbjuda
- Ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, eftersom det ökar bland sjukskrivna och äldre personer
- Erbjuder ett patientkontrakt för patienter med stora vårdbehov och täta kontakter med vårdens olika aktörer
- Erbjuder fast vårdkontakt, särskilda kontaktvägar och organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Det gäller framför allt äldre invånare och invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar och invånare som har svårt med den digitala servicen. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter.
- Arbeta aktivt med att erbjuda kontinuitet för patienten.
- Erbjuder olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna.
- Erbjuder alla invånare i länet en fast läkarkontakt, som ansvar för diagnostik, behandling och vid behov vägledning och kontakt med övrig hälso- och sjukvård.

Vårdcentralerna ska anpassa och vid behov öka sina öppettider utifrån patienternas behov. Ett flexibelt öppethållande kan skapa en bättre tillgänglighet för patienterna. Det förutsätter en god bemanning på vårdcentralen. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgängligheten styrs patientströmmarna från akutmottagningarna till rätt vårdinstans dagtid och kvällar. Nära bedrivs på vårdcentralen dagtid och är koncentrerad till minst tre platser på jourtid. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt.

I förfrågningsunderlaget *Primärvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan.

Barnhälsovård, familjecentraler och ungdomsmottagningar

Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till en mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Betoning i programmet ligger på jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Familjecentralen är en lättillgänglig mötesplats för familjer. Basen är den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst).

Familjecentraler kan stötta nyblivna föräldrar med information, praktisk hjälp samt uppmuntra och stimulera ett jämställt och aktivt föräldraskap. Uppdraget utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd och socioekonomiskt svaga grupper.

Ungdomsmottagningen erbjuder insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa utifrån en helhetssyn på ungdomar och deras problem. Ungdomar ska kunna gå till den ungdomsmottagning de vill. Personalen ska ha bred yrkeskunskap som svarar mot de problem som ungdomarna väntas söka för. Arbetet omfattar uppsökande, förebyggande och behandlande insatser. Digitala tjänster så som ungdomsmottagning on-line och andra e-tjänster fortsätter att spridas. Ungdomsmottagningarna drivs och samfinansieras tillsammans med länets kommuner. Verksamheten ska vara närvarande och tillgänglig i länets alla kommuner.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- Primärvården är basen för länets hälso- och sjukvård.
- Sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus.
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor.
- Säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler.
- Bemanna upp verksamheter som har kompetensbrist.
- Främja god samverkan i hela systemet.
- Antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov.
- Vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län har idag tre välfungerande akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Region Jönköpings län strävar efter att operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Verksamheten ska balanseras, och det kan finnas ett behov av att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till att vara centraliserade till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping. Under 2022 fattades beslutet "Utveckla och stärka länets tre akutsjukhus", ett dokument som tydliggör en definition av akutsjukhus i Region Jönköping och indikerar vad som behövs för att säkerställa detta framöver. Arbetet sker enligt den politiskt fastslagna strukturen.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Att ta tillvara individens resurser och erbjuda professionell kompetens för att stödja och utveckla dessa, är en viktig del i den personcentrerade vården. Inom området återfinns en bred och varierad rehabiliteringsresurs som riktar fokus mot funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Under 2022 och 2023 utvecklas ögonsjukvården inom vårdval ytterligare där samtliga vårdgivare tar ansvar för utbildning och jourverksamhet inom Region Jönköpings län. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under mandatperioden.

En lokal sjukhusledning finns på respektive sjukhus för att identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor. Med lokala sjukhusledningar kan "vi-känslan" på respektive sjukhus stärkas och utvecklas genom ökad delaktighet och transparens, allt i syfte att ge en jämlik vård och utveckla vården för den vi är till för, via Esther-perspektivet.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande funktionshinder- och hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket *Hjälpmedel i Jönköpings län* är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet.

Tandvård

Ansvar för tandvård regleras i tandvårdslagen, som säger att Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård, oavsett vem som är huvudman eller som utför den.

Folktandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar, till och med det år de fyller 23 år
- specialisttandvård för vuxna
- övrig tandvård för vuxna i den omfattning som Region Jönköpings län bedömer lämpligt.

Region Jönköpings län ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Allmäntandvård bedrivs på en öppen marknad med etableringsfrihet med tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen. Barntandvården finansieras av barntandvårdspeng. Region Jönköpings län är genom Folktandvården en stor producent av tandvård.

Samverkan med kommunerna

Samverkan med kommunerna sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och med årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan och på bästa sätt ta tillvara de gemensamma resurserna. När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare, teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan Vad är bäst för ”Esther”?

Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

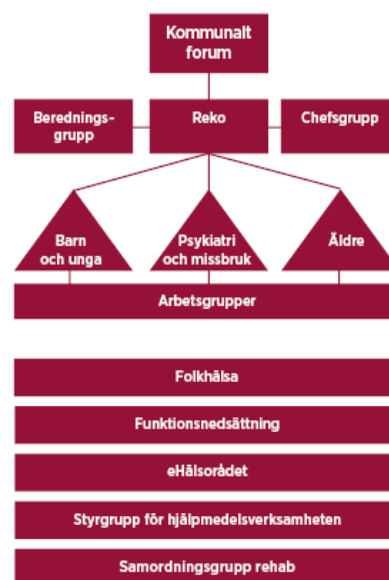
- Vi utgår från patientens/brukarens behov.
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Utöver dessa finns grupper inom; *folkhälsa, funktionsnedsättning, e-hälsa, rehabilitering samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.*

Figur 4 Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling.

Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande. Familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online inom strategigrupp barn och unga är exempel på områden där samverkan sker. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus, ihop med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Den palliativa vården är en annan viktig del som sker i samverkan. Andra områden där det finns ett nära samarbete med kommunerna är beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer. Detta arbete leds av strategigrupp psykiatri och missbruk. Region Jönköpings län arbetar aktivt för att utveckla samverkansformerna med länets kommuner inom de etablerade strategigrupperna och samverkansformer som finns. Länets kommuner har olika behov och detta har Region Jönköpings län i beaktande.

Utvecklingen av samverkan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet går i linje med *Strategi för hälsa* som hålls samman av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Länet medverkar i det nationella arbetet för att utveckla systematik och arbetssätt som förbättrar hälsan i befolkningen.



Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen

Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- Tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
- Främja och bidra till invånarnas hälsa.
- Främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen.
- Solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden kan även hantera samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

Samverkansnämndens fokusområden är

- kunskapsstyrning
- kompetensförsörjning och nya kompetenser
- digital utveckling
- hälsofrämjande och förebyggande insatser
- regional utveckling

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Perspektiv Medborgare och kund

Skapa värde med kunden och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

STRATEGISKT MÅL: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktor Nöjda kunder och intressenter

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - Andel nöjda patienter	80 %	85,7 %	88%	80-100 %		0-79%	År
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver – Instämmer helt/delvis	90 %	92 %	92%	92-100 %	80-91%	0-79%	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för	75 %	78 %	80%	76-100 %	70-75 %	0-69 %	År

I planen för framtidens hälso- och sjukvård lyfts behovet av att förstärka invånarnas egen resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen, samt att öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård. Att skapa en vård som är jämlik, personcentrerad och tillgänglig är en av vårdens viktigaste utmaningar. Införandet av nya angreppssätt syftar till att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Det ska ske genom att involvera patienter och närstående i utvecklingen av hälso- och sjukvården samt erbjuda vård med god kvalitet och bästa möjliga tillgänglighet, valmöjligheter och stöd för egenvård. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor. Avståndet till vården är en viktig tillgänglighetsfaktor.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och i Sverige uppfattar hälso- och sjukvården. Målet är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter. Patienternas erfarenheter av ett specifikt besök eller vårdtillfälle fångas via den nationella patientenkäten.

Personcentrerad vård

En personcentrerad vård och omsorg utgår från patienten/brukaren och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom. Patientkontrakt, fast vårdkontakt och kontinuitet är viktiga delar för att uppnå en god personcentrerad vård. Patientkontrakt är en överenskommelse där patient och vården vet vem som gör vad och skall erbjudas inom hela hälso- och sjukvården. Den stärker patientens egen kraft att nyttja sina egna resurser och är till för att skapa tillitsfulla och goda relationer mellan patient och vårdgivare.

En annan viktig del i den patientcentrerade vården är att öka patientens kunskap. Detta kan ske på olika sätt. Ett utvecklingsarbete som är startat handlar om patientens kunskapsstöd. Även utvecklingen av mötesplatser och hälsocaféer för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående fortsätter. Exempel på mötesplatser är Hjärtats hus för invånare som har eller har haft cancer, lärcaféer, levande bibliotek och självhjälpgrupper. Lärcaféer är en pedagogisk modell med målsättningen att deltagarna ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation utifrån egna behov och resurser.

Uppdrag

- Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare. I överenskommelsen ingår en sammanhållen planering, fast vårdkontrakt och fast läkarkontakt i primärvården samt bokade tider i samråd. Patientkontraktet skall erbjudas inom hela hälso- och sjukvården.
- Öka patientens kunskap genom utveckling och införande av patientens kunskapsstöd. Inklusive mötesplatser och hälsocaféer i alla tre länsdelar.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Andel patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar	90 %	84 %	80%	90-100%	80-89%	0-79%	Månad
Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick komma inom 60 dagar (somatisk och psykiatrisk vård)	80 %	82 %	77%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick en operation eller åtgärd inom 60 dagar	80 %	79 %	80%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad

Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	80 %	79%	92-100 %	80-91%	0-79%	Månad
Tid till ambulans – andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	70 %	68%	80-100 %	70-79 %	0-69 %	Månad

Region Jönköpings län har under många år varit i topp när det gäller tillgänglighet i Sverige. Pandemin under 2020 och 2021 har dock inneburit en stor påfrestning på hälso- och sjukvården och fortsatt arbete behövs för att klara tillgängligheten.

Vårdcentralerna utvecklar ständigt sitt omhändertagande för att möta multisjukas och äldres behov. Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre, ska erbjudas vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven bör vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätta att stärka det tvärprofessionella samarbetet. Utökningen av rehabiliteringsresurserna i primärvården fortsätter.

Invånarnas behov av psykiatrisk öppenvård har ökat. Vården som är nära patienten ska förstärkas för att tillgodose detta behov. För detta behöver de psykosociala teamen förstärkas.

Genom förstärkningen som görs inom primärvården finns möjlighet till en ökad bemanning på vårdcentralen, utökning av rehabiliteringsresurser, psykosociala team och det ger möjlighet att förstärka primärvårdens roll inom Nära Vård. Förstärkningen ökar också läkartäthet, patientsäkerhet, ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare. Modell införs inom primärvården för ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter för att säkra nära vård i hela regionen. Ersättningen vänder sig till vårdcentraler och filialer som ökar tillgängligheten för de som har mer än 20 min med bil till kommunernas huvudorter.

I samband med pandemin har tillgängligheten påverkats och ett stort antal operationer och besök blivit uppskjutna. Flera satsningar görs för att möta det uppdämda vårdbehovet. Tillgängligheten till akuta och medicinskt prioriterade åtgärder är god och dessa kommer att fortsätta att prioriteras under 2023. En handlingsplan är framtagen för hur den uppskjutna vården ska genomföras. Detta kommer påverka tillgängligheten även under 2023.

Region Jönköpings län tar ett krafttag för att förbättra den psykiska hälsan hos länets barn och unga. Arbetet med *En väg in*, som ett arbetssätt för att underlätta triagering och omhändertagandet av barn med psykisk ohälsa fortsätter. Samarbetet mellan elevhälsan, barn- och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Föräldrar som söker stöd och hjälp för sitt barn via barnhälsovården eller skolverksamheten blir ofta remitterade till barn- och ungdomspsykiatrin. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilket kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående. Region Jönköpings län har trots omfattande köp och utbyggnad av den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar växande köer. Under 2021 till 2023 görs en stor satsning för att bygga ut Barn- och ungdomspsykiatrin både avseende utredningskapacitet och behandling. Ett fortsatt fokus ska vara för förbättrad tillgänglighet till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin. Samtidigt utvecklas en primär vårdnivå för barn och ungas psykiska hälsa. Medel ökas successivt under planperioden.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställetiden för prio 1 larm. På orter där inställetiden för ambulanser är lång, har Region Jönköpings län så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och har då möjlighet att till exempel utföra defibrillering vid hjärtstopp i väntan på ambulans.

SMS-livräddare är ett system där HLR-utbildade lekmän kallas till hjärtstopp. Tjänsten SMS livräddare har införts i Jönköpings län under 2021 och utvärderas efter tre år.

Region Jönköpings län är medlem i Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA). Kommunalförbundets uppdrag är att upphandla och äga flygplan samt administrera och sköta ambulansflygverksamheten. Verksamheten går i full drift sedan 2022. En gemensam flygkoordineringscentral (FKC) finns i Umeå. FKC har till uppgift att prioritera och samordna uppdrag för bästa möjliga effektivitet och vårdkvalitet.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.
- Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare.
- Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation genom att förstärka de egna resurserna.
- Fokus kommer även vara på att samverka kring den uppskjutna vården inom sydöstra sjukvårdsregionen i syfte att förbättra tillgängligheten till behandlingar och operationer.
- Arbeta aktivt inom ambulansverksamheten att uppnå uppsatta mål för prio 1 larm.
- Tillgängligheten ska förbättras inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshälsan. Arbetet med *En väg in* fortsätter.
- Fortsätta arbetet med att utveckla primär nivå för omhändertagande av barn- och ungdomars psykiska hälsa. Barn och ungdomshälsan utvecklas till att bli den primära nivån – första linjen.
- Fortsätta bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri hos barn och unga.
- Arbeta aktivt med att förbättra tillgängligheten till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Region Jönköpings län arbetar för jämlik hälsa och att vården ska erbjudas och fördelas på lika villkor. Grupper med särskilda behov identifieras och uppmärksammas genom bland annat uppföljning av resultat. Stöd eller vårdprogram ska vid behov tas fram för att stärka ett likvärdigt och gott bemötande av patienter med symtomdiagnoser eller sällsynta sjukdomar.

Delar av Region Jönköpings läns verksamheter är centraliserade vid en eller ett par ställen i regionen. Det faller då ett extra ansvar att säkerställa att detta inte påverkar möjligheten till jämlik hälsa i hela regionen.

Region Jönköpings län behöver i samverkan med kommunerna, fortsätta arbetet med att integrera utbildning kring hälsa, egenvård och sjukvårdens organisation, samt föräldraskapsstöd för utrikesfödda.

Hälsokommunikatörer arbetar med upplysning om hälso- och sjukvården på olika språk i hela länet. Det handlar om information om hur sjukvårdssystemet är uppbyggt, söka vård på rätt vårdnivå, att hitta rätt i vården och öka kunskapen kring folkhälsa, föräldraskapsstöd och egenvård. Hälsoguider är frivilliga volontärer som genom egna nätverk kan bidra till ökad förståelse för hälsa och egenvård. Hälsoguider utbildas och verkar i prioriterade områden.

Uppdrag

- Fortsätta att arbeta målinriktat i det strategiska arbetet med ”Bästa platsen” för att förbättra folkhälsan hos länets invånare genom en budgetförstärkning 2023.
- Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom regionen, når länets invånare jämnt.
- Fortsätta integrationsarbetet genom bland annat hälsokommunikatörernas insatser och spridning av konceptet med hälsoguider till fler kommuner.

Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2023 där riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Inom Strategi för hälsa pågår lärande nätverket Bästa platsen att växa upp, leva och bo på som har förankrats i samverkan med kommunerna genom Strategigrupp barn och unga. Målet är att förbättra barn och ungas hälsa med två procentenheter fram till och med 2024.

Den psykiska ohälsan ökar och olika insatserna behöver fortsatt utvecklas för att möta detta. Psykisk ohälsa möts med både hälsofrämjande, förebyggande och riktade insatser i samverkan mellan kommuner och Region Jönköpings län. Barn- och ungdomshälsans verksamheter för lindrig psykisk problematik är fullt utbyggd med en verksamhet i varje länsdel. Strategigrupp barn och ungas gemensamma satsningar för att utveckla stöd, vård och behandling till barn med både social problematik och psykisk ohälsa fortsätter.

Ett länsövergripande barnskyddsteam har bildats för att bedriva utbildning och verkar för att en generell kunskapsnivå inom samtliga hälso- och sjukvårdsinstanser upprätthålls kring barn som far illa. Teamet bedriver även uppföljning och kvalitetssäkring samt formulerar rutiner för handläggning. Dessutom bistår teamet konsultativt vid den medicinska utredningen och vid anmälningar till de sociala och polisiära myndigheterna. De ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål; dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningsmän.

Barnhälsovården arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att bland annat tidigt identifiera psykosociala riskfaktorer i familjen för att tidigt kunna initiera stödinsatser och utveckla arbetet med ett jämställt föräldraskap stöd.

Utvecklingen av familjecentraler i kommuner är en viktig del i de förebyggande insatserna för stöd till nyblivna föräldrar. Alla familjecentraler ska kunna erbjuda ett och samma grundutbud där målet är att öka tillgängligheten erbjuda likvärdiga föräldrastödjande insatser och utbildningar mot en mer jämlik hälsa och jämlikt stöd i länet.

Idag kommer många ungdomar senare ut på arbetsmarknaden jämfört med tidigare. Det innebär att allt fler unga hamnar i gränslandet när det gäller möjligheten till egen försörjning och att förverkliga sina framtidsplaner. Därför behövs en samordning när det gäller åldersgräns på Region Jönköpings läns ungdomsmottagningar och umo.se, som är regionernas webbplats för alla som är mellan 13-25 år.

Uppdrag

- För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras tre områden för ett fördjupat arbete i nära samverkan; fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Lokala team från olika delar i länet genomför förbättringsarbeten utifrån detta. Förbättringsarbetet genomförs med inspiration från Skottland och Cincinnati, USA.
- Minst en familjecentral ska finnas i varje kommun. Familjecentralernas uppdrag utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd. Påbörja utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler.
- Samverkan ska ske med elevhälsan för att förbättra tillgängligheten och arbetet med förebyggande arbete
- Ungdomsmottagningen ska, genom budgetförstärkning, arbeta tillsammans med elevhälsan och elevhälsocentraler för att arbeta mer förebyggande.

Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Effekterna av att äldre har följt Folkhälsomyndigheternas rekommendationer under pandemin har lett till att flera äldre mist sina vardagliga sociala interaktioner. Långvarig avsaknad av sociala aktiviteter kan leda till ökad psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet. Samverkan med civilsamhället, föreningar, kyrkor med flera blir viktigt för att hjälpa till att minska ensamheten och dess konsekvenser. En ytterligare konsekvens av pandemin är ökat

alkoholintag och ökat stillasittande bland äldre. Arbete i dessa två områden behöver påbörjas under kommande år. Vårdcentralerna har ett uppdrag att aktivt arbeta med att förbättra den psykiska hälsan hos äldre.

En parameter som uppmärksammas är vikten av att arbeta fallförebyggande. Bästa platsen att åldras på, är en utvecklingsplattform där en metod är att arbeta med lärande nätverk. Där etableras och utvecklas samverkansformer med länets pensionärsföreningar och civilsamhälle. Viktigt fokus är bland annat ett ökat deltagande i samhällsaktiviteter för seniorer med annan kulturell bakgrund, sociala aktiviteter och digital inkludering. Bästa platsen är i ett expansivt skede där ambitionen är att skapa ett mer äldrevänligt län.

Målet för arbetet med trygg och säker vård och omsorg är att de äldre invånarna i Jönköpings län ska kunna säga "Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver den". Arbetsätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden ska vidareutvecklas. Pandemin har på olika sätt synliggjort behoven av att utveckla de gemensamma insatserna för att ge god vård och omsorg. Samverkan och proaktivt arbetssätt ger trygghet och kvalitet för individ och närstående, patientsäkerhet, trygga medarbetare och effektivt använda resurser. För målgruppen krävs hög grad av personcentrering. Vikten av koordinering, en tydlig plan i samverkan och fast läkarkontakt och vårdkontakter kan inte nog betonas. En enkel infektion kan snabbt försvaga den äldre och sköra personen och leda till slutenvård som kunnat undvikas. Proaktiva insatser, för att förhindra försämring och de negativa konsekvenser som uppkommer om sköra och mest sjuka äldre förflyttas, bör prioriteras. Förutsättningar för fungerande proaktiva, akuta och långsiktiga åtgärder är tydliga planer, medicinsk behandlingsstrategi, tillgänglighet för varandra i teamet bör skapas, både i ordinärt och särskilt boende.

Kommunernas och Region Jönköping läns utveckling av samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus fortsätter liksom utvecklingen av vård och stöd i hemmet. Vårdcentralens vårdsamordnare är koordinator och fast vårdkontakt vid in- och utskrivning från sjukhus. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa att god och effektiv vård sker i hemmet. Ledtiderna vid utskrivning från den slutna vården ska hållas så korta som möjligt när vistelse på sjukhus är nödvändig. Läkarmedverkan i hemsjukvården ska förstärkas genom samverkande team från Region Jönköpings län och kommun med fokus på gemensam planering, samordnade individuella planer (SIP) och proaktiva insatser.

I linje med Nära vård intensifierar Region Jönköpings län sitt ansvar kring geriatriken och arbetar mer proaktivt med de äldre i samverkan mellan geriatriken, primärvård och kommun genom att i projektform införa specialiserad geriatrisk vård i hemmet. Diskussion pågår om upplägg där ronder på särskilda boenden genomförs av distriktsläkare eller ST-läkare primärvård tillsammans med geriatriker. Konsultationer gentemot kommunal hemsjukvård och primärvård för att kunna vårda de äldre i hemmet eller kvar på korttidsboenden, särskilda boenden istället för att skickas in till akutmottagningen eller vård på sjukhus när vård med fördel kan ges utanför sjukhus. Läkemedelsgenomgångar genomförs på utvalda patientgrupper. För att kunna arbeta med detta krävs en geriatriker och en geriatriksjuksköterska per länsdel.

Uppdrag

- Arbeta riktat mot äldre för att identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid, ofrivillig ensamhet samt främja äldres psykiska hälsa.
- Fortsätta arbetet med *Trygg och säker vård och omsorg*. I uppdraget ingår att arbeta aktivt med att utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner i syfte att erbjuda jämlik hälsa och vård för länets invånare. Vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätter att stärka det tvärprofessionella samarbetet.
- Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
- Fortsatt utveckling av en jämlik geriatrisk vård i länet utifrån resultatet av utvärderingen som genomförs under 2022.
- Testa arbetssättet med att införa geriatrisk vård i hemmet och utvärdera efter två år.

Bra munhälsa och god tandvård

Tandvårdens mål är bra munhälsa på lika villkor för länets befolkning. Sambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa är tydlig. Därför är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler

äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbete utvecklas så att rätt kompetens används inom olika områden.

Inom allmäntandvården kan både vuxna, barn från tre års ålder och ungdomar fritt välja tandvårdsmottagning. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
	2023	2020	2021				
Andel kariesfria 19-åringar	45 %	45 %	45 %	45-100 %	42-44 %	0-41 %	År

Region Jönköpings län ligger i topp vad gäller kariesfrihet hos 19-åringar, då 40 procent varken har fyllningar eller karieskador. Samtidigt behöver den förebyggande tandvården utvecklas både riktat till yngre och äldre för en bra munhälsa på lika villkor. Arbetet för god tandhälsa ska fortsätta och ambitionsnivåerna ska vara fortsatt höga inom barntandvården.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa.

Uppdrag

- Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola. En informationskampanj ska genomföras och folktandvården ska vara ute på förskolorna och instruerar kring vikten av att borsta tänderna.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
	2023	2020	2021				
Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling – Folktandvården totalt	90 %	84 %	82 %	90-100%	70-89%	0-69 %	Månad
Tillgänglighet till specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss.	80 %	nytt mätetal	31%	80-100 %	60-79%	0-59%	Månad
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömning)	90 %	45 %	70%	90-100%	75-89%	0-75%	Tertial
Andel berättigande till nödvändig tandvård som fått den utförd	80 %	47 %	54 %	60-100%	45-59 %	0-44%	Tertial

För att patienter ska känna förtroende för tandvården och bli nöjda, krävs bra bemötande och bra omhändertagande. Alla patienter ska informeras om behandlingsalternativ, kostnad, tidsåtgång med mera.

Tillgängligheten till Region Jönköpings läns folktandvårdskliniker behöver bli bättre. Avgörande för att nå det målet är att rekrytera och behålla personalen. De kliniker som finns i glesbygd behöver extra stöd för att kunna fortsätta sin verksamhet att erbjuda en jämlik tandvård. Folktandvården arbetar med en handlingsplan för att arbeta på nya sätt och samtidigt vara en attraktiv arbetsgivare.

Tandvård för personer med särskilda behov

Region Jönköpings län har ansvar för att vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Det är personer i särskilda och egna boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) och nödvändig tandvård (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Den tandvård som här avses kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Region Jönköpings län ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper där patienter har en funktionsnedsättning som medför stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå en tandvårdsbehandling på grund av långvariga sjukdomar och/eller funktionshinder (F-tandvård).

Munhälsan har möjlighet att förbättras betydligt hos de äldre, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalas öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och vid behov tandvård utförd. Arbetet följs kontinuerligt.

Specialisttandvård

Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens odontologiska institution. Konsultation och kompetensstödande arbete gentemot allmäntandvården är ett viktigt arbete för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande. Ett led i detta arbete ska vara att specialisttandvård också utförs av specialister på allmäntandvårdskliniker.

Antalet patienter som behandlas inom specialisttandvården ökar. Befolkningen blir äldre och drabbas av sjukdomar som kan påverkas av bristande munhälsa. Ett stort fokus ligger på att förbättra tillgängligheten till specialisttandvården. Detta kan innebära behov av att disponera om resurser inom specialisttandvården till förstärkning av verksamheten i Nässjö och Värnamo.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till folktandvården och specialisttandvården.

Perspektiv: Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter.

Processorientering stimulerar förebyggande arbete, att grundorsaker till problem identifieras och att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

STRATEGISKT MÅL: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktor Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering. Regeringens och Sveriges kommuner och regioners vision för e-hälsoarbetet utgår ifrån att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Region Jönköpings län ska utifrån det nationella målet fortsätta investera i e-hälsa och har som mål att bli bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem, enligt den plan för framtidens hälso- och sjukvård som är framtagen under 2020.

Välfärdsteknik och e-hälsa är ett expanderande område med stora kvalitetsvinster för den enskilda patienten, där utvecklingen av digitala verktyg ska utgå ifrån patientsäkerhet och verksamhetens behov, samt utifrån invånarperspektiv. Tekniken kan också ge möjlighet till effektiviseringar och utveckling av sjukvården i syfte att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län är aktiv i implementerandet av olika välfärdstekniska lösningar och i utveckling av e-hälsotjänster. Digitala vårdsbesök är en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Implementering av e-hälsa ska ske på ett kostnadseffektivt sätt som även leder till kvalitetsförbättringar inom vården. I arbetet *Meny till invånare* finns ett samlat stöd som underlättar för

invånarna att hantera sin egen hälsa. Program för levnadsvanor samt psykisk ohälsa och kronisk sjukdom erbjuds via plattformen för stöd och behandling.

För att vården ska kunna dra full nytta av och använda e-hälsotjänster optimalt, krävs kontinuerlig utveckling och förbättring av vårdens processer och arbetssätt. Genom nationell och lokal samverkan kring standardiserat arbetssätt kan vården effektiviseras och en ökad kvalitet och patientsäkerhet uppnås. Utgångspunkt är rätt information på rätt plats i rätt tid, med stöd av digitala verktyg för vårdplanering, kunskapsstöd, vårdprocessutveckling parallellt med personcentrering och med möjlighet till mobilitet och distansarbete. Patientsäkerhet, verksamhetens och invånarens behov ska beaktas i utveckling och förändring av IT-system.

1177 Vårdguiden via webb eller telefon ska vara stöd i individens kontakt med vården och som en integrerad del i hälso-, sjuk-, tandvårds- och omsorgsstrukturen. Under 2023 fortsätter arbetet med att förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon, bland annat genom införandet av 1177 Direkt utifrån den nationella målbilden för första linjens digitala vård. Symtombedömning, hänvisning och chatt är en ny nationell satsning där invånaren ska kunna lämna sin symtombeskrivning dygnet runt och därmed starta sitt vårdärende. Genom automatiserad symtombedömning och hänvisning till egenvård eller direkt till rätt vårdnivå och rätt vårdkompetens kan kontakter hanteras på ett mer effektivt sätt.

Under 2021 startades en utredning utifrån politiskt uppdrag om hur tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon kan förbättras och var 1177 Vårdguiden på telefon bäst organiseras inom Region Jönköpings län. När uppdraget redovisats påbörjas en omorganisation av verksamheten i syfte att förbättra tillgängligheten till patienterna som ringer 1177.

Uppdrag

- När uppdraget om hur tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon kan förbättras och var 1177 Vårdguiden på telefon bäst organiseras redovisas, påbörjas en omorganisation av verksamheten i syfte att förbättra tillgängligheten till patienterna som ringer 1177.
- Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök
- Förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon och tillhandahålla rådgivning på andra språk
- 1177 direkt – symtombedömning, hänvisning och chatt införs på alla vårdcentraler i länet och som en del av 1177 på telefon (Första linjens digitala vård)
- Införa lösningar för egenmonitorering.
- Underlätta användandet av och kunskap om digitala stöd och tjänster (personal och invånare). Särskild satsning på de som har ett digitalt utanförskap.
- Fortsätta utvecklingen av vårdsystemet Cosmic och andra system som används i vården.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Ett långsiktigt mål i planen för framtidens hälso- och sjukvård är att primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs. Att förflytta sjukhusens specialistvård närmare patienten och primärvården är ett led i förflyttningen mot nära vård. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Primärvården och sjukhusvården fortsätter att förbättra samverkan och samarbetet med kommunernas hälso- och sjukvård. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ger patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Uppdrag

- Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar.

STRATEGISKT MÅL: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktor Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

Handlingsplanen för jämlik hälsa och Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län är viktiga dokument som ligger till grund för samverkan i det gemensamma folkhälsoarbetet. Samverkan med kommunerna sker utifrån länsinvånarnas behov och perspektiv genom att utgå från frågan - Vad är bäst för Esther?

Verksamheterna ska lägga stor vikt vid behandling och förebyggande av sjukdom samt främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa. Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor utgår från tre steg, att uppmärksamma, åtgärda och följ upp. Samtal om levnadsvanorna och psykisk hälsa ska vara en naturlig del i patientmötet. Vårdcentralen erbjuder alla länets invånare hälsosamtal det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år. Arbetet underlättas med digitalt stöd. Invånarna ska erbjudas stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor enligt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling.

Att främja folkhälsa är ett arbete inte bara för vården utan för hela samhället. Vårdcentralerna har dock ett särskilt ansvar för att erbjuda personer med särskild risk, som har högre förekomst av ohälsosamma levnadsvanor stöd till levnadsvaneförändring. En utvärdering av det målmedvetna förbättringsarbetet, tilläggsuppdraget enligt regelbok, i nära samverkan med samhällsaktörer i respektive närområde ska genomföras 2023.

Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Spridningen av Hälsocenter i länets kommuner och hälsocoach on-line underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Handlingsplanen för jämlik hälsa är en del i samverkan kring folkhälsoarbetet. Den nya regionala handlingsplanen för SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) som utarbetades under 2022 ska tas i bruk och spridas.

Region Jönköpings län är medlem i nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård och ska arbeta aktivt för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och ha representanter i nationella temagrupper. Medlemskapet innebär att gemensamt driva utveckling av en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård för patienter, medarbetare och befolkning.

Uppdrag

- Hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - utvärdera förstärkningsuppdrag i primärvården
- Stödjande implementering av det nya nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling. Systematiskt stöd till vården i att utveckla struktur för arbetet med att främja hälsosamma levnadsvanor
- Fortsätta utveckla Hälsocenter tillsammans med länets kommuner

Rehabilitering

Rehabilitering är ett viktigt område inom den nära vården som basen för hälso- och sjukvården, där arbete för att säkerställa jämlika förutsättningar behöver ske. Det är av stor vikt att rehabiliteringspotentialen som en individ har tas till vara. Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen inom primärvård och specialistvård ska fortsätta utvecklas.

Det finns ett ökat behov av rehabilitering i samtliga länsdelar och i en rad processer. Det handlar om ökat fokus på helhet och vikten av att olika kompetenser kompletterar varandra för "Esters bästa". I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och som verksamheter förväntas implementera. Under pandemin har betydelsen av rehabiliteringsresurser synliggjorts ytterligare.

Pandemin har även medfört att det finns en ny grupp patienter som är i behov av rehabilitering. Det kan bero på

långvariga besvär efter covid-19 eller för patienter som behandlats under en längre period på intensivvård för covid-19. En samlad kompetens har skapats kring utredning, behandling och rehabilitering.

Uppdrag

- Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med Region Jönköpings läns specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.
- Utökning av rehabiliteringsresurser i form av exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logoped, psykologer och dietister.

Rehabilitering – återgång i arbete

Inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ansvarar hälso- och sjukvården för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Det krävs ett lagarbete som omfattar medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering tillsammans med andra aktörer i samhället för att åstadkomma goda resultat och möjliggöra återgång till arbetslivet. Rehabilitering till arbete är också en förutsättning för att gå från utanförskap till arbetsgemenskap.

Region Jönköpings län har successivt utvecklat samarbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst. Rehabkoordinatorer finns i hela primärvården samt inom specialiserad vård på enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna till återgång till arbetslivet.

Uppdrag

- Ett strukturerat arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska utvecklas och införas i primärvården inom Sydöstra sjukvårdsregionen.
- En samverkansmodell ska vidareutvecklas inom området mellan primärvård och specialistvård, i första hand rehabiliteringsmedicin, psykiatri och smärtkliniken.
- Tillgodose att sjukskrivna personer med behov av koordineringsinsatser har tillgång till en rehabkoordinator oavsett vårdnivå. Utveckla strukturerade arbetssätt inom rehabkoordinering i specialiserad vård.

Samordningsförbunden

Länets tre samordningsförbund bedriver finansiell samordning och ger stöd till gemensamma insatser och annan samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Målet är att personer i yrkesverksam ålder, med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera parter, ska nå eller förbättra sin förmåga att arbeta eller studera, dvs möjlighet till egen försörjning. Samordningsförbunden stödjer även aktiviteter som syftar till att få samarbetet mellan parterna att fungera mer effektivt.

Framgångsfaktor Säker verksamhet

Systemmätetal	Mål	Resultat		Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
		2020	2021				
Vårdprevention - Andel av patienter som bedömts ha risk inom område fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen som fått åtgärd insatt (riskpatienter)	90 %	86 %	82 %	90-100%	80-89%	0-79%	Tertial

Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete har som mål att vara bland de ledande i Sverige och att vara i världsklass. Den hälso- och sjukvård som utförs i Region Jönköpings län ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete krävs, med fokus på att uppnå säkerhet genom att optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt så att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Patientsäkerhetsarbetet är en grundläggande förutsättning i Region Jönköpings läns utvecklingsarbete i planen för att möta framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet kommer under planperioden att anpassas till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård. I handlingsplanen beskrivs (figur 15):

- Mål – god och säker vård, överallt, alltid.
- Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet – engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare.
- Fem fokusområden.



Figur 5 Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Organisering av och arbetssätt för arbetet med patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Därför har, för att tydliggöra ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet, en lokal samverkansgrupp patientsäkerhet etablerats 2022. Inom primärvården är det viktigt att utveckla arbetet med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet är:

- Utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt.
- Utveckla och använda arbetssätt för riskhantering.
- Utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett resilient system.
- Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av vårdens professioner och av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. *Säker vård – alla gånger* är ett väl beprövat koncept som är en del i det proaktiva arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län. Patienters och brukares erfarenheter och kunskaper tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Uppdrag

- Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.
- Inom primärvården är det viktigt att utveckla arbetet med patientsäkerhet i omställningen till mer nära vård.

Kris- och katastrofmedicinsk beredskap samt civilt försvar för hälso- och sjukvården

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) beskrivs vilka förmågor och obligatoriska funktioner som ska finnas i Region Jönköpings län. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. För att ha en god förmåga vid kris- och katastrofmedicinska händelser krävs planläggning, utbildning och övningar. Risker och sårbarheter analyseras fortlöpande och är grunden för planeringsarbetet. Detta arbete genomförs delvis med hjälp av särskilt bidrag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) utifrån överenskommelser gällande krisberedskap och lagen om extraordinära händelser.

För hälso- och sjukvårdens beredskap och civilt försvar kommer de statliga medlen att öka vilket innebär att planeringstakten också förväntas öka. Medlen ska användas för att arbeta med uppgifter inom krigsorganisation och dess bemanning, samverkan och ledning, planeringssamverkan, utbildning och övning, traumavård, försörjningsberedskap samt motståndskraft som innefattar robusthetshöjande åtgärder inom områdena cybersäkerhet och kontinuitetsplanering. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Arbetet med att stärka det civila försvaret för hälso- och sjukvården kommer att behöva intensifieras.

Under pandemin har olika områden identifierats som behöver förstärkas för att kunna upprätthålla en god kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Personalens uthållighet och kunskapsutveckling vid en längre kris har visat sig vara en utmaning. Utbildning och övning inom området katastrofmedicin behöver öka.

Uppdrag

- Genomföra en översyn om hur personalen utbildas, ges övning och förbereds på kris- och katastroflägen samt vid krig.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Indikatorer i Öppna jämförelser – (för 2022 specifikt medicinsk kvalitet)	60 %	71,7 %	-	60-100%	50-59%	0-49%	År
Standardiserade vårdförlopp – andel patienter i SVF	70 %	65 %	66%	69-100%	60-68%	0-59%	Månad
Standardiserade vårdförlopp – andel inom max ledtid	80 %	50 %	41%	81-100%	60-80%	0-59%	Månad

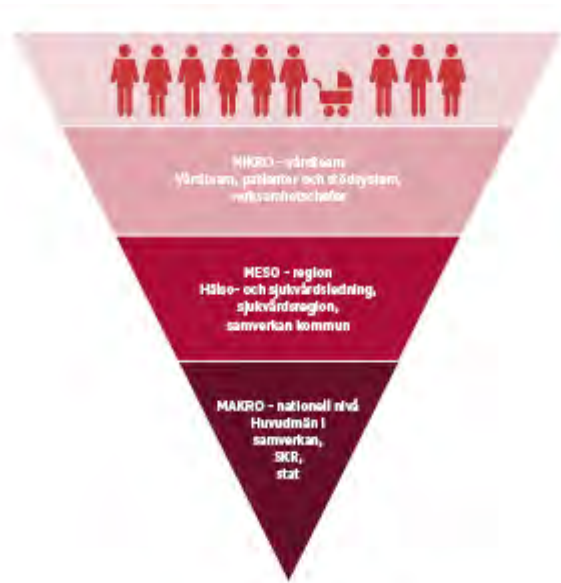
Kunskapsstyrning - Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa

Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Det är i mötet mellan vårdpersonal och patient som värdet skapas och vi ser hur effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrningen är.

Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

I det gemensamma arbetet tar regionerna fasta på överenskommelser med staten om kroniska sjukdomar, cancervård och psykisk hälsa. Här hanteras även frågor om nivåstrukturering, utveckling av nationella kvalitetsregister och införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera kroniska sjukdomar och allvarliga hälsotillstånd. Region Jönköpings län bidrar med medarbetare till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet och anpassar den lokala kunskapsstyrningen utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden med uppdrag att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska skillnader.

Region Jönköpings län är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.



Figur 6 Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp täcker en eller flera delar av en vårdkedja och beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan och mål och indikatorer för uppföljning. De används för att systematiskt säkra bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vid införande av vårdförlopp är det viktigt att beakta risker för undanträngningseffekter. Den etablerade samverkan som beskrivs ovan ökar nu våra möjligheter att fokusera på lokal resultatuppföljning, implementering av gemensam kunskap, arbetsfördelning och processutveckling tillsammans med patienterna.

Den nära vården ska erbjuda invånare med kroniska sjukdomar det stöd och den tillgänglighet de behöver för att kunna leva med så hög livskvalitet som möjligt. Utvecklingsarbetet omfattar bland annat fördjupad kartläggning av invånarnas behov, förbättrade arbetssätt och uppföljningsrutiner, kompetensutveckling, e-hälsa och effektiva självhjälpsstöd. Insatserna ska minska behandling med flera samtidigt läkemedel, inskrivningar på sjukhus, återinläggningar och undvikbar sjukhusvård. Patientens egna erfarenheter ska tas tillvara och införandet av patientkontrakt fortsätter.

Uppdrag

- Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen, i syfte att erbjuda jämlik vård. I detta ingår att underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap och att minska variation med hjälp av kliniska kunskapsstöd, nationella vårdförlopp, vårdprogram och vårdriktlinjer. Patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården ska öka och samverkan ska effektiviseras mellan olika vårdnivåer i programmet.
- Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar.

Cancervård

Antalet människor som lever med cancer ökar med 5 procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer.

Mottagning för uppföljning av sena komplikationer till följd av en cancersjukdom hos barn skapades under 2020. Det finns nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer. Det är en beskrivning av vilken vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna och vilka undersökningar som överlevarna bör erbjudas.

Regionerna i Sydöstra sjukvårdsregionen utvecklar cancervården utifrån löftena att patienter med cancer ska:

- Få behandling inom fyra veckor (om inte annat anges i standardiserade vårdförlopp).

- Erbjudas diagnostik och behandling enligt best practice.
- Vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan.
- Få lika god palliativ vård oavsett bostadsort
- Erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram.

Region Jönköpings län har infört standardiserade vårdförlopp i cancervården. De flesta patienterna behandlas enligt vårdförloppen men det behövs mer för att nå förloppens idealtider. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården.

Nödvändiga screeningprogram införs i takt med nationella riktlinjer och beslut inom sydöstra sjukvårdsregionen. Dessutom genomförs riktade insatser för att uppnå ett högt deltagande i mammografiscreeningen och cellprovtagning för livmoderhalscancer.

Under 2022 påbörjar Region Jönköpings län screening av tjock- och ändtarmscancer. Det medför initiala kostnader som enligt hälsoekonomiska beräkningar tjänas in genom att färre individer dör av tjock- och ändtarmscancer. Region Jönköpings län har även påbörjat ett införande av organiserad prostatacancer testning och arbetet med ett diagnostiskt prostatacancer centrum fortsätter.

Sydöstra sjukvårdsregionen har arbetat fram ett vaccinationsprogram för att utrota livmoderhalscancer via en så kallad catch-up för kvinnor.

För att säkerställa en trygg personcentrerad, behovsriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet utvecklar Region Jönköpings län rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom. Ett viktigt mål är att redan under utredningstiden kunna ge patienten stöd för rehabilitering och egenvård.

Uppdrag

- Arbeta aktivt med att nå målen för standardiserade vårdförlopp.
- Öka deltagandet i screeningprogram och genomföra riktade insatser.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med screening för tjock- och ändtarmscancer.
- Fortsätta införandet av organiserad prostatacancer testning.
- Erbjud avancerad läkemedelsbehandling på våra tre akutsjukhus.
- Stärka rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom.

Palliativ vård – vård i livets slutskede

Alla har rätt att få ett värdigt slut och att leva hela livet. Behoven hos personer med obotlig sjukdom varierar över tid och kan uppstå oavsett ålder, diagnos och var personen får sin vård. Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län.

Allmän palliativ vård ska ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Den bedrivs där personen befinner sig i hemmet, på sjukhus eller i kommunens särskilda boenden. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av läkarledda multiprofessionella team.

Uppdrag

- Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.
- Vårdplatser för specialiserad palliativ vård skapas på länets tre akutsjukhus.
- Verksamheten specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) fortsätter att utvecklas.

Kvinnors hälsa och förlossning

För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

Uppdrag

- Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård.
- Att personer som utsatts för sexuellt våld och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.

Psykisk hälsa

En flerårig satsning pågår för utveckling inom området psykisk hälsa. Arbetet omfattar såväl främjande av psykisk hälsa, förebyggande och tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer med svår psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning. Teambaserat arbete som är specialiserat på olika typer av diagnosgrupper ger goda förutsättningar att möta behoven hos patienten. Detta kräver en sammanhållen vård och en förstärkt öppenvård med bättre samverkan mellan huvudmännen samt en ökad dialog med patient- och brukarföreningar. Peer support, är personer med egen erfarenhet och en beprövad metod som stödpersoner inom en verksamhet som ger vård, stöd eller rehabilitering. Vården behöver även bli bättre på att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Den kraftigt ökade volymen av neuropsykiatriska utredningar inom Barn- och ungdomspsykiatrien resulterar i att antalet patienter som behöver stöd från vuxenpsykiatrien ökar och kommer öka ännu mer framöver då en stor del av behandlingsinsatser och all läkemedelsförskrivning sker inom specialistsjukvården. Trenden de senaste åren har varit att cirka 33 procent av patienterna inom BUP behöver fortsatt vård inom vuxenpsykiatrien.

Uppdrag

- Utökning av peer support, person med egen erfarenhet
- Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom i samverkan mellan specialiserade psykiatriska vården, primärvården och kommunen.
- Att utveckla stödet att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
- Säkra att patienter med psykiatrisk problematik i gränslandet mellan specialistvård och primärvård erbjuds god vård och behandling.

Suicidprevention

Det suicidpreventiva arbetet inom Region Jönköpings län utgår från den handlingsplan och de nio mål som regeringen, via Folkhälsomyndigheten, har antagit. En uppdragsbeskrivning för arbetet med samordnad suicidprevention och psykisk hälsa under 2020-2023 är framtagen och antagen i ledningssystemet för samverkan med länets kommuner. Det övergripande syftet med uppdraget är att utveckla samordning och samverkan mellan berörda aktörer i Jönköpings län, stärka kunskapsutbyggnad och kompetens, samt utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet.

Uppdrag

- Samordna arbetet kring suicidprevention i länet. För att möjliggöra ett aktivt lokalt arbete etableras ett nätverk med lokala samordnare i länets kommuner.

Våld i nära relationer

Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld, könsstympning och våld i nära relationer orsakar stort lidande för många. Region Jönköpings län arbetar med insatser som ska motverka att detta uppstår eller upprepas. Resursförstärkning genomfördes 2020 för arbetet med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer inklusive barn i våldsutsatta miljöer. Utbildning- och informationsmaterial rörande barns utsatthet har tagits fram. Ett arbete har även genomförts med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck där framtagande och implementering av utbildningsprogram påbörjats. Utbildning har exempelvis skett för hälsokommunikatörerna i ämnet våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

Uppdrag

- Arbete med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer fortsätter och utvecklas i länet och en första utvärdering genomförs under 2022. Verksamheten ska säkra att den finns tillgänglig i hela länet.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck.
- Strukturera arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn och unga.

Läkemedelsanvändning

Region Jönköpings län arbetar för att nå en rationell, säker, jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Detta sker till exempel genom läkemedelsdialoger. Region Jönköpings län deltar även aktivt i arbetet kring läkemedelsfrågor i sydöstra sjukvårdsregionen samt på nationell nivå. Kostnaderna för läkemedel fortsätter att öka både i riket och i Region Jönköpings län. Nya läkemedel ger möjligheter till bättre behandlingsresultat, men leder samtidigt till ökade kostnader för läkemedelsbehandling. Region Jönköpings län följer nationellt ordnat införande av läkemedel och nationella rekommendationer, samt har en särskild budgetmodell för införande av nya kostnadskrävande läkemedel. Region Jönköpings län har som målsättning att ha resultat i toppklass, men en läkemedelskostnad som ligger i paritet med riket.

Sjukhusapoteket, vilket bedrivs i egen regi, arbetar kontinuerligt med lokaler, logistiklösningar och lagernivåer för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning. Under pandemin har vikten av detta arbete belysts ytterligare. Lagernivåerna av kritiska läkemedel för slutenvården ökas successivt, med särskilt fokus på operation och intensivvårdens behov.

Att minska negativa händelser orsakade av läkemedel är ett fortsatt prioriterat område. Ökad patientdelaktighet i läkemedelsanvändningen, i den mån patienten önskar, kan och vill, samt minskning av olämplig polyfarmaci ses som framgångsfaktorer för att förebygga fel i vårdövergångar och minska läkemedelsorsakad sjuklighet.

Läkemedel är gjorda för att vara biologiskt aktiva och stabila i kroppen och utsöndras via urin och avföring och hamnar i avloppsreningsverken. I länet har förhöjda halter av flera läkemedel konstaterats i avloppsreningsverk. Det är angeläget att Region Jönköpings län arbetar med att, med bibehållen patientnytta, både begränsar förskrivningen av miljöpåverkande läkemedel och att främja god hantering av kasserade läkemedel samt rening av läkemedelsrester i avloppsreningsverk. Minskad förskrivning kan ske via ökad användning av icke-farmakologiska behandlingar/livsstilsförändringar, startförpackningar och tidsbegränsade ordinationer samt om möjligt välja mindre miljöpåverkande alternativ.

För att främja en hållbar läkemedelskedja ska Region Jönköpings län även förbättra invånarens kunskap om hur läkemedel påverkar miljön och hur överblivna läkemedel ska kasseras. Region Jönköpings län ska öka samverkan om läkemedels miljöpåverkan och rening av läkemedelsrester med länets kommuner och länsstyrelsen.

Uppdrag

- Tillhandahålla en rationell och säker läkemedelsförsörjning
- Arbeta för en jämlik läkemedelsbehandling
- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning utifrån nationella och regionala avtal och rekommendationer
- Minska olämplig läkemedelsanvändning
- Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta
- Främja en hållbar läkemedelskedja efter att patienten använt läkemedel.

Bidrag inom folkhälsoområdet

Region Jönköpings län beviljar årligen bidrag till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i regionen. Bidragen är en viktig stimulans till civilsamhället för att möjliggöra mer stöd för invånarna att kunna hantera sin hälsa.

Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Nykterhetsfrämjande organisationer, idrottsrörelsen och organisationer inom funktionshinderområdet är exempel på mottagare av bidrag. Inom funktionshinderområdet ska bidraget stödja föreningar att genom olika

mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja föreningarna till att verka för en förbättrad hälsa i gruppen.

Smittskydd, vårdhygien och strama

Region Jönköpings län övervakar det epidemiologiska läget i länet för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Under pandemin har smittskyddet haft en central roll gentemot såväl vården som övriga delar av samhället när det gäller information och riktlinjer, förebyggande åtgärder, smittspårning, epidemiologisk övervakning, vaccination med mera.

Vaccinationsprogrammen är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. En storskalig vaccinationskampanj mot covid-19 påbörjades i början av 2021. Det är i nuläget oklart hur det långsiktiga behovet av upprepad vaccination kommer att se ut, men sannolikt kommer åtminstone riskgrupper att behöva vaccineras återkommande. Region Jönköpings län följer även upp vaccinationstäckningen i länet för barnvaccinationsprogrammet, och vaccination av olika riskgrupper. Årligen genomförs en omfattande influensavaccinationskampanj där en stor andel (74 procent hösten 2021) av alla länets invånare över 65 år vaccineras.

Arbete pågår ständigt för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. I samband med pandemin har hygienrutiner och skyddsutrustning varit helt avgörande för att minimera smittspridningen till såväl vårdtagare som personal i region och kommun och i stort sett allt arbete har fokuserats på detta. Samarbetet med så gott som samtliga vårdverksamheterna har intensifierats under pandemin. Det har även framkommit ett behov av förstärkt vårdhygieniskt stöd i primärvården och en hygiensjuksköterska har anställts som arbetar med detta. Infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler har blivit en fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk.

Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar för en rationell antibiotikaanvändning.

Antibiotikaförbrukningen i öppen och sluten vård följs upp och återkopplas till verksamheterna. Bland annat görs årliga besök till varje vårdcentral där diagnoskopplad förskrivning redovisas på förskrivarnivå. I samarbete med infektionskliniken införs så kallade antibiotikaronder, där antibiotikaförskrivningen inom slutenvården granskas i realtid av infektionsläkare.

Region Jönköping har sedan juni 2016 bedrivit sprututbytesmottagning, med fysisk placering i Jönköping i anslutning till infektionskliniken. Den primära målsättningen är minskad smittspridning av blodburna sjukdomar men även att främja psykisk och fysisk hälsa generellt. En inventering har gjorts för att få en aktuell bild av var personer med intravenös administrering av droger/läkemedel finns i länet. Det blir då tydligt att vi med sprututbytesverksamheten i Jönköping inte når hela regionen. En orsak kan vara det stora geografiska avståndet där längre resväg kan vara ett hinder rent ekonomiskt, men även logistiskt för yrkesverksamma. Förslag är därför att utöka verksamheten till att finnas på tre ställen i länet.

Uppdrag

- Utöka arbetet med att minska antibiotikaförskrivning.
- Fortsatt bevakning av covid-19 och eventuellt behov av ny storskalig vaccination
- Utökning av sprututbytesprogrammet till Värnamo och Nässjö. Förslag att pröva upplägget under 18 månader, med utvärdering efter 12 månader. Planerad start januari 2023.
- En informationskampanj ska genomföras kring de vaccinationer som erbjuds till äldre.

Vårdnära service

Bra och välfungerande vårdnära servicetjänster är viktiga delar för att verksamheterna ska fungera. Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt flyttas över till servicepersonal och därmed ge förutsättningar för en effektiv, tillgänglig och säker vård där den samlade kompetensen används på bästa möjliga sätt. Exempel på detta är patientnära

städning, måltidshantering, förråds- och textihantering samt patienttransporter. Vårdnära service är en viktig del i arbetet för rätt använd kompetens.

Uppdrag

- Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal för rätt använd kompetens.

Perspektiv: Lärande och förnyelse

Förbättrar verksamheten och skapa innovationer

Framgångsrik hållbar verksamhet över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dit. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

STRATEGISKT MÅL: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktor Förbättringskunskap

I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Värdegrund, motivation, idéer och genomförandekraft är viktiga aspekter för att hälso- och sjukvården ska utvecklas så att verksamheterna åstadkommer bästa möjliga resultat till lägsta kostnad varje gång. Det stimuleras genom att fokusera på systemförståelse, processförbättringar och resultat som skapar mervärde för patienten, genom stöd för såväl organisatoriskt som personligt lärande varje dag, samt genom en kultur med fokus på morgondagen.

Arbetet med värdeutveckling genom att öka kvalitet och minska kostnader förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. Grundläggande för chefer och ledare är därför att utifrån invånare och patienters behov skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet. Det pågår utvecklingsprojekt, utbildningar och lärandeseminarier inom olika områden för att stödja och stimulera förbättringsarbetet. Lärande erbjuds idag med allt fler digitala inslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. En utmaning för verksamheter är att sprida kunskap och erfarenheter på ett ännu bättre och snabbare sätt.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten. Arbetet har sitt fokus på kostnadseffektivitet och nya arbetssätt med bibehållen eller förbättrad kvalitet. KPP (Kostnad per patient) och KPS (Kapacitet och produktionsstyrning) är exempel på verktyg för att styra resurser mot kostnadseffektivitet. För att uppnå en likvärdig verksamhet är det viktigt att resurser används kostnadseffektivt och fördelas jämnt. Utveckling av nya arbetssätt, fokus på innovation, hälsa och egenvård liksom RAK (Rätt använd kompetens) och digitalisering är viktiga delar i planerna.

Uppdrag

- Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).
- Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

Framgångsfaktor Professionell kunskap

Ökade krav på säkerhet och avancerad teknik, höjer kraven på utbildning och träning. Inom hälso- och sjukvården är Metodikum en läns gemensam verksamhet som stödjer medarbetarnas möjligheter att träna och simulera sina färdigheter och teamsituationer kring patienten.

Verksamhetsförlagd utbildning under studietiden är av stor betydelse. Kontinuerlig samverkan med utbildningssamordnare skapar de förutsättningar studenterna behöver för integration av teori och praktik.

Region Jönköpings län samverkar alltmer med andra huvudmäns verksamheter, till exempel kommunerna, sydöstra sjukvårdsregionen och olika lärosäten och utbildningsanordnare. Ett tätt samarbete med lärosäten och utbildningsanordnare är viktigt för att säkra kompetensförsörjningen samt kvalitet och innehåll i utbildningarna.

Odontologiska institutionen är ett ledande centrum – såväl nationellt som internationellt – för specialistutbildning och annan kvalificerad efterutbildning av tandvårdspersonal. Utbildning sker inom specialiteterna endodonti, bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi (käkkirurgi), oral protetik, ortodonti, parodontologi och pedodonti. Totalt omfattar det nationella uppdraget tolv platser.

Jönköping University vill i samverkan med Region Jönköpings län och Linköpings universitet starta en ny tandläkarutbildning med ett unikt utbildningskoncept. En ansökan skickades in i mars 2022.

Uppdrag

- Erbjuda kompetensutveckling för Region Jönköpings län och kommuner i samverkan, praktisk träning och teoretisk bas
- Stödja starten av en ny tandläkarutbildning
- Rekrytera rätt akademisk kompetens till den planerade tandläkarutbildningen

Framgångsfaktor Forskning

Systemmätetal	Mål	Resultat		Periodicitet			
		2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Antal forskarutbildade medarbetare	Fler än 125	145	150	100 %	80-99%	0-70%	År
Antal publikationer	Fler än 150	126	175	100 %	80-99%	0-70%	År

Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning och skapat stödresurser till kunskapsbaserad vård som till exempel biblioteksverksamhet. Detta har resulterat i att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft. De FoU-aktiviteter som Region Jönköpings län stöder är till exempel medarbetares forskningsuppdrag, forskningstid, forskningsprojekt, deltagande i vetenskapliga konferenser och forskarutbildning. Forskning ska vara möjlig i hela länet. Ett nytt mätetal avseende kliniska prövningar som genomförs i Region Jönköpings län ska skapas.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation. För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost. Dessa verksamheter bidrar också till en positiv utveckling och ger förutsättningar för fler kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik genomförs i Sydöstra sjukvårdsregionen. I framtidens hälso- och sjukvård behövs ett ökat fokus på att utvärdera och implementera nya innovativa teknologier och hälso tjänster. Samverkan i detta arbete görs inom Region Jönköpings län och i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Det årliga regionala forskningsanslaget för Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS) debiteras regionerna utifrån andelen invånare. Andelen för Region Jönköpings län är cirka fyra miljoner kronor. Från FORSS går projektmedel tillbaka till länet för forskning och utveckling. Region Jönköpings län stöder i likhet med övriga sjukvårdshuvudmännen i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Jönköping University och Region Jönköpings län har en gemensam infrastruktur, Jönköping Academy som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Jönköping Academy ska genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnen kunskap förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen. En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård.

Uppdrag

- Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.
- Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter

Perspektiv: Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

STRATEGISKT MÅL: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktor Kostnadseffektiv verksamhet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Ekonomi i balans	Inte överstiga budget	129,9 mnkr	-80,8 mnkr	Noll eller positivt resultat	Ej aktuellt	Negativt resultat	Månad

Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. För att säkra att verksamhetens uppdrag matchas med ekonomiska förutsättningar bör KPS (kapacitet och produktionsplanering) användas i större omfattning för att fördela ekonomiska medel inom den specialiserade vård samtidigt som en bra produktivitet och effektivitet ska eftersträvas.

Invånarnas behov av ögonsjukvård har ökat och ramen behöver justeras med 6 miljoner kronor för att ge förutsättningar för en fortsatt god tillgänglighet för länets invånare. Under flera år har det ökade behovet finansierats av utomlänsintäkter som överstiget ersättningen per åtgärd inom vårdvalet. Detta är sedan våren 2021 inte möjligt då intäkterna har justerats för att följa nationella överenskommelser och det innebär minskade intäkter. Den nationella överenskommelsen innebär att Region Jönköpings län inte får fakturera mer än vad ersättningen per åtgärd inom vårdvalet är.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat, för att kostnader på ett bra sätt ska kunna ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) har

införts som ett viktigt stöd för en kostnadseffektiv verksamhet inom den specialiserade vården och inför 2023 införs KPP även för primärvården.

För att bedöma Region Jönköpings läns kostnadseffektivitet är det viktigt med jämförelser med övriga regioner. Inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Denna omställning syns redan från 2019 då primärvårdens andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaden ökade. Målsättningen är att denna omställning ska fortsätta.

Uppdrag

- Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.
- Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård och att budgeten kan justeras utifrån förändrade behov och införandet av nya arbetssätt.

Patientavgifter

Hälso- och sjukvårdens avgifter och egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Vid nästa årsskifte höjs slutenvårdsavgiften med tio kronor till 110 kr. För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 110 kr per påbörjad vård dag. Därefter utgår en avgift på 90 kr per vård dag (nuläget: 100 kr respektive 80 kr). Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

En ny egenavgift för uppladdningsbara hörapparater införs samt avgifter och bidrag för livsmedel för medicinska ändamål räknas upp med förändring i konsumentprisindex.

Tandvårdstaxan

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar sedan 2008 om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 5 procent 2022. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköping en låg avgift i tandvårdstaxan. För att möjliggöra en hållbar arbetsmiljö, nödvändiga investeringar samt finansiera politiska lönesatsningar utöver ordinarie löneavtal bör tillåten avvikelse mot referensprislistan öka från cirka 5 till cirka 7 procent.

Principerna avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.
- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjas mer än normalt inför 2023.
- Frisktandvården ska vara självfinansierad.
- Barntandvårdspengen ökar med 2 % utöver index.

10 juni 2022

För kännedom:
Regionsektionerna, Kommunal
Ombudsman Kommunal

Central samverkansgrupp
Att: Jane Ydman
Regionens hus, Jönköping

Kommunals synpunkter/ medskick till Budget

Region Jönköpings län står inför stora utmaningar.

Pandemin har starkt påverkat Kommunals medlemmar. Särskilt våra undersköterskor/ skötare som stått i frontlinjen för att på bästa sätt och under rådande omständigheter fått lösa arbetspass under pågående arbetspass för att möta upp aktuellt rådande verksamhetsbehov. Det har skapat oro, stress och på vissa arbetsplatser en förtroendekris för att arbetsgivaren inte haft förmågan att leda och fördela med arbetstagarnas bästa för ögonen. Vi anser att arbetsmiljö och arbetsvillkor behöver arbetas igenom för att skapa en samsyn i hur vi skapar en arbetsplats där både arbetstagarperspektivet och verksamhetsperspektivet går i samklang. AME är här en viktig stödfunktion att ta tillvara.

TIM: Arbetsgivarens tidigare förslag om att avgiftsbelägga personalparkeringen på Ryhov anser vi är ett ogenomtänkt och dåligt förslag på god personalpolitik. Många av Kommunals medlemmar har valt att ta bilen då barn ska lämnas och hämtas på vägen till och från arbetet. Många arbetar sen kväll, vissa till klockan 22.00 för att dagen efter starta upp sitt arbetspass klockan 6.45. Såklart vill arbetstagaren öka tiden för återhämtning och sömn. Vill arbetsgivaren ha arbetstagare anställda utanför promenadavstånd, anser vi, att personalparkeringen fortsatt bör vara avgiftsfri på alla tre sjukhusen.

En större rörlighet av Kommunals yrkesgrupper kräver att regionen tydligt kan leva upp till sitt mål om att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare dels för att kunna rekrytera nya medarbetare inom Kommunals avtalsområde men även för att kunna behålla redan anställda medarbetare.

- Yrkesutveckling

Undersköterskor, skötare, ambulanssjukvårdare för att nämna några yrkesgrupper, bör liksom andra yrkesgrupper få ekonomiskt stöd i någon form av Region Jönköpings län, under studietiden. Kommunal anser att arbetsgivaren ska erbjuda yrkesutveckling till alla, oavsett yrkeskategori inom regionen.

- *RAK*

Rätt Använd Kompetens, en viktig del i att frigöra tid för det direkta vårdarbetet för vårdpersonal genom att arbetsuppgifter i stället utförs av Servicepersonal, tex förrådsbeställningar, frukostservering. Kommunal ser svårigheter för Region Jönköpings län att kunna utveckla detta koncept, när det ska finansieras inom befintliga budgetramar. RAK kan utvecklas mycket mer och Servicepersonal skulle kunna få mycket mer varierande arbetsuppgifter som skulle gynna hälsan och minska ohälsan.

- *Arbetstider/ arbetsvillkor/ schemaläggning*

Heltidsarbete som norm, där har Kommunal och Region Jönköpings län ett avtal och arbetet fortgår. För att detta ska bli det normala inom Region Jönköpings län krävs arbetstider som gör att medlemmarna orkar ett helt arbetsliv och kan ha ett gott liv därefter.

Av största vikt är att semesterdagar kan tas ut, så att vila och återhämtning kan ske.

En översyn av jourverksamheten behövs.

- *Lön*

Attraktiva löner, dels när det sker nyanställning men också att erfarenhet ska löna sig. Specialistutbildning inom ett yrke måste också värderas med högre lön. Ersättning för nattarbete, visserligen ett lönetillägg, men ska inte enligt Kommunal skilja mellan yrkesgrupper som arbetar sida vid sida nattetid. Extrasatsningen som majoritetsstyret i regionen ofta nämner, har inte delats ut till Kommunals yrkesgrupper. Inflationen är på rekordhöga nivåer och Kommunal anser att arbetsgivaren bör ta med det i kommande lönerevision och tillföra extra medel utöver framförhandlat löneavtal.

- *Kompetensförsörjning*

Region Jönköpings län står liksom andra offentliga arbetsgivare inför ett stort rekryteringsbehov. Därför måste arbetet med Vård och Omsorgscollege intensifieras och marknadsföras. För att fler ska vilja utbilda sig till ett vårdyrke och vilja arbeta här, måste Region Jönköpings län marknadsföra sig som en arbetsgivare, där även undersköterskor, skötare mfl har en framtid med utvecklingsmöjligheter.

- *80-90-100*

Arbeta 80%. Lön till 90%. Arbetsgivaren fortsätter betala in till pensionen 100%.

Idag är det vanligt att arbetsgivare använder den här möjligheten för att motivera sina anställda till att stanna kvar i arbete. Möjligheten till att minska sin arbetstid främjar även den enskilda till minskad risk för sjukskrivning. Kommunal anser att erbjudande om 80-90-100 bör erbjudas medarbetare som det år de fyller 61 år.

Vänliga hälsningar

Kommunal Sydväst Regionsektionerna i Region Jönköpings län

Carina Sjögren

Kommunals representant i CSG

Vårdförbundets medskick till budgeten 2023

Hur vården ska räcka till är en utmaning som bara har ökat år från år och de båda pandemiåren 2020–2021 visade tydligt på bristerna i vården, brister som Vårdförbundet sett och påtalat under många år.

Kompetensförsörjningen, patientsäkerheten och **arbetsmiljö** är tre faktorer som har ett starkt förhållande till varandra vilket gör att detta måste omhändertas samtidigt för att man överhuvudtaget ska komma tillrätta med problemen.

Av Socialstyrelsens rapport Kompetensförsörjning och patientsäkerhet 2018 framgår att bristande bemanning och kompetens ökar risken för vårdskador. Enligt rapporten är kompetensbrist en större patientsäkerhetsrisk än personalbrist. Det framgår också att personal med högre utbildningsnivå och längre yrkeserfarenhet bidrar till bättre patientsäkerhet. Sambandet finns också beskrivet i Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) årliga rapporter till regeringen om myndighetens viktigaste iakttagelser och slutsatser. Det finns ett flertal studier som exempelvis RN4CAST-studierna som också bekräftar sambandet mellan kompetensbrist och vårdskador.

Behovet av våra fyra yrkesgrupper; Barnmorskor, Biomedicinska analytiker, Röntgensjuksköterskor och Sjuksköterskor är landsövergripande. Behovet har under de senaste åren, både före och under den pågående pandemin, varit än mer påtagligt i vår region. Vi ser en ökad personalomsättning och att en stor andel går och kommer att gå i pension inom den närmsta tiden. Många av Vårdförbundets medlemmar som går i pension innehar lång och gedigen erfarenhet och flera har också specialistkompetens, detta innebär ett tapp av kompetens, erfarenhet och särskild yrkesskicklighet. Särskilt har bristen på sjuksköterskor med specialistkompetens och biomedicinska analytiker blivit synlig i stor omfattning.

För en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning som leder till god och säker vård och en bra arbetsmiljö krävs att arbetsgivaren:

- rekrytera fler barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor
- behåller rätt kompetens i vården
- återrekrytera de medarbetare som lämnat vården för att arbeta i andra branscher

För att uppnå detta behöver en attraktiv arbetsgivare erbjuda goda anställningsvillkor med goda marknadsanpassade löner, hälsosamma arbetstider och en arbetsmiljö med rimlig arbetsbelastning som ger förutsättningar för ett hållbart yrkesliv.

Våra medlemmar har verkligen gjort och gör fortfarande skillnad, ansträngt sig än mer, bidragit med sin kunskap, kompetens och fritid under omställningen av vården det senaste 2 åren. Många vittnat om en känsla av att inte räcka till och att de ansträngningar som gjorts inte värderats av arbetsgivaren fullt ut. Dessa ansträngningar syntes inte i löneöversynerna 2020 och 2021 endast de som gick på KLA (krislägesavtalet) fick en rättvis ersättning för det man bidrog med för att

arbetsgivaren skulle nå sitt mål. I vårt gemensamma löneavtal finns alla möjligheter till prioritering och satsningar på våra livsviktiga yrkesgrupper för att trygga vårdens kompetensförsörjning och minska vårdköerna för regionens invånare. Vi i Vårdförbundet är eniga med SKR om nödvändigheten i detta.

Vårdförbundet tecknade 2022 ett tvåårigt avtal (**HÖK 22**). Detta nya avtal innehåller ett flertal åtgärder och överenskommelser för att förbättra arbetsmiljön och få fler kollegor i hälso- och sjukvården. För att stärka möjligheten till lönekarriär i yrket övertid är det en fortsatt satsning på särskilt yrkesskickliga och att erfarenhet ska löna sig – detta är också en avgörande faktor för kompetensförsörjningen. Vidare fortsätter parterna gemensamma arbeten kring karriär (karriärmodeller), utbildning och specialiseringar för samtliga yrken.

Ett antal koll- och kontroll-punkter har tillkommit i HÖK 22 just för att ge bättre arbetsmiljö och mer hälsosamma arbetstider. Detta för att bryta den normförskjutning som under flera år pågått i hälso- och sjukvården. Övertid, otillräcklig dygnsvila, långa arbetspass, jour och beredskap förekommer i en omfattning som varken skapar ett förutsägbart, hållbart eller hälsosamt arbetsliv. Alla dessa åtgärder är ett resultat av bristen på personal och kompetens. Den egna hälsan och det sociala livet blir lidande vilket varken gynnar kompetensförsörjningen eller patientsäkerheten. **För att rätta till denna normförskjutning krävs** ett nytt förhållningssätt gällande bemanning av de olika verksamheterna, som grund behövs en bemanning för 12 månader per år, en bemanning som tillåter korttidsfrånvaro och uttag av den årliga semestern, att mäta bemanning i årsarbetare är föråldrat. Inte minst krävs det tillförda resurser.

Vårdförbundet vill:

- Att det ska vara möjligt att göra lönekarriär i yrket över tid.
- Att erfarenhet och särskild yrkesskicklighet ska löna sig.
- Att nyexaminerade ska ha goda förstalöner.
- Att löneutveckling och lönespridning speglar utbildning, kunskap, erfarenhet, ansvar och särskild yrkesskicklighet.
- Att ha förutsättningar att arbeta heltid ett helt yrkesliv.
- Ett hållbart yrkesliv med tid för vila och återhämtning samt ett socialt liv.
- Ett hållbart yrkesliv där både den egna hälsan och patientsäkerheten säkras.
- Ett hållbart yrkesliv med utrymme för reflektion, löpande fortbildning, kompetensutveckling och tydliga karriärvägar.

Kompetensförsörjning

– fler kollegor med rätt kompetens på rätt plats

Vårdförbundets förslag på lösningar – kompetensförsörjning

• Konkurrenskraftiga och jämställda löner

Erfarenhet, kompetens och särskild yrkesskicklighet måste premieras och Lönespridningen öka. Det förutsätter långsiktiga uppdrag och ekonomiska förutsättningar att rekrytera och behålla personal.

Vi ser Region Jönköpings riktade lönesatsningen om 50 miljoner år 2020, 2021 och 2022-års löneöversyn som positiv för våra yrkesgrupper men det har inte ökat lönespridningen eller möjliggjort en lönekarriär för våra fyra yrken så att intentionerna i vårt gemensamma löneavtal

HÖK 19 och nuvarande avtal HÖK 22 uppfyllts. Denna riktade lönesatsning är inte tillräcklig, utan måste både höjas och även fortsätta för år 2023 samt kommande år för att vi ska kunna nå intentionen i vårt gemensamma löneavtal.

- **Tydliga karriärvägar, även i det vårdnära arbetet**

Möjlighet till karriär är en av de viktigaste faktorerna som gör ett yrke attraktivt. För att locka fler till hälso- och sjukvården behövs inte bara god löneutveckling utan också tydliga karriärmöjligheter.

- **Förutsättningar för fler att vilja arbeta längre**

Utöver att säkerställa en god arbetsmiljö med rimligt arbetsinnehåll och arbetstider som gör det möjligt att orka arbeta fram till pensionen krävs ändrade förutsättningar för att lyckas få fler att arbeta högre upp i ålder. Dessa behov kan se olika ut. Kollektivavtalade lösningar som kan få fler att stanna längre i yrket är till exempel genom en 80-90-100-lösning: 80 % arbete, 90 % lön, 100 % pensionsavsättning.

- **Att ta tillvara våra äldres erfarenhet och kunskap efter deras pensionering.**

Rekryteringsåtgärd för pensionerade sjuksköterskor och barnmorskor som uppnått 65 år, där grundlönen höjs med 30% när de går in och arbetar extra, vilka också sannolikt kan räknas som både erfarna och särskilt yrkesskickliga. Här vill Vårdförbundet se att detta utökas till att gälla alla bristyrken dvs. även biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor för att säkra vårdens kvalitet. Detta är två yrkesgrupper som inte syns i media men som vården på inget sätt kan undvara och inte minst nu under pandemin har bristen på biomedicinska analytikers kompetens synliggjorts.

När vi har lyft detta med tjänstemännen i Regionen får vi veta att detta är ett politiskt beslut och inte går att ändra på utan det måste i så fall bli ett nytt politiskt beslut om detta.

- **En god introduktion underlättar för den som är ny eller återkommer i yrket**

Inför ett introduktionsår, för att lotsa in nya kollegorna i yrket. Chansen att stanna ökar om handledare har funnits på plats under den första tiden. För de som varit borta några år och vill komma tillbaka, kan det behövas en strukturerad introduktion, fortbildning eller reaktiveringskurser för att underlätta återkomst i yrket.

Fortsätt att utveckla yrkesintroduktionen för nyutbildade sjuksköterskor. Yrkesintroduktionen behöver även breddas till barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.

För att ge en god likvärdig introduktion även för kommunen medarbetare för att lyckas med den sammanhållna vården behöver samarbetet utökas med länets kommuner.

- **Reglerade specialistutbildningar för Vårdförbundets professioner**

Inför reglerade specialistutbildningar för barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor för att säkerställa kunskapsutvecklingen och patientsäkerheten.

Utöka antalet avancerade specialistsjuksköterskor. Region Jönköpings län har tre av landets trettio avancerade specialist-sjuksköterskor (Holland har ca tre tusen). Dessa tre finns inom kirurgisk vård. Genom att analysera behovet av denna kompetens inom fler områden som tex. akutmottagningsverksamhet, primärvård och geriatrik samt öka andelen avancerade specialistsjuksköterskor kan vården effektiviseras och kvalitén höjas. Det är hög tid att Regionen nu ser över detta behov och tar tillvara denna kompetens och möjliggör detta för fler.

- **Specialistutbildning inom anställningen**

Regionen tecknar avtal enligt Vårdförbundets modell för utbildningsanställningar: Akademisk specialisttjänstgöring, AST.

Arbetsmiljön i vården

– livsviktiga medarbetare måste få förutsättningar till ett hållbart yrkesliv

Vårdförbundets förslag på lösningar - Hållbart yrkesliv

- **Förutsättningar för närvarande chefer**

Inför reglering så att varje chef har ansvar för högst 25 medarbetare. Goda förutsättningar för cheferna ökar stabiliteten och kvalitén i verksamheten.

- **Planera med marginaler**

En konstant underbemanning sliter på en redan hårt ansatt personal. Vårdförbundets professioner behöver utrymme för reflektion, kompetensutveckling, interprofessionell samverkan och verksamhetsutveckling. Frigör minst 20 procent av arbetstiden från patientnära arbete. Vidare behöver de olika verksamheterna en behovsanpassad bemanning ”behovsbemanning” med rätt kompetens i tillräcklig mängd. Det behövs ett nytt förhållningssätt gällande bemanning av de olika verksamheterna, som grund behövs en bemanning för 12 månader per år, en bemanning som tillåter korttidsfrånvaro och uttag av den årliga semestern, att mäta bemanning i årsarbetare är föråldrat. Inte minst krävs det tillförda resurser.

- **Hälsosamma arbetstider och tid för vila och återhämtning**

Arbetstider förlagda till dygnets alla timmar sliter på hälsan. Därför behöver det finnas marginaler som ger möjlighet både till återhämtning i vardagen, veckovila och 11 timmars dygnsvila mellan arbetspass samt fyra veckors sammanhållen semester under sommarmånaderna.

- **Hållbara uppdrag med balans i krav och resurser**

Politiker har ansvar att vara tydliga i sina uppdrag och när resurser tillsätts, så att arbetsgivare kan planera och bemanna för detta. Det behöver finnas en tydlig koppling mellan politikernas löften till invånarna, uppdragsbeskrivningar till arbetsgivarna och resurser till verksamheterna, så att Vårdförbundets professioner kan leverera en god och säker vård utan att själva bli sjuka eller drabbas av etisk stress.

- **Att all tid som våra medlemmar står till arbetsgivarens förfogande ska vara aktiv arbetstid.**

Våra fyra yrken anställs under olika former. Natt, rotation, jour och beredskap. Vårdförbundet anser att all jour- och beredskapstjänstgöring ska tas bort. Och går inte det så bör villkoren förbättras avsevärt från det som regleras i allmänna bestämmelser, då genom lokala kollektivavtal

Med vänlig hälsning,
VÅRDFÖRBUNDET

Iréne Sjövall Sanned
Ordförande
Vårdförbundet avdelning Jönköping

Kommentarer från Vision Region Jönköpings län inför BUDGET

"Budgetförslag från Koalitionen":

IT- 20 miljoner – mycket pengar. Vad ska det gå till? Ökad digitalisering? Kommer det gå våra medlemmar till gagn i form av utbildningar exempelvis? Öka kompetens och resurser för de som arbetar med digitalisering inom regionen.

Utveckling av Bemanningseenheten – 2 miljoner. Ska det bara innefatta SSK och Vårdadministratörer? Hur är det med alla andra yrkesgrupper inom Regionen? Bl.a. tandsköterskor, IT-personal.

"För ett bra liv i en attraktiv Region".

Under Övergripande ledningssystem: Hur ser man på avgift för tolktjänster? Hur hushåller man med deras resurser?

Visionerna, sid 7. Man gör sitt vanliga yrke, och ska förbättra det. Var finns kompetensutveckling för administratörer? Ex vårdadministratörer. Oftast är inte de medräknade i kompetensutvecklingen på sina arbetsplatser. Finns inte mycket som riktar sig till administratörer internt. Oftast får de inte åka externt, andra yrkesgrupper får det. Leder till att man söker sig till andra administrativa tjänster inom regionen för att på så sätt utveckla sig, då arbetsplatserna för administratörerna inom regionen inte bidrar till någon större kompetensutveckling i deras arbetsliv.

Vill ni Regionstyrelsen att regionen ska förbättra system och processer, behöver man involvera ALL personal, inte bara den vårdande personalen – såväl i intern kompetensutveckling som extern. Våra medlemmar hamnar ofta i skymundan här, då fokus ligger på vårdpersonal. Ska regionen ligga längst fram digitalt, måste man också ge den yrkesgrupp som har utbildning och kompetens från början i digitaliseringen möjlighet att kunna utvecklas inom de områdena, med regelbundenhet för att möta den pågående utvecklingen i samhället.

"Gemensamt för Region Jönköping"

Under "Uppdrag"

Genomföra kompetensplanering och de aktiviteter som behövs för att säkra den kompetens som krävs för att utföra verksamhetens uppdrag. (Ny)

Utveckla och tydliggöra karriär och utvecklingsmöjligheter i olika yrken i hela organisationen utöver de möjligheter till utbildningsanställning som redan finns för yrkesgruppen sjuksköterska.

Hur planerar man detta? Hur skapar man karriärmöjlighet för ex administratörer inom vården när det är exempelvis så svårt att starta upp en s.k. specialistutbildning vårdadministratörer som initierats av utbildningsgruppen på IHH som en påbyggnad den nuvarande grundläggande vårdadministratörsutbildningen - ?

”Planeringsförutsättningar”

Hur stimulera ökat intresse för eftergymnasial utbildning? Inom vår region är utbildningsnivån lägre än i genomsnittsnivån för hela riket. Som Sveriges bästa offentliga arbetsgivare - låt utbildning löna sig – för alla yrkesgrupper. Utbildning måste löna sig – även inom de kvinnodominerade yrkesgrupperna i offentlig sektor.

Vision Region Jönköpings kommentarer:

Trots löfte som aviserades i årets löneprocess från arbetsgivaren för löneprocessen 2021 om att arbetslivserfarenhet och kompetens skulle löna sig, kunde Vision i avstämningen se att så var inte fallet, vilket arbetsgivaren faktiskt konstaterade i avstämningen. Vision såg då återigen att yngre och nyutexaminerade går in med nästan samma lön som de som arbetat 10-15 år inom samma yrke och på samma arbetsplats. Vision hade efterfrågat löneutfall baserat på åldersgrupp, och här blev det ”svart på vitt”.

Hur motiverar ni att man stannar kvar och bidrar med sin kompetens och är lojal mot sin arbetsgivare här. Erfarenhet och kompetens måste visas i lönekuvertet för våra medlemsgrupper - trots att det är kvinnodominerade yrken som vi i stora delar representerar.

Region Jönköping ska inte bara vara den bästa offentliga arbetsgivaren utan bör även arbeta mot att vara den bästa jämställa offentliga arbetsgivaren – inom alla yrkesgrupper som arbetar i regionen.

Styrelsen Vision Region Jönköpings län
Genom Ulrika Toftgård, ordförande
ulrika.toftgard@rjl.se

SACOs synpunkter inför budget 2023, budgetbilagor Nämnd FS - vårdval primärvård 2022-06-15

Fast läkarkontakt **Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) ge patienten möjlighet väja en fast läkarkontakt inom primärvården.** Region Jönköping län målsättning är att varje invånare i länet ska ha en namngiven fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska bland annat svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. En fast läkarkontakt ska vara legitimerad läkare men behöver inte ha specialistkompetens i allmänmedicin. Den som har en fast läkarkontakt ska, så långt det är möjligt, få träffa samma läkare vid varje besök på vårdcentralen. **Patienten har inte rätt välja vilken läkare som ska vara fast läkarkontakt.** En patients önskemål om att en viss läkare ska vara hans eller hennes fasta läkarkontakt bör däremot tillgodoses om det är möjligt. Att en patient erbjuds en fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar i sig risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren får dessutom en bättre Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län 2022-04-11 18 överblick över pågående aktiviteter vilket underlättar arbetet. Att läkaren ges möjlighet att följa en enskild patient och ta del av resultat från de olika undersökningar, behandlingar och förlopp som planeras och genomförs bidrar till en känsla av sammanhang – inte bara för patienten utan även för läkaren Fast läkarkontakt registreras i Cosmic enligt gällande rutin. Fast läkarkontakt dokumenteras med namn och titel

I ovanstående stycke står dessa meningar emot varandra.

2Patientjournalen Leverantören ska upprätta och hantera patientjournalen enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter. Patientjournalen omfattar ”Patientens väg genom vården” och innefattar moduler för remissflöde, planering/bokning, vårdkontaktregistrering, avgiftshantering, journaldokumentation, vårdplanering och läkemedel. Vårdinformationen hanteras i Cosmic och övriga komplementsystem och bygger på en fastställd struktur och standard för Region Jönköpings län. Fokus ligger på att rätt information ska finnas på rätt plats, i rätt tid, som underlag för rätt beslut – för att trygga patientsäkerhet och uppföljningsbarhet. **Leverantören ska registrera diagnoser, KVÅ-koder och vårdkontakter i patientjournalen enligt Region Jönköpings läns riktlinjer, terminologi, struktur, rutinbeskrivningar och mallar”**

Kommer information ut gällande KVÅ-koder? Vi registrerar inte dessa i dagsläget.

”3.4 Närakut Vårdcentralens närakut Vårdcentralen bedriver närakut vardagar 08:00-17:00. Invånare som kontaktar vårdcentralen och bedöms vara i behov av akut vård och behandling på primärvårdsnivå ska omhändertas på vårdcentralen samma dag. Endast patienter som söker vård efter 17:00 får hänvisas till gemensam närakut.”

Enligt uppgift hänvisas och bokas inte sällan patienter till Närakuten under dagen. Ngt som kan regleras via en sk straffavgift? Det skrivs synergier men inget händer.

Habilitering Leverantören ansvarar för att invånare som valt vårdcentralen, som har en medfödd eller tidigt förvärvad skada, får habiliteringsinsatser på primärvårdsnivå enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Finns inget Faktadokument under fliken ”Uppdrag primärvård” gällande habilitering på vårt intranät. Vilket betyder att det är lite svårt att kommentera detta. Regelboken kan inte hänvisa till ngt som inte finns. Återkommer ständigt till att de psykosociala teamen inte hanterar minderåriga i primärvården, endast vuxna och arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter inte har kompetens inom området habilitering. Primärvården har endast korta behandlingsserier och arbetar med egenvård och eget ansvar i våra rehabiliteringsplaner. Habilitering är ett särskilt område som dessutom är svårt och patienterna har rätt att kräva erforderlig kompetens vilket man får av teamen inom habiliteringen.

Folkhälsa och sjukvård



Figur 1 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på.

Sammanfattning

Sjukvården ska finnas där när människor behöver den. Den ska genomsyras av hög kvalitet och tillgänglighet samt att den enskilde alltid ska kunna lita på att få tillgång till bästa möjliga vård oavsett när eller var den behövs. För att nå målet om en sjukvård i världsklass måste tillgängligheten säkras, över hela regionen och inom hela verksamheten. För att nå ovanstående mål krävs det att kompetensen nyttjas på ett optimalt sätt vilket förutsätter att arbetsmiljön är hälsosam samt att det finns utrymme för personal att vidareutveckla sig.

Tillgänglighet

Patienter ska få rätt vård, i rätt tid, på rätt plats och efter sina särskilda behov. Det ska finnas möjlighet att återigen kunna välja en egen "husläkare".

Befolkningsutvecklingen, med fortsatt hög migration, anstränger välfärden. Sverigedemokraterna står fast vid att Svenska medborgare ska prioriteras i den skattefinansierade vården. Fri sjukvård för alla kanske låter vackert och om Sverige hade tillgång till oändliga resurser skulle det vara möjligt att erbjuda detta, men verkligheten ser inte ut så. Ändå erbjuds man som nyanländ i Sverige i stort sett full tillgång till våra välfärdsystem så snart man anländer till landet.

Personalpolitik

För att nå målen om tillgänglighet och en sjukvård i världsklass måste kompetensförsörjningen säkras. Det kräver att våra medarbetare erbjuds en hållbar arbetsplats med en hälsosam arbetsmiljö där det finns utrymme för vidareutveckling för personalen. Höga sjukskrivningstal inom vissa verksamhetsområden måste ses på med stor allvarsamhet då det ger tydliga signaler om att både arbetsmiljö, personal och patient kan vara komprometterad.

Driftsformer

Vi är positiva till ett förstatligande av svensk hälso- och sjukvård, vilket självfallet inte bara innebär en ny huvudman utan ett nytt system där profession, kompetens, sakkunskap och evidens prioriteras före kortsiktiga politiska majoritetsväxlingar.

Sverigedemokraterna lägger inget egenvärde i vem som driver sjukvården, och låser oss inte till varken vänster- eller högerskalan i politiken. Vår ledstjärna är bästa möjliga vård per krona, oavsett om vården drivs i offentlig eller privat regi. Vi vill se en vård där de privata aktörer som är skattefinansierade ska vara jämställda med samma krav som de offentliga aktörerna och där patienter har rätt att välja vårdgivare inom både öppen- och slutenvård.

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.



Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Vi utgår från vad som är bäst för Esther och hennes närstående och vänner när vi planerar och genomför hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län. Sedan januari 2020 har arbetet präglats mycket av pandemin och under 2022 har även kriget i Ukraina påverkat vården. Detta märks i hela systemet från folkhälsoarbete, primärvård och sjukhusvård. Särskilt märks detta i att en del vård har fått skjutas upp och under 2022 sker ett intensivt arbete med att komma tillbaka till det läge där vi var före pandemin. Det arbetet kommer även att påverka 2023. En tydlig framgångsfaktor för arbetet under pandemin är att vi har arbetat utifrån våra vanliga arbetssätt med samspelet mellan primärvård och sjukhusvård. Invånarna har tagit ett stort ansvar för sin hälsa och vi vill fortsätta att stödja det arbetet på bästa sätt. Flera av de aktiviteter och utvecklingsarbeten som fanns i Budget och verksamhetsplan för 2020 och 2021 har pausats eller försenats. Under 2022 har flera aktiviteter återupptagits och nya satsningar påbörjats. Ett särskilt fokus ligger på hur vi stödjer Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter var och ens förmåga. Personcentrering och samskapande är därför viktigt. Esther ska alltid veta var hon ska vända sig och primärvården är den naturliga kontaktpunkten. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras. Vi strävar efter att jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.

Hälso- och sjukvårdens budget för 2023 motsvarar drygt 10 miljarder kronor. Region Jönköpings län arbetar med kvalitet som strategi, vilket innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, samt fasa ut gamla processer. På detta sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård

Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen tar sikte på sjukvårdsutveckling för de kommande tio åren fram till 2030.

I planen beskrivs sex övergripande strategier

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finna tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Utvecklingsarbetet pågår där verksamheterna får stor frihet och mandat att driva och utveckla sin verksamhet utifrån planen för framtidens hälso- och sjukvård. Syftet är att transformera arbetssätt för att ställa om till nära vård, skapa god arbetsmiljö och där digitala verktyg utvecklas.

Vi vill att digitala tolkningsalternativ (appar) ska vara standardförfarandet inom sjukvården. Utvecklingen har gått snabbt och det finns nu appar som är inriktade på tolkning i medicinska situationer.

Idag används fysiska tolkar, antingen på länk eller som närvarande vid besöket. Många bor och verkar i Sverige sedan många år tillbaka samtidigt som man fortfarande använder sig av skattefinansierade språktolkar vilket inte är rimligt.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi möter framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av öppen hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst Region Jönköpings län och även kommunerna och civilsamhället. Region Jönköpings län ska stödja det förebyggande arbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. En mer personcentrerad vård som skapar förutsättningar och tar tillvara patienters och närståendes förmåga är en mycket viktig del.

Figur 3 Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver den.



Den nära vården:

- Är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms, det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

De stora ojämlikheterna i befolkningens hälsa är en stor utmaning. Region Jönköpings läns mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och ska ta krafttag för att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

Verksamheterna inom såväl hälso- och sjukvård som regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgängliga fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar att leda utvecklingen av samarbete och samverkan.

Förebyggande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå används som prioriteringsgrund för kommunsamverkan.

Strategin och handlingsplanen för jämlik hälsa, *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län*, är antagen av Region Jönköpings län och länets kommuner. Handlingsplanen revideras vartannat år och revideras nästa gång år 2023. Under 2023 fortsätter arbetet med att genomföra handlingsplanen, som omfattar tre strategiska mål, med sikte på år 2025, och nio handlingsområden med prioriterade aktiviteter.

Ett av de nationella folkhälsomålen är en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det innebär att alla har rätt att på lika villkor få tillgång till hälsofrämjande insatser och bästa möjliga vård.

För personer med utländsk bakgrund finns behov av anpassad kommunikation kring hälsa, svensk sjukvård, tandvård och föräldraskapsstöd. Utvecklingen av olika arbetssätt för nå målgruppen har intensifierats med anledning av pandemin. Samverkan med kommunerna finns för att stärka och främja en positiv hälsoutveckling och underlätta integrationsarbetet både för personer i asylprocess och för andra utrikesfödda.

God hälso- och sjukvård

Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har Region Jönköpings län tagit fram löften till våra patienter.

Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för patientens vårdupplevelse. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

För att bli anställd i vården i Region Jönköping ska ett grundkrav vara goda kunskaper i svenska. Kraven på språklig nivå ska vara högre när man arbetar patientnära. Krav på lägstanivå ska styrkas utifrån med ett språktest vid all nyanställning i vården.

Personal ska kunna uttrycka sig tydligt på svenska i tal och skrift i mötet med patienter och kollegor vilket är särskilt viktigt för patientsäkerheten och i kommunikationen med äldre patienter.

Reflektion över gemensamma etiska värden är ett sätt att hålla den empatiska förmågan och medkänslan för människors beroende och sårbarhet vid liv. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut och i det synsätt som företräds av WHO och FN utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården som också knyter an till delar av Region Jönköpings läns hållbarhetsprogram. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter.

På enskilda arbetsplatser utgör etikarbetet ett arbetsledaransvar där etikombud kan utgöra en värdefull resurs. Det centrala etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet, bland annat genom att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet, samt ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. I etikrådets uppdrag ingår också att stödja arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Etikrådet har också ett samordningsansvar för den andliga vården och för regionens utvecklingsarbete kring existentiell hälsa.

Att arbeta personcentrerat utifrån en helhetssyn på hälsa innebär att man samtidigt beaktar både fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Olika aspekter av hälsa är nära samverkande och en bearbetning av de existentiella frågorna kan vara en förutsättning för en hälsofrämjande process i sin helhet. All vårdpersonal bör därför kunna ge grundläggande existentiellt stöd. Satsningar på existentiell hälsa utvecklas också allt mer inom det breda folkhälsoarbetet.

Vi vill att alla patienter ska ha möjlighet att välja vilken läkare som ska vara ens egen fasta läkarkontakt som man kan kontakta direkt.

Idag tillåter inte regionens regelverk den möjligheten. Genom att kunna välja läkare själv kan patient och läkare få god kännedom om varandra vilket förbättrar chanserna till god kommunikation och en lyckad behandling.

Primärvård

När invånaren har behov av hälso- och sjukvård, ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag, som förutsätter multiprofessionell samverkan i team, består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning.

Vårdcentralens uppgift är att:

- Bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen
- Arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och hälsosamtal
- Lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa
- Vara vårdsamordnare utifrån invånarnas vårdbehov, vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa god och effektiv vård.
- Aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja när patienten har behov av annan kompetens än den vårdcentralen kan erbjuda
- Ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, eftersom det ökar bland sjukskrivna och äldre personer
- Erbjuder ett patientkontrakt för patienter med stora vårdbehov och täta kontakter med vårdens olika aktörer
- Erbjuder fast vårdkontakt, särskilda kontaktvägar och organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Det gäller framför allt äldre invånare och invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar och invånare som har svårt med den digitala servicen. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter.
- Erbjuder olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna.
- Erbjuder alla invånare i länet en fast läkarkontakt, som ansvar för diagnostik, behandling och vid behov vägledning och kontakt med övrig hälso- och sjukvård.

Vårdcentralerna ska anpassa och vid behov öka sina öppettider utifrån patienternas behov. Ett flexibelt öppethållande kan skapa en bättre tillgänglighet för patienterna. Det förutsätter en god bemanning på vårdcentralen. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Vi vill ha ett flexibelt regelverk så att vårdcentraler får bestämma sina egna öppettider i intervallet 07:00-20:00 alla dagar.

Regionens nuvarande regler säger att en vårdcentral måste vara öppen vardag 08:00-17:00 året om med undantag för helgdagar.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgängligheten styrs patientströmmarna från akutmottagningarna till rätt vårdinstans dagtid och kvällar. Närukut bedrivs på vårdcentralen dagtid och är koncentrerad till minst tre platser på jourtid. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt.

Personal från vårdcentralen med kunskap om äldre ska etablera en god samverkan med pensionärsföreningarna och erbjuda föreläsningar i arbetet med att förebygga onödig ohälsa.

I förfrågningsunderlaget *Primärvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan.

Barnhälsovård, familjecentraler och ungdomsmottagningar

Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till en mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Betoning i programmet ligger på jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Familjecentralen är en lättillgänglig mötesplats för familjer. Basen är den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst).

Familjecentraler kan stötta nyblivna föräldrar med information, praktisk hjälp samt uppmuntra och stimulera ett jämställt och aktivt föräldraskap. Uppdraget utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd och socioekonomiskt svaga grupper.

Ungdomsmottagningen erbjuder insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa utifrån en helhetssyn på ungdomar och deras problem. Ungdomar ska kunna gå till den ungdomsmottagning de vill. Personalen ska ha bred yrkeskunskap som svarar mot de problem som ungdomarna väntas söka för. Arbetet omfattar uppsökande, förebyggande och behandlande insatser. Digitala tjänster så som ungdomsmottagning on-line och andra e-tjänster fortsätter att spridas. Ungdomsmottagningarna drivs och samfinansieras tillsammans med länets kommuner. Verksamheten ska vara närvarande och tillgänglig i länets alla kommuner.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Vi vill att specialistläkare ska finnas tillgängliga på de större vårdcentralerna vid vissa tider. Patienter ska då kunna boka en tid och få specialistbedömning direkt. Detta avlastar remisshantering och spar tid. Idag remitterar vårdcentralen patienter för specialistbedömning till sjukhusen. -En tidsförlust för patient och

sjukvård. Patienter har ofta kunskap om sitt unika problem och ska kunna träffa en organspecialist direkt.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- Primärvården är basen för länets hälso- och sjukvård.
- Sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus.
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor.
- Säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler.
- Bemanna upp verksamheter som har kompetensbrist.
- Främja god samverkan i hela systemet.
- Antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov.
- Vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län har idag tre välfungerande akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Region Jönköpings län strävar efter att operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn. Verksamheten ska balanseras, och det kan finnas ett behov av att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till att vara centraliserade till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping. Arbetet sker enligt en politiskt fastslagen struktur.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Att ta tillvara individens resurser och erbjuda professionell kompetens för att stödja och utveckla dessa, är en viktig del i den personcentrerade vården. Inom området återfinns en bred och varierad rehabiliteringsresurs som riktar fokus mot funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Under 2022 och 2023 utvecklas ögonsjukvården inom vårdval ytterligare där samtliga vårdgivare tar ansvar för utbildning och jourverksamhet inom Region Jönköpings län. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under mandatperioden.

En lokal sjukhusledning finns på respektive sjukhus för att identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor. Med lokala sjukhusledningar kan ”vi-känslan” på respektive sjukhus stärkas och utvecklas genom ökad delaktighet och transparens, allt i syfte att ge en jämlik vård och utveckla vården för den vi är till för, via Estherperspektivet.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande funktionshinder- och hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket *Hjälpmedel i Jönköpings län* är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet.

Tandvård

Ansvar för tandvård regleras i tandvårdslagen, som säger att Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård, oavsett vem som är huvudman eller som utför den. Folk tandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar, till och med det år de fyller 23 år
- specialisttandvård för vuxna
- övrig tandvård för vuxna i den omfattning som Region Jönköpings län bedömer lämpligt.

Region Jönköpings län ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Det finns klara samband mellan dålig munhälsa och olika sjukdomar. Även den som har dålig ekonomi ska ha råd att gå till tandläkaren. Tandvården är en del av välfärden och vi vill därför att tandvård ska räknas in i högkostnadsskyddet.

Allmäntandvård bedrivs på en öppen marknad med etableringsfrihet med tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen. Barntandvården finansieras av barntandvårdspeng. Region Jönköpings län är genom Folktandvården en stor producent av tandvård.

Samverkan med kommunerna

Samverkan med kommunerna sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och med årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan och på bästa sätt ta tillvara de gemensamma resurserna. När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare, teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan Vad är bäst för ”Esther”?

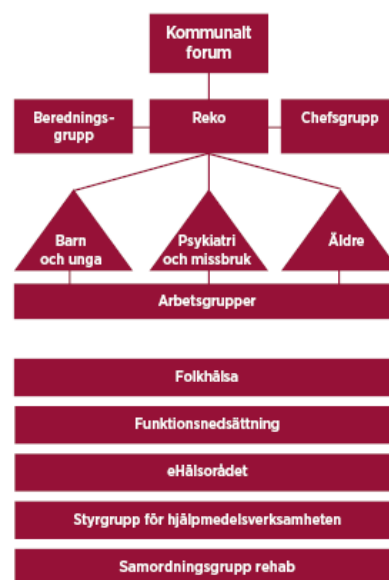
Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

- Vi utgår från patientens/brukarens behov.
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Utöver dessa finns grupper inom; *folkhälsa, funktionsnedsättning, e-hälsa, rehabilitering samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.*

Figur 4 Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling.

Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande. Familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online inom strategigrupp barn och unga är exempel på områden där samverkan sker. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus, ihop med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Den palliativa vården är en annan viktig del som sker i samverkan. Andra områden där det finns ett nära samarbete med kommunerna är beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer. Detta arbete leds av strategigrupp psykiatri och missbruk. Region Jönköpings län arbetar aktivt för att utveckla samverkansformerna med länets kommuner inom de etablerade strategigrupperna och samverkansformer som finns. Länets kommuner har olika behov och detta har Region Jönköpings län i beaktande.



Utvecklingen av samverkan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet går i linje med *Strategi för hälsa* som hålls samman av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Länet medverkar i det nationella arbetet för att utveckla systematik och arbetssätt som förbättrar hälsan i befolkningen.

Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen

Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- Tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
- Främja och bidra till invånarnas hälsa.
- Främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen.
- Solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden kan även hantera samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

Samverkansnämndens fokusområden är

- kunskapsstyrning
- kompetensförsörjning och nya kompetenser
- digital utveckling
- hälsofrämjande och förebyggande insatser
- regional utveckling

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Perspektiv Medborgare och kund

Skapa värde med kunden och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundens och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

STRATEGISKT MÅL: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktor Nöjda kunder och intressenter

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - Andel nöjda patienter	80 %	85,7 %	88%	80-100 %		0-79%	År

Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver – Instämmer helt/delvis	90 %	92 %	92%	92-100 %	80-91%	0-79%	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt sin region	75 %	78 %	80%	76-100 %	70-75 %	0-69 %	År

I planen för framtidens hälso- och sjukvård lyfts behovet av att förstärka invånarnas egen resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen, samt att öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård. Att skapa en vård som är jämlik, personcentrerad och tillgänglig är en av vårdens viktigaste utmaningar. Införandet av nya angreppssätt syftar till att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Det ska ske genom att involvera patienter och närstående i utvecklingen av hälso- och sjukvården samt erbjuda vård med god kvalitet och bästa möjliga tillgänglighet, valmöjligheter och stöd för egenvård. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor. Avståndet till vården är en viktig tillgänglighetsfaktor.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och i Sverige uppfattar hälso- och sjukvården. Målet är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter. Patienternas erfarenheter av ett specifikt besök eller vårdtillfälle fångas via den nationella patientenkäten.

Personcentrerad vård

En personcentrerad vård och omsorg utgår från patienten/brukaren och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom. Patientkontrakt, fast vårdkontakt och kontinuitet är viktiga delar för att uppnå en god personcentrerad vård. Patientkontrakt är en överenskommelse där patient och vården vet vem som gör vad. Den stärker patientens egen kraft att nyttja sina egna resurser och är till för att skapa tillitsfulla och goda relationer mellan patient och vårdgivare.

En annan viktig del i den patientcentrerade vården är att öka patientens kunskap. Detta kan ske på olika sätt. Ett utvecklingsarbete som är startat handlar om patientens kunskapsstöd. Även utvecklingen av mötesplatser och hälsocaféer för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående fortsätter. Exempel på mötesplatser är Hjärtats hus för invånare som har eller har haft cancer, lärcaféer, levande bibliotek och självhjälpgrupper. Lärcaféer är en pedagogisk modell med målsättningen att deltagarna ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation utifrån egna behov och resurser.

Uppdrag

- Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare. I överenskommelsen ingår en sammanhållen planering, fast vårdkontrakt och fast läkarkontakt i primärvården samt bokade tider i samråd.
- Öka patientens kunskap genom utveckling och införande av patientens kunskapsstöd. Inklusiv mötesplatser och hälsocaféer i alla tre länsdelar.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
	2023	2020	2021				
Andel patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar	90 %	84 %	80%	90-100%	80-89%	0-79%	Månad
Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick komma inom 60 dagar (somatisk och psykiatrisk vård)	80 %	82 %	77%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad

Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick en operation eller åtgärd inom 60 dagar	80 %	79 %	80%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	80 %	79%	92-100 %	80-91%	0-79%	Månad
Tid till ambulans – andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	70 %	68%	80-100 %	70-79 %	0-69 %	Månad

Både personal och patienter ska kunna parkera gratis. Vi har länge påtalat att tillgängligheten behöver förbättras.

Vi vill anlägga en ny parkering öster om sjukhusbyggnaden. Vårt förslag är 250 nya P-platser i direkt anslutning till sjukhuset och samtidigt införs fri dygnsparkering på hela Ryhovs området.

Region Jönköpings län har under många år varit i topp när det gäller tillgänglighet i Sverige. Pandemin under 2020 och 2021 har dock inneburit en stor påfrestning på hälso- och sjukvården och fortsatt arbete behövs för att klara tillgängligheten.

Vårdcentralerna utvecklar ständigt sitt omhändertagande för att möta multisjukas och äldres behov. Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre, ska erbjudas vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven bör vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätta att stärka det tvärprofessionella samarbetet. Utökningen av rehabiliteringsresurserna i primärvården fortsätter.

Invånarnas behov av psykiatrisk öppenvård har ökat. Vården som är nära patienten ska förstärkas för att tillgodose detta behov. För detta behöver de psykosociala teamen förstärkas.

Genom förstärkningen som görs inom primärvården finns möjlighet till en ökad bemanning på vårdcentralen, utökning av rehabiliteringsresurser, psykosociala team och det ger möjlighet att förstärka primärvårdens roll inom Nära Vård. Förstärkningen ökar också läkartäthet, patientsäkerhet, ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare.

I samband med pandemin har tillgängligheten påverkats och ett stort antal operationer och besök blivit uppskjutna. Flera satsningar görs för att möta det uppdämda vårdbehovet. Tillgängligheten till akuta och medicinskt prioriterade åtgärder är god och dessa kommer att fortsätta att prioriteras under 2023. En handlingsplan är framtagen för hur den uppskjutna vården ska genomföras. Detta kommer påverka tillgängligheten även under 2023.

Region Jönköpings län tar ett krafttag för att förbättra den psykiska hälsan hos länets barn och unga. Arbetet med *En väg in*, som ett arbetssätt för att underlätta triagering och omhändertagandet av barn med psykisk ohälsa fortsätter. Samarbetet mellan elevhälsan, barn och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt.

Vi anser att regionen ska sluta erbjuda omskärelse, såvida det inte finns medicinska skäl för det. Idag erbjuder regionen könsstympning på småpojkar på grund av föräldrars kulturella och religiösa skäl.

Vi anser att detta är fel. Barnkonventionen tar också avstånd från detta. Lagen om könsstympning gäller flickor och borde även gälla för pojkar.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Föräldrar som söker stöd och hjälp för sitt barn via barnhälsovården eller skolverksamheten blir ofta remitterade till barn- och ungdomspsykiatri. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilket kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående. Region Jönköpings län har trots omfattande köp och utbyggnad av den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar växande köer. Under 2021 till 2023 görs en stor satsning för att bygga ut Barn- och ungdomspsykiatri både avseende utredningskapacitet och behandling. Samtidigt utvecklas en primär vårdnivå för barn och ungas psykiska hälsa. Medel ökas successivt under planperioden.

Vi vill att regionen tar över ansvar för utförandet av skolhälsovården från kommunerna och utökar resurserna. Elevhälsan varierar mycket i olika kommuner och skolor och även tillgängligheten till skolsköterska. Med en sammanhållen verksamhet där regionen tar ett utföransvar kan fler barn få snabbare insatser utan att hamna mellan stolarna.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställetiden för prio 1 larm. På orter där inställetiden för ambulanser är lång, har Region Jönköpings län så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och har då möjlighet att till exempel utföra defibrillering vid hjärtstopp i väntan på ambulans.

SMS-livräddare är ett system där HLR-utbildade lekmän kallas till hjärtstopp. Tjänsten SMS livräddare har införts i Jönköpings län under 2021 och utvärderas efter tre år.

Region Jönköpings län är medlem i Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA). Kommunalförbundets uppdrag är att upphandla och äga flygplan samt administrera och sköta ambulansflygverksamheten. Verksamheten går i full drift sedan 2022. En gemensam flygkoordineringscentral (FKC) finns i Umeå. FKC har till uppgift att prioritera och samordna uppdrag för bästa möjliga effektivitet och vårdkvalitet.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.
- Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation genom att förstärka de egna resurserna.
- Fokus kommer även vara på att samverka kring den uppskjutna vården inom sydöstra sjukvårdsregionen i syfte att förbättra tillgängligheten till behandlingar och operationer.
- Tillgängligheten ska förbättras inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshälsan. Arbetet med *En väg in* fortsätter.
- Fortsätta arbetet med att utveckla primär nivå för omhändertagande av barn- och ungdomars psykiska hälsa.
- Fortsätta bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri hos barn och unga.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Region Jönköpings län arbetar för jämlik hälsa och att vården ska erbjudas och fördelas på lika villkor. Grupper med särskilda behov identifieras och uppmärksammas genom bland annat uppföljning av resultat.

Region Jönköpings län behöver i samverkan med kommunerna, fortsätta arbetet med att integrera utbildning kring hälsa, egenvård och sjukvårdens organisation, samt föräldraskapsstöd för utrikesfödda. Hälsokommunikatörer arbetar med upplysning om hälso- och sjukvården på olika språk i hela länet. Det handlar om information om hur sjukvårdssystemet är uppbyggt, söka vård på rätt vårdnivå, att hitta rätt i vården och öka kunskapen kring folkhälsa, föräldraskapsstöd och egenvård. Hälsoguider är frivilliga volontärer som genom egna nätverk kan bidra till ökad förståelse för hälsa och egenvård. Hälsoguider utbildas och verkar i prioriterade områden.

Uppdrag

- Fortsätta integrationsarbetet genom bland annat hälsokommunikatörernas insatser och spridning av konceptet med hälsoguider till fler kommuner.

Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2023 där riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Inom Strategi för hälsa pågår lärande nätverket Bästa platsen att växa upp, leva och bo på som har förankrats i samverkan med kommunerna genom Strategigrupp barn och unga. Målet är att förbättra barn och ungas hälsa med två procentenheter fram till och med 2024.

Den psykiska ohälsan ökar och olika insatserna behöver fortsatt utvecklas för att möta detta. Psykisk ohälsa möts med både hälsofrämjande, förebyggande och riktade insatser i samverkan mellan kommuner och Region Jönköpings län. Barn- och ungdomshälsans verksamheter för lindrig psykisk problematik är fullt utbyggd med en verksamhet i varje länsdel. Strategigrupp barn och ungas gemensamma satsningar för att utveckla stöd, vård och behandling till barn med både social problematik och psykisk ohälsa fortsätter.

Ett länsövergripande barnskyddsteam har bildats för att bedriva utbildning och verkar för att en generell kunskapsnivå inom samtliga hälso- och sjukvårdsinstanser upprätthålls kring barn som far illa. Teamet bedriver även uppföljning och kvalitetssäkring samt formulerar rutiner för handläggning. Dessutom bistår teamet konsultativt vid den medicinska utredningen och vid anmälningar till de sociala och polisiära myndigheterna. De ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål; dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningsmän.

Barnhälsovården arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att bland annat tidigt identifiera psykosociala riskfaktorer i familjen för att tidigt kunna initiera stödsatser och utveckla arbetet med ett jämställt föräldraskap stöd.

Utvecklingen av familjecentraler i kommuner är en viktig del i de förebyggande insatserna för stöd till nyblivna föräldrar. Alla familjecentraler ska kunna erbjuda ett och samma grundutbud där målet är att öka tillgängligheten erbjuda likvärdiga föräldrastödjande insatser och utbildningar mot en mer jämlik hälsa och jämlikt stöd i länet.

Idag kommer många ungdomar senare ut på arbetsmarknaden jämfört med tidigare. Det innebär att allt fler unga hamnar i gränslandet när det gäller möjligheten till egen försörjning och att förverkliga sina framtidsplaner. Därför behövs en samordning när det gäller åldersgräns på Region Jönköpings läns ungdomsmottagningar och umo.se, som är regionernas webbplats för alla som är mellan 13-25 år.

Uppdrag

- För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras tre områden för ett fördjupat arbete i nära samverkan; fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Lokala team från olika delar i länet genomför förbättringsarbeten utifrån detta. Förbättringsarbetet genomförs med inspiration från Skottland och Cincinnati, USA.
- Minst en familjecentral ska finnas i varje kommun. Familjecentralernas uppdrag utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd. Påbörja utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler

Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Effekterna av att äldre har följt Folkhälsomyndigheternas rekommendationer under pandemin har lett till att flera äldre mist sina vardagliga sociala interaktioner. Långvarig avsaknad av sociala aktiviteter kan leda till ökad

psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet. Samverkan med civilsamhället, föreningar, kyrkor med flera blir viktigt för att hjälpa till att minska ensamheten och dess konsekvenser. En ytterligare konsekvens av pandemin är ökat alkoholintag och ökat stillasittande bland äldre. Arbete i dessa två områden behöver påbörjas under kommande år. Vårdcentralerna har ett uppdrag att aktivt arbeta med att förbättra den psykiska hälsan hos äldre.

En parameter som uppmärksammas är vikten av att arbeta fallförebyggande. Bästa platsen att åldras på, är en utvecklingsplattform där en metod är att arbeta med lärande nätverk. Där etableras och utvecklas samverkansformer med länets pensionärsföreningar och civilsamhälle. Viktigt fokus är bland annat ett ökat deltagande i samhällsaktiviteter för seniorer med annan kulturell bakgrund, social aktiviteter och digital inkludering. Bästa platsen är i ett expansivt skede där ambitionen är att skapa ett mer äldrevänligt län.

Vi vill införa äldrevårdsmottagningar där patienter över 80 år har ett direktnummer till en husläkare.

Alla patienter ska ha möjlighet att välja vilken läkare som ska vara ens egen husläkare som man kan kontakta direkt.

Personal från vårdcentralen med kunskap om äldre ska etablera en god samverkan med pensionärsföreningarna och erbjuda föreläsningar i arbetet att förebygga onödig ohälsa.

Målet för arbetet med trygg och säker vård och omsorg är att de äldre invånarna i Jönköpings län ska kunna säga "Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och där jag behöver den". Arbetssätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden ska vidareutvecklas. Pandemin har på olika sätt synliggjort behoven av att utveckla de gemensamma insatserna för att ge god vård och omsorg. Samverkan och proaktivt arbetssätt ger trygghet och kvalitet för individ och närstående, patientsäkerhet, trygga medarbetare och effektivt använda resurser. För målgruppen krävs hög grad av personcentrering. Vikten av koordinering, en tydlig plan i samverkan och fast läkarkontakt och vårdkontakter kan inte nog betonas. En enkel infektion kan snabbt försvaga den äldre och sköra personen och leda till slutenvård som kunnat undvikas. Proaktiva insatser, för att förhindra försämring och de negativa konsekvenser som uppkommer om sköra och mest sjuka äldre förflyttas, bör prioriteras. Förutsättningar för fungerande proaktiva, akuta och långsiktiga åtgärder är tydliga planer, medicinsk behandlingsstrategi, tillgänglighet för varandra i teamet bör skapas, både i ordinärt och särskilt boende.

Kommunernas och Region Jönköping läns utveckling av samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus fortsätter liksom utvecklingen av vård och stöd i hemmet. Vårdcentralens vårdsamordnare är koordinator och fast vårdkontakt vid in- och utskrivning från sjukhus. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa att god och effektiv vård sker i hemmet. Ledtiderna vid utskrivning från den slutna vården ska hållas så korta som möjligt när vistelse på sjukhus är nödvändig. Läkarmedverkan i hemsjukvården ska förstärkas genom samverkande team från Region Jönköpings län och kommun med fokus på gemensam planering, samordnade individuella planer (SIP) och proaktiva insatser.

I linje med Nära vård föreslås att mer proaktivt arbete med de äldre i samverkan mellan geriatriken, primärvård och kommun genom att införa virtuella vårdplatser inom geriatriken. Diskussion pågår om upplägg där ronder på särskilda boenden genomförs av distriktsläkare eller ST-läkare primärvård tillsammans med geriatriker. Konsultationer gentemot kommunal hemsjukvård och primärvård för att kunna vårda de äldre i hemmet eller kvar på korttidsboenden, särskilda boenden istället för att skickas in till akutmottagningen eller vård på sjukhus när vård med fördel kan ges utanför sjukhus. Läkemedelsgenomgångar genomförs på utvalda patientgrupper. För att kunna arbeta med detta krävs en geriatriker och en geriatriksjuksköterska per länsdel.

Vi vill anställa fler geriatriker på sjukhusen. I föregående budget lade vi 8 milj. kr extra för detta. Vi har tre sjukhus som placerar sig bra. Men geriatriken har monterats ned och geriatrikska vårdavdelningar lagts ned.

Samtidigt finns övertygande evidens att en välfungerande geriatrik minskar dödligheten när multisjuka äldre ligger på sjukhus. En större andel rehabiliteras och kan återvända till hemmet vid geriatrisk vård jämfört med vård på allmän vårdavdelning.

Uppdrag

- Arbeta riktat mot äldre för att identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid, ofrivillig ensamhet samt främja äldres psykiska hälsa.
- Fortsätta arbetet med *Trygg och säker vård och omsorg*. I uppdraget ingår att arbeta aktivt med att utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner i syfte att erbjuda jämlik hälsa och vård för länets invånare. Vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätter att stärka det tvärprofessionella samarbetet.
- Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
- Testa arbetssättet med virtuella vårdplatser inom geriatriken och utvärdera efter två år.

Bra munhälsa och god tandvård

Tandvårdens mål är bra munhälsa på lika villkor för länets befolkning. Sambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa är tydlig. Därför är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbete utvecklas så att rätt kompetens används inom olika områden.

Inom allmäntandvården kan både vuxna, barn från tre års ålder och ungdomar fritt välja tandvårdsmottagning. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Periodicitet			
	2023	2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Andel kariesfria 19-åringar	45 %	45 %	45 %	45-100 %	42-44 %	0-41 %	År

Region Jönköpings län ligger i topp vad gäller kariesfrihet hos 19-åringar, då 40 procent varken har fyllningar eller kariesskador. Samtidigt behöver den förebyggande tandvården utvecklas både riktat till yngre och äldre för en bra munhälsa på lika villkor. Arbetet för god tandhälsa ska fortsätta och ambitionsnivåerna ska vara fortsatt höga inom barntandvården.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa.

Uppdrag

- Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Periodicitet			
	2023	2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling – Folktandvården totalt	90 %	84 %	82 %	90-100 %	70-89 %	0-69 %	Månad
Tillgänglighet till specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss.	80 %	nytt mätetal	31 %	80-100 %	60-79 %	0-59 %	Månad
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömning)	90 %	45 %	70 %	90-100 %	75-89 %	0-75 %	Tertial
Andel berättigande till nödvändig tandvård som fått den utförd	80 %	47 %	54 %	60-100 %	45-59 %	0-44 %	Tertial

För att patienter ska känna förtroende för tandvården och bli nöjda, krävs bra bemötande och bra omhändertagande. Alla patienter ska informeras om behandlingsalternativ, kostnad, tidsåtgång med mera.

Tillgängligheten till Region Jönköpings läns folktandvårdskliniker behöver bli bättre. Avgörande för att nå det målet är att rekrytera och behålla personalen. De kliniker som finns i glesbygd behöver extra stöd för att kunna fortsätta sin verksamhet att erbjuda en jämlik tandvård. Folktandvården arbetar med en handlingsplan för att arbeta på nya sätt och samtidigt vara en attraktiv arbetsgivare.

Tandvård för personer med särskilda behov

Region Jönköpings län har ansvar för att vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Det är personer i särskilda och egna boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) och nödvändig tandvård (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Den tandvård som här avses kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Region Jönköpings län ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper där patienter har en funktionsnedsättning som medför stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgår en tandvårdsbehandling på grund av långvariga sjukdomar och/eller funktionshinder (F-tandvård).

Munhälsan har möjlighet att förbättras betydligt hos de äldre, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalas öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och vid behov tandvård utförd. Arbetet följs kontinuerligt.

Specialisttandvård

Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens odontologiska institution. Konsultation och kompetensstödande arbete gentemot allmäntandvården är ett viktigt arbete för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande. Ett led i detta arbete ska vara att specialisttandvård också utförs av specialister på allmäntandvårdskliniker.

Antalet patienter som behandlas inom specialisttandvården ökar. Befolkningen blir äldre och drabbas av sjukdomar som kan påverkas av bristande munhälsa. Ett stort fokus ligger på att förbättra tillgängligheten till specialisttandvården. Detta kan innebära behov av att disponera om resurser inom specialisttandvården till förstärkning av verksamheten i Nässjö och Värnamo.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till folktandvården och specialisttandvården.

Perspektiv: Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter.

Processorientering stimulerar förebyggande arbete, att grundorsaker till problem identifieras och att faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

STRATEGISKT MÅL: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktor Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering. Regeringens och Sveriges kommuner och regioners vision för e-hälsoarbetet utgår ifrån att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Region Jönköpings län ska utifrån det nationella målet fortsätta investera i e-hälsa och har som mål att bli bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem, enligt den plan för framtidens hälso- och sjukvård som är framtagen under 2020.

Vi vill ta bort onödig administration och införa ett årligt mätetal att sjuksköterskor och läkare inte behöver lägga mer än 30 % av arbetstiden på dokumentation.

En av sjukvårdens största tidsslukare är dokumentation och administration. Genom att minska administration kan tiden istället läggas på patientnära arbete. Ibland skrivs saker på flera ställen. I andra fall dokumenteras sådant som inte har något värde. I många fall skulle det räcka att markera med kryss i en färdig mall.

Välfärdsteknik och e-hälsa är ett expanderande område med stora kvalitetsvinster för den enskilda patienten, där utvecklingen av digitala verktyg ska utgå ifrån patientsäkerhet och verksamhetens behov, samt utifrån invånarperspektiv. Tekniken kan också ge möjlighet till effektiviseringar och utveckling av sjukvården i syfte att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län är aktiv i implementerandet av olika välfärdstekniska lösningar och i utveckling av e-hälsotjänster. Digitala vårdsbesök är en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Implementering av e-hälsa ska ske på ett kostnadseffektivt sätt som även leder till kvalitetsförbättringar inom vården. I arbetet *Meny till invånare* finns ett samlat stöd som underlättar för invånarna att hantera sin egen hälsa. Program för levnadsvanor samt psykisk ohälsa och kronisk sjukdom erbjuds via plattformen för stöd och behandling.

För att vården ska kunna dra full nytta av och använda e-hälsotjänster optimalt, krävs kontinuerlig utveckling och förbättring av vårdens processer och arbetssätt. Genom nationell och lokal samverkan kring standardiserat arbetssätt kan vården effektiviseras och en ökad kvalitet och patientsäkerhet uppnås. Utgångspunkt är rätt information på rätt plats i rätt tid, med stöd av digitala verktyg för vårdplanering, kunskapsstöd, vårdprocessutveckling parallellt med personcentrering och med möjlighet till mobilitet och distansarbete. Patientsäkerhet, verksamhetens och invånarens behov ska beaktas i utveckling och förändring av IT-system.

1177 Vårdguiden via webb eller telefon ska vara stöd i individens kontakt med vården och som en integrerad del i hälso-, sjuk-, tandvårds- och omsorgsstrukturen. Under 2023 fortsätter arbetet med att förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon, bland annat genom införandet av 1177 Direkt utifrån den nationella målbilden för första linjens digitala vård. Symtombedömning, hänvisning och chatt är en ny nationell satsning där invånaren ska kunna lämna sin symtombeskrivning dygnet runt och därmed starta sitt vårdärende. Genom automatiserad symtombedömning och hänvisning till egenvård eller direkt till rätt vårdnivå och rätt vårdkompetens kan kontakter hanteras på ett mer effektivt sätt. Invånaren får en sömlös kontakt med vården och behöver bara beskriva sina symtom en gång.

Uppdrag

- Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök
- Förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon och tillhandahålla rådgivning på andra språk

- 1177 direkt – symtombedömning, hänvisning och chatt införs på alla vårdcentraler i länet och som en del av 1177 på telefon (Första linjens digitala vård)
- Införa lösningar för egenmonitorering.
- Skapa en digifysisk vårdcentral i projektform, gärna på en vårdcentral med bemanningsutmaningar.
- Underlätta användandet av och kunskap om digitala stöd och tjänster (personal och invånare). Särskild satsning på de som har ett digitalt utanförskap.
- Fortsätta utvecklingen av vårdssystemet Cosmic och andra system som används i vården.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Ett långsiktigt mål i planen för framtidens hälso- och sjukvård är att primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs. Att förflytta sjukhusens specialistvård närmare patienten och primärvården är ett led i förflyttningen mot nära vård. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ger patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Uppdrag

- Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar.

STRATEGISKT MÅL: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktor Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

Handlingsplanen för jämlik hälsa och Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län är viktiga dokument som ligger till grund för samverkan i det gemensamma folkhälsoarbetet. Samverkan med kommunerna sker utifrån länsinvånarnas behov och perspektiv genom att utgå från frågan - Vad är bäst för Esther?

Verksamheterna ska lägga stor vikt vid behandling och förebyggande av sjukdom samt främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa. Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor utgår från tre steg, att uppmärksamma, åtgärda och följ upp. Samtal om levnadsvanorna och psykisk hälsa ska vara en naturlig del i patientmötet. Vårdcentralen erbjuder alla länets invånare hälsosamtal det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år. Arbetet underlättas med digitalt stöd. Invånarna ska erbjudas stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor enligt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling.

Att främja folkhälsa är ett arbete inte bara för vården utan för hela samhället. Vårdcentralerna har dock ett särskilt ansvar för att erbjuda personer med särskild risk, som har högre förekomst av ohälsosamma levnadsvanor stöd till levnadsvaneförändring. En utvärdering av det målmedvetna förbättringsarbetet, tilläggsuppdraget enligt regelbok, i nära samverkan med samhällsaktörer i respektive närområde ska genomföras 2023.

Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Spridningen av Hälsocenter i länets kommuner och hälsocoach on-line underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Handlingsplanen för jämlik hälsa är en del i samverkan kring folkhälsoarbetet. Den nya regionala handlingsplanen för SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) som utarbetades under 2022 ska tas i bruk och spridas.

Region Jönköpings län är medlem i nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård och ska arbeta aktivt för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och ha representanter i nationella temagrupper. Medlemskapet innebär att gemensamt driva utveckling av en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård för patienter, medarbetare och befolkning.

Uppdrag

- Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - utvärdera förstärkningsuppdrag i primärvården
- Fortsätta att arbeta målinriktat för att förbättra folkhälsan hos länets invånare
- Stödja implementering av det nya nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling. Systematiskt stöd till vården i att utveckla struktur för arbetet med att främja hälsosamma levnadsvanor
- Fortsätta utveckla Hälsocenter tillsammans med länets kommuner

Rehabilitering

Rehabilitering är ett viktigt område inom den nära vården som basen för hälso- och sjukvården, där arbete för att säkerställa jämlika förutsättningar behöver ske. Det är av stor vikt att rehabiliteringspotentialen som en individ har tas till vara. Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen inom primärvård och specialistvård ska fortsätta utvecklas.

Det finns ett ökat behov av rehabilitering i samtliga länsdelar och i en rad processer. Det handlar om ökat fokus på helhet och vikten av att olika kompetenser kompletterar varandra för "Esters bästa". I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och som verksamheter förväntas implementera. Under pandemin har betydelsen av rehabiliteringsresurser synliggjorts ytterligare.

Pandemin har även medfört att det finns en ny grupp patienter som är i behov av rehabilitering. Det kan bero på långvariga besvär efter covid-19 eller för patienter som behandlats under en längre period på intensivvård för covid-19. En samlad kompetens har skapats kring utredning, behandling och rehabilitering.

Uppdrag

- Vid behov stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med Region Jönköpings läns specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.
- Utökning av rehabiliteringsresurser i form av exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logoped, psykologer och dietister.

Rehabilitering – återgång i arbete

Inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ansvarar hälso- och sjukvården för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Det krävs ett lagarbete som omfattar medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering tillsammans med andra aktörer i samhället för att åstadkomma goda resultat och möjliggöra återgång till arbetslivet. Rehabilitering till arbete är också en förutsättning för att gå från utanförskap till arbetsgemenskap.

Region Jönköpings län har successivt utvecklat samarbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst. Rehabkoordinatorer finns i hela primärvården samt inom specialiserad vård på enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna till återgång till arbetslivet.

Uppdrag

- Ett strukturerat arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska utvecklas och införas i primärvården inom Sydöstra sjukvårdsregionen.
- En samverkansmodell ska vidareutvecklas inom området mellan primärvård och specialistvård, i första hand rehabiliteringsmedicin, psykiatri och smärtkliniken.

- Tillgodose att sjukskrivna personer med behov av koordineringsinsatser har tillgång till en rehabkoordinator oavsett vårdnivå. Utveckla strukturerade arbetssätt inom rehabkoordinering i specialiserad vård.

Samordningsförbunden

Länets tre samordningsförbund bedriver finansiell samordning och ger stöd till gemensamma insatser och annan samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Målet är att personer i yrkesverksam ålder, med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera parter, ska nå eller förbättra sin förmåga att arbeta eller studera, dvs möjlighet till egen försörjning. Samordningsförbunden stödjer även aktiviteter som syftar till att få samarbetet mellan parterna att fungera mer effektivt.

Framgångsfaktor Säker verksamhet

Systemmätetal	Mål	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Vårdprevention - Andel av patienter som bedömts ha risk inom område fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen som fått åtgärd insatt (riskpatienter)	90 %	86 %	82 %	90-100%	80-89%	0-79%	Tertial

Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete har som mål att vara bland de ledande i Sverige och att vara i världsklass. Den hälso- och sjukvård som utförs i Region Jönköpings län ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete krävs, med fokus på att uppnå säkerhet genom att optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt så att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Patientsäkerhetsarbetet är en grundläggande förutsättning i Region Jönköpings läns utvecklingsarbete i planen för att möta framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet kommer under planperioden att anpassas till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård. I handlingsplanen beskrivs (figur 15):

- Mål – god och säker vård, överallt, alltid.
- Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet – engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare.
- Fem fokusområden.



Figur 5 Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Organisering av och arbetssätt för arbetet med patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Därför har, för att tydliggöra ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet, en lokal samverkansgrupp patientsäkerhet etablerats 2022. Inom primärvården är det viktigt att utveckla arbetet med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet är:

- Utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt.
- Utveckla och använda arbetssätt för riskhantering.

- Utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett resilient system.
- Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av vårdens professioner och av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. *Säker vård – alla gånger* är ett väl beprövat koncept som är en del i det proaktiva arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län. Patienters och brukares erfarenheter och kunskaper tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Uppdrag

- Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård

Kris- och katastrofmedicinsk beredskap samt civilt försvar för hälso- och sjukvården

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) beskrivs vilka förmågor och obligatoriska funktioner som ska finnas i Region Jönköpings län. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. För att ha en god förmåga vid kris- och katastrofmedicinska händelser krävs planläggning, utbildning och övningar. Risker och sårbarheter analyseras fortlöpande och är grunden för planeringsarbetet. Detta arbete genomförs delvis med hjälp av särskilt bidrag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) utifrån överenskommelser gällande krisberedskap och lagen om extraordinära händelser.

För hälso- och sjukvårdens beredskap och civilt försvar kommer de statliga medlen att öka vilket innebär att planeringstakten också förväntas öka. Medlen ska användas för att arbeta med uppgifter inom krigsorganisation och dess bemanning, samverkan och ledning, planeringssamverkan, utbildning och övning, traumavård, försörjningsberedskap samt motståndskraft som innefattar robusthetshöjande åtgärder inom områdena cybersäkerhet och kontinuitetsplanering. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Arbetet med att stärka det civila försvaret för hälso- och sjukvården kommer att behöva intensifieras.

Under pandemin har olika områden identifierats som behöver förstärkas för att kunna upprätthålla en god kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Personalens uthållighet och kunskapsutveckling vid en längre kris har visat sig vara en utmaning. Utbildning och övning inom området katastrofmedicin behöver öka.

Uppdrag

- Översyn om hur personalen utbildas, ges övning och förbereds på kris- och katastroflägen samt vid krig.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Periodicitet			
	2023	2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Indikatorer i Öppna jämförelser – (för 2022 specifikt medicinsk kvalitet)	60 %	71,7 %	-	60-100%	50-59%	0-49%	År
Standardiserade vårdförlopp – andel patienter i SVF	70 %	65 %	66%	60-100%	60-68%	0-59%	Månad

Standardiserade vårdförlopp – andel inom max ledtid	80 %	50 %	41%	81-100%	60-80 %	0-59%	Månad
---	------	------	-----	---------	---------	-------	-------

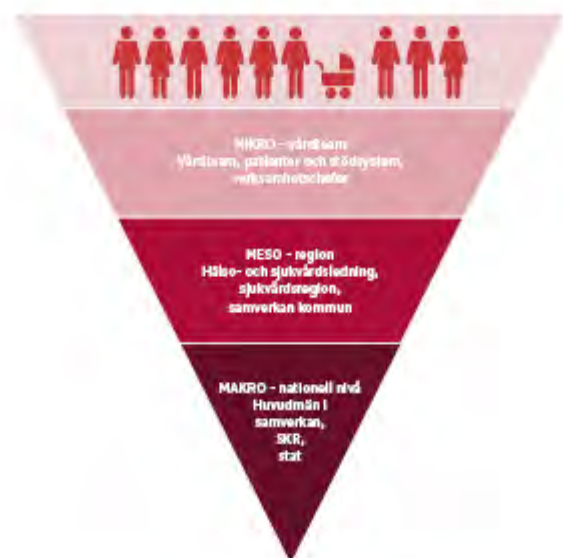
Kunskapsstyrning - Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa

Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Det är i mötet mellan vårdpersonal och patient som värdet skapas och vi ser hur effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrningen är.

Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

I det gemensamma arbetet tar regionerna fasta på överenskommelser med staten om kroniska sjukdomar, cancervård och psykisk hälsa. Här hanteras även frågor om nivåstrukturering, utveckling av nationella kvalitetsregister och införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera kroniska sjukdomar och allvarliga hälsotillstånd. Region Jönköpings län bidrar med medarbetare till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet och anpassar den lokala kunskapsstyrningen utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden med uppdrag att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska skillnader.

Region Jönköpings län är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.



Figur 6 Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp täcker en eller flera delar av en vårdkedja och beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan och mål och indikatorer för uppföljning. De används för att systematiskt säkra bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vid införande av vårdförlopp är det viktigt att beakta risker för undanträngningseffekter. Den etablerade samverkan som beskrivs ovan ökar nu våra möjligheter att fokusera på lokal resultatuppföljning, implementering av gemensam kunskap, arbetsfördelning och processutveckling tillsammans med patienterna.

Den nära vården ska erbjuda invånare med kroniska sjukdomar den stöd och den tillgänglighet de behöver för att kunna leva med så hög livskvalitet som möjligt. Utvecklingsarbetet omfattar bland annat fördjupad kartläggning av invånarnas behov, förbättrade arbetssätt och uppföljningsrutiner, kompetensutveckling, e-hälsa och effektiva självhjälpsstöd. Insatserna ska minska behandling med flera samtidigt läkemedel, inskrivningar på sjukhus, återinläggningar och undvikbar sjukhusvård. Patientens egna erfarenheter ska tas tillvara och införandet av patientkontrakt fortsätter.

Uppdrag

- Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen. I detta ingår att underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap och att minska variation med hjälp av kliniska kunskapsstöd, nationella vårdförlopp,

vårdprogram och vårdriktlinjer. Patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården ska öka och samverkan ska effektiviseras mellan olika vårdnivåer i programmet.

- Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar.

Cancervård

Antalet människor som lever med cancer ökar med 5 procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer.

Mottagning för uppföljning av sena komplikationer till följd av en cancersjukdom hos barn skapades under 2020. Det finns nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer. Det är en beskrivning av vilken vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna och vilka undersökningar som överlevarna bör erbjudas.

Regionerna i Sydöstra sjukvårdsregionen utvecklar cancervården utifrån löftena att patienter med cancer ska:

- Få behandling inom fyra veckor (om inte annat anges i standardiserade vårdförlopp).
- Erbjudas diagnostik och behandling enligt best practice.
- Vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan.
- Få lika god palliativ vård oavsett bostadsort
- Erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram.

Region Jönköpings län har infört standardiserade vårdförlopp i cancervården. De flesta patienterna behandlas enligt vårdförloppen men det behövs mer för att nå förloppens idealtider. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården.

Nödvändiga screeningprogram införs i takt med nationella riktlinjer och beslut inom sydöstra sjukvårdsregionen. Dessutom genomförs riktade insatser för ett högt deltagande i mammografiscreeningen och cellprovtagning för livmoderhalscancer.

Under 2022 påbörjar Region Jönköpings län screening av tjock- och ändtarmscancer. Det medför initiala kostnader som enligt hälsoekonomiska beräkningar tjänas in genom att färre individer dör av tjock- och ändtarmscancer. Region Jönköpings län har även påbörjat ett införande av organiserad prostatacancer testning och arbetet med ett diagnostiskt prostatacancer centrum fortsätter.

Sydöstra sjukvårdsregionen har arbetat fram ett vaccinationsprogram för att utrota livmoderhalscancer via en så kallad catch-up för kvinnor.

För att säkerställa en trygg personcentrerad, behovsriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet utvecklar Region Jönköpings län rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom. Ett viktigt mål är att redan under utredningstiden kunna ge patienten stöd för rehabilitering och egenvård.

Uppdrag

- Arbeta för att nå målen för standardiserade vårdförlopp.
- Öka deltagandet i screeningprogram och genomföra riktade insatser.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med screening för tjock- och ändtarmscancer.
- Fortsätta införandet av organiserad prostatacancer testning.
- Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling på våra tre sjukhus.
- Stärka rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom.

Palliativ vård – vård i livets slutskede

Alla har rätt att få ett värdigt slut och att leva hela livet. Behoven hos personer med obotlig sjukdom varierar över tid och kan uppstå oavsett ålder, diagnos och var personen får sin vård. Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län.

Allmän palliativ vård ska ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Den bedrivs där personen befinner sig i hemmet, på sjukhus eller i kommunens särskilda boenden. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av läkarledda multiprofessionella team.

Uppdrag

- Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.
- Vårdplatser för specialiserad palliativ vård skapas på länets tre sjukhus.
- Verksamheten specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) fortsätter att utvecklas.

Kvinnors hälsa och förlossning

För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

Uppdrag

- Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård.
- Att personer som utsatts för sexuellt vård och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.

Psykisk hälsa

En flerårig satsning pågår för utveckling inom området psykisk hälsa. Arbetet omfattar såväl främjande av psykisk hälsa, förebyggande och tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer med svår psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning. Teambaserat arbete som är specialiserat på olika typer av diagnosgrupper ger goda förutsättningar att möta behoven hos patienten. Detta kräver en sammanhållen vård och en förstärkt öppenvård med bättre samverkan mellan huvudmännen samt en ökad dialog med patient- och brukarföreningar. Peer support, är personer med egen erfarenhet och en beprövad metod som stödpersoner inom en verksamhet som ger vård, stöd eller rehabilitering. Vården behöver även bli bättre på att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Den kraftigt ökade volymen av neuropsykiatriska utredningar inom Barn- och ungdomspsykiatrien resulterar i att antalet patienter som behöver stöd från vuxenpsykiatrien ökar och kommer öka ännu mer framöver då en stor del av behandlingsinsatser och all läkemedelsförskrivning sker inom specialistsjukvården. Trenden de senaste åren har varit att cirka 33 procent av patienterna inom BUP behöver fortsatt vård inom vuxenpsykiatrien.

Uppdrag

- Utökning av peer support, person med egen erfarenhet
- Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom i samverkan mellan specialiserade psykiatriska vården, primärvården och kommunen.
- Att utveckla stödet att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Suicidprevention

Det suicidpreventiva arbetet inom Region Jönköpings län utgår från den handlingsplan och de nio mål som regeringen, via Folkhälsomyndigheten, har antagit. En uppdragsbeskrivning för arbetet med samordnad suicidprevention och psykisk hälsa under 2020-2023 är framtagen och antagen i ledningssystemet för samverkan med länets kommuner. Det övergripande syftet med uppdraget är att utveckla samordning och samverkan mellan berörda aktörer i Jönköpings län, stärka kunskapsuppbyggnad och kompetens, samt utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet.

Uppdrag

- Samordna arbetet kring suicidprevention i länet. För att möjliggöra ett aktivt lokalt arbete etableras ett nätverk med lokala samordnare i länets kommuner.

Våld i nära relationer

Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld, könsstämpling och våld i nära relationer orsakar stort lidande för många. Region Jönköpings län arbetar med insatser som ska motverka att detta uppstår eller upprepas. Resursförstärkning genomfördes 2020 för arbetet med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer inklusive barn i våldsutsatta miljöer. Utbildning- och informationsmaterial rörande barns utsatthet har tagits fram. Ett arbete har även genomförts med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck där framtagande och implementering av utbildningsprogram påbörjats. Utbildning har exempelvis skett för hälsokommunikatörerna i ämnet våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

Uppdrag

- Arbeta med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer fortsätter och utvecklas i länet och en första utvärdering genomförs under 2022.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck.
- Strukturera arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn och unga.

Läkemedelsanvändning

Region Jönköpings län arbetar för att nå en rationell, säker, jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Detta sker till exempel genom läkemedelsdialoger. Region Jönköpings län deltar även aktivt i arbetet kring läkemedelsfrågor i sydöstra sjukvårdsregionen samt på nationell nivå. Kostnaderna för läkemedel fortsätter att öka både i riket och i Region Jönköpings län. Nya läkemedel ger möjligheter till bättre behandlingsresultat, men leder samtidigt till ökade kostnader för läkemedelsbehandling. Region Jönköpings län följer nationellt ordnat införande av läkemedel och nationella rekommendationer, samt har en särskild budgetmodell för införande av nya kostnadskrävande läkemedel. Region Jönköpings län har som målsättning att ha resultat i toppklass, men en läkemedelskostnad som ligger i paritet med riket.

Sjukhusapoteket, vilket bedrivs i egen regi, arbetar kontinuerligt med lokaler, logistiklösningar och lagernivåer för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning. Under pandemin har vikten av detta arbete belysts ytterligare. Lagernivåerna av kritiska läkemedel för slutenvården ökas successivt, med särskilt fokus på operation och intensivvårdens behov.

Att minska negativa händelser orsakade av läkemedel är ett fortsatt prioriterat område. Ökad patientdelaktighet i läkemedelsanvändningen, i den mån patienten önskar, kan och vill, samt minskning av olämplig polyfarmaci ses som framgångsfaktorer för att förebygga fel i vårdövergångar och minska läkemedelsorsakad sjuklighet.

Läkemedel är gjorda för att vara biologiskt aktiva och stabila i kroppen och utsöndras via urin och avföring och hamnar i avloppsreningsverken. I länet har förhöjda halter av flera läkemedel konstaterats i avloppsreningsverk. Det är angeläget att Region Jönköpings län arbetar med att, med bibehållen patientnytta, både begränsar förskrivningen av miljöpåverkande läkemedel och att främja god hantering av kasserade läkemedel samt rening av läkemedelsrester i avloppsreningsverk. Minskad förskrivning kan ske via ökad användning av icke-farmakologiska behandlingar/livsstilsförändringar, startförpackningar och tidsbegränsade ordinationer samt om möjligt välja mindre miljöpåverkande alternativ.

För att främja en hållbar läkemedelskedja ska Region Jönköpings län även förbättra invånarens kunskap om hur läkemedel påverkar miljön och hur överblivna läkemedel ska kasseras. Region Jönköpings län ska öka samverkan om läkemedels miljöpåverkan och rening av läkemedelsrester med länets kommuner och länsstyrelsen.

Uppdrag

- Tillhandahålla en rationell och säker läkemedelsförsörjning

- Arbeta för en jämlik läkemedelsbehandling
- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning utifrån nationella och regionala avtal och rekommendationer
- Minska olämplig läkemedelsanvändning
- Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta
- Främja en hållbar läkemedelskedja efter att patienten använt läkemedel.

Bidrag inom folkhälsoområdet

Region Jönköpings län beviljar årligen bidrag till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i regionen. Bidragen är en viktig stimulans till civilsamhället för att möjliggöra mer stöd för invånarna att kunna hantera sin hälsa.

Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Nykterhetsfrämjande organisationer, idrottsrörelsen och organisationer inom funktionshinderområdet är exempel på mottagare av bidrag. Inom funktionshinderområdet ska bidraget stödja föreningar att genom olika mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja föreningarna till att verka för en förbättrad hälsa i gruppen.

Smittskydd, vårdhygien och strama

Region Jönköpings län övervakar det epidemiologiska läget i länet för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Under pandemin har smittskyddet haft en central roll gentemot såväl vården som övriga delar av samhället när det gäller information och riktlinjer, förebyggande åtgärder, smittspårning, epidemiologisk övervakning, vaccination med mera.

Vaccinationsprogrammen är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. En storskalig vaccinationskampanj mot covid-19 påbörjades i början av 2021. Det är i nuläget oklart hur det långsiktiga behovet av upprepad vaccination kommer att se ut, men sannolikt kommer åtminstone riskgrupper att behöva vaccineras återkommande. Region Jönköpings län följer även upp vaccinationstäckningen i länet för barnvaccinationsprogrammet, och vaccination av olika riskgrupper. Årligen genomförs en omfattande influensavaccinationskampanj där en stor andel (74 procent hösten 2021) av alla länets invånare över 65 år vaccineras.

Arbete pågår ständigt för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. I samband med pandemin har hygienrutiner och skyddsutrustning varit helt avgörande för att minimera smittspridningen till såväl vårdtagare som personal i region och kommun och i stort sett allt arbete har fokuserats på detta. Samarbetet med så gott som samtliga vårdverksamheterna har intensifierats under pandemin. Det har även framkommit ett behov av förstärkt vårdhygieniskt stöd i primärvården och en hygiensjuksköterska har anställts som arbetar med detta. Infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler har blivit en fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk.

Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar för en rationell antibiotikaanvändning.

Antibiotikaförbrukningen i öppen och sluten vård följs upp och återkopplas till verksamheterna. Bland annat görs årliga besök till varje vårdcentral där diagnoskopplad förskrivning redovisas på förskrivarnivå. I samarbete med infektionskliniken införs så kallade antibiotikaronder, där antibiotikaförskrivningen inom slutenvården granskas i realtid av infektionsläkare.

Region Jönköping har sedan juni 2016 bedrivit sprututbytesmottagning, med fysisk placering i Jönköping i anslutning till infektionskliniken. Den primära målsättningen är minskad smittspridning av blodburna sjukdomar men även att främja psykisk och fysisk hälsa generellt. En inventering har gjorts för att få en aktuell bild av var personer med intravenös administrering av droger/läkemedel finns i länet. Det blir då tydligt att vi med sprututbytesverksamheten i Jönköping inte når hela regionen. En orsak kan vara det stora geografiska avståndet

där längre resväg kan vara ett hinder rent ekonomiskt, men även logistiskt för yrkesverksamma. Förslag är därför att utöka verksamheten till att finnas på tre ställen i länet.

Uppdrag

- Utöka arbetet med att minska antibiotikaförskrivning.
- Fortsatt bevakning av covid-19 och eventuellt behov av ny storskalig vaccination
- Utökning av sprututbytesprogrammet till Värnamo och Nässjö. Förslag att pröva upplägget under 18 månader, med utvärdering efter 12 månader. Planerad start januari 2023.

Vårdnära service

Bra och välfungerande vårdnära servicetjänster är viktiga delar för att verksamheterna ska fungera. Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt flyttas över till servicepersonal och därmed ge förutsättningar för en effektiv, tillgänglig och säker vård där den samlade kompetensen används på bästa möjliga sätt. Exempel på detta är patientnära städning, måltidshantering, förråds- och textilhantering samt patienttransporter. Vårdnära service är en viktig del i arbetet för rätt använd kompetens.

Uppdrag

- Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal för rätt använd kompetens.

Perspektiv: Lärande och förnyelse

Förbättrar verksamheten och skapa innovationer

Framgångsrik hållbar verksamhet över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dit. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

STRATEGISKT MÅL: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktor Förbättringskunskap

I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Värdegrund, motivation, idéer och genomförandekraft är viktiga aspekter för att hälso- och sjukvården ska utvecklas så att verksamheterna åstadkommer bästa möjliga resultat till lägsta kostnad varje gång. Det stimuleras genom att fokusera på systemförståelse, processförbättringar och resultat som skapar mervärde för patienten, genom stöd för såväl organisatoriskt som personligt lärande varje dag, samt genom en kultur med fokus på morgondagen.

Arbetet med värdeutveckling genom att öka kvalitet och minska kostnader förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att

vara lyhörd för idéer och förslag. Grundläggande för chefer och ledare är därför att utifrån invånare och patienters behov skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet. Det pågår utvecklingsprojekt, utbildningar och lärandeseminarier inom olika områden för att stödja och stimulera förbättringsarbetet. Lärande erbjuds idag med allt fler digitala inslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. En utmaning för verksamheter är att sprida kunskap och erfarenheter på ett ännu bättre och snabbare sätt.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten. Arbetet har sitt fokus på kostnadseffektivitet och nya arbetssätt med bibehållen eller förbättrad kvalitet. KPP (Kostnad per patient) och KPS (Kapacitet och produktionsstyrning) är exempel på verktyg för att styra resurser mot kostnadseffektivitet. För att uppnå en likvärdig verksamhet är det viktigt att resurser används kostnadseffektivt och fördelas jämnt. Utveckling av nya arbetssätt, fokus på innovation, hälsa och egenvård liksom RAK (Rätt använd kompetens) och digitalisering är viktiga delar i planerna.

Uppdrag

- Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).
- Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

Framgångsfaktor Professionell kunskap

Ökade krav på säkerhet och avancerad teknik, höjer kraven på utbildning och träning. Inom hälso- och sjukvården är Metodikum en länsgemensam verksamhet som stödjer medarbetarnas möjligheter att träna och simulera sina färdigheter och teamsituationer kring patienten.

Verksamhetsförlagd utbildning under studietiden är av stor betydelse. Kontinuerlig samverkan med utbildningssamordnare skapar de förutsättningar studenterna behöver för integration av teori och praktik.

Region Jönköpings län samverkar alltmer med andra huvudmäns verksamheter, till exempel kommunerna, sydöstra sjukvårdsregionen och olika lärosäten och utbildningsanordnare. Ett tätt samarbete med lärosäten och utbildningsanordnare är viktigt för att säkra kompetensförsörjningen samt kvalitet och innehåll i utbildningarna.

Odontologiska institutionen är ett ledande centrum – såväl nationellt som internationellt – för specialistutbildning och annan kvalificerad efterutbildning av tandvårdspersonal. Utbildning sker inom specialiteterna endodonti, bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi (käkkirurgi), oral protetik, ortodonti, parodontologi och pedodonti. Totalt omfattar det nationella uppdraget tolv platser.

Jönköping University vill i samverkan med Region Jönköpings län och Linköpings universitet starta en ny tandläkarutbildning med ett unikt utbildningskoncept. En ansökan skickades in i mars 2022.

Uppdrag

- Erbjud kompetensutveckling för Region Jönköpings län och kommuner i samverkan, praktisk träning och teoretisk bas
- Stödja starten av en ny tandläkarutbildning
- Rekrytera rätt akademisk kompetens till den planerade tandläkarutbildningen

Framgångsfaktor Forskning

Systemmätetal	Mål	Resultat		Periodicitet			
		2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Antal forskarutbildade medarbetare	Fler än 125	145	150	100 %	80-99%	0-70%	År
Antal publikationer	Fler än 150	126	175	100 %	80-99%	0-70%	År

Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning och skapat stödresurser till kunskapsbaserad vård som till exempel biblioteksverksamhet. Detta har resulterat i att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft. De FoU-aktiviteter som Region Jönköpings län stöder är till exempel medarbetares forskningsuppdrag, forskningstid, forskningsprojekt, deltagande i vetenskapliga konferenser och forskarutbildning. Forskning ska vara möjlig i hela länet.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation. För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost. Dessa verksamheter bidrar också till en positiv utveckling och ger förutsättningar för fler kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik genomförs i Sydöstra sjukvårdsregionen. I framtidens hälso- och sjukvård behövs ett ökat fokus på att utvärdera och implementera nya innovativa teknologier och hälso-tjänster. Samverkan i detta arbete görs inom Region Jönköpings län och i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Det årliga regionala forskningsanslaget för Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS) debiteras regionerna utifrån andelen invånare. Andelen för Region Jönköpings län är cirka fyra miljoner kronor. Från FORSS går projektmedel tillbaka till länet för forskning och utveckling. Region Jönköpings län stöder i likhet med övriga sjukvårdshuvudmännen i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Jönköping University och Region Jönköpings län har en gemensam infrastruktur, Jönköping Academy som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Jönköping Academy ska genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnen kunskap förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen. En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård.

Uppdrag

- Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.
- Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter

Perspektiv: Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

STRATEGISKT MÅL: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktor Kostnadseffektiv verksamhet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Ekonomi i balans	Inte överstiga budget	129,9 mnkr	-80,8 mnkr	Noll eller positivt resultat	Ej aktuellt	Negativt resultat	Månad

Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. För att säkra att verksamhetens uppdrag matchas med ekonomiska förutsättningar bör KPS (kapacitet och produktionsplanering) användas i större omfattning för att fördela ekonomiska medel inom den specialiserade vård samtidigt som en bra produktivitet och effektivitet ska eftersträvas.

Invånarnas behov av ögonsjukvård har ökat och ramen behöver justeras med 6 miljoner kronor för att ge förutsättningar för en fortsatt god tillgänglighet för länets invånare. Under flera år har det ökade behovet finansierats av utomlänstäckningar som överstiger ersättningen per åtgärd inom vårdvalet. Detta är sedan våren 2021 inte möjligt då intäkterna har justerats för att följa nationella överenskommelser och det innebär minskade intäkter. Den nationella överenskommelsen innebär att Region Jönköpings län inte får fakturera mer än vad ersättningen per åtgärd inom vårdvalet är.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat, för att kostnader på ett bra sätt ska kunna ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) har införts som ett viktigt stöd för en kostnadseffektiv verksamhet inom den specialiserade vården och inför 2023 införs KPP även för primärvården.

För att bedöma Region Jönköpings läns kostnadseffektivitet är det viktigt med jämförelser med övriga regioner. Inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Denna omställning syns redan från 2019 då primärvårdens andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaden ökade. Målsättningen är att denna omställning ska fortsätta.

Uppdrag

- Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.
- Att genomlys ekonomiska- och bemanningseffekter på kort och lång sikt utifrån pandemin samt behov av omställning till nära vård under 2022 som ska utgöra underlag inför budget 2023.

Patientavgifter

Hälso- och sjukvårdens avgifter och egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Vid nästa årsskifte höjs slutenvårdsavgiften med tio kronor till 110 kr. För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 110 kr per påbörjad vård dag. Därefter utgår en avgift på 90 kr per vård dag (nuläget: 100 kr respektive 80 kr). Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

En ny egenavgift för uppladdningsbara hörapparater införs samt avgifter och bidrag för livsmedel för medicinska ändamål räknas upp med förändring i konsumentprisindex.

Tandvårdstaxan

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar sedan 2008 om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 5 procent 2022. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköping en låg avgift i tandvårdstaxan. För att möjliggöra en hållbar arbetsmiljö, nödvändiga investeringar samt finansiera politiska lönesatningar utöver ordinarie löneavtal bör tillåten avvikelse mot referensprislistan öka från cirka 5 till cirka 7 procent.

Principerna avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

Vi vill sänka Priset på Basundersökning av tandhygienist från 765 kr till 500 kr och tror att detta kan bidra till att fler personer ser över sina tänder regelbundet vilket kan förebygga större problem senare i livet. Förra året genomfördes 12 235 basundersökningar av tandhygienist i tandvården Jönköpings län.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.
- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislisans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislisan inte höjas mer än normalt inför 2022.
- Frisktandvården ska vara självfinansierad.

VÄNSTERPARTIETS BUDGETFÖRSLAG 2023

NÄMNDEN FOLKHÄLSA OCH SJUKVÅRD

I Vänsterpartiets förslag till budget för Nämnden för arbetsmarknad, attraktivitet och näringsliv fortsätter tidigare beslutade satsningar i flerårsplanen för 2022-2024 med vederbörliga förändringar utifrån Vänsterpartiets förslag till flerårsplan. Utöver redan fattade beslut förslår Vänsterpartiet en rad viktiga satsningar inom nämndens ansvarsområden. Bilagor och prislister justeras i enlighet med budgetförslagets intentioner. Flera satsningar som berör hälso- sjukvården, främst kopplat till medarbetarfrågor återfinns i budget för regionstyrelsen.

- Ökad grundbemanning och fler vårdplatser, **se regionstyrelsen**
- Förstärkning av primärvården, **40 miljoner**
- En ambulans- och akutsjukvård att lita på, **25 miljoner**
- Förstärkning IVA Ryhov, **5 miljoner**
- Utbildnings- och specialiseringstjänster för fysioterapeuter, arbetsterapeuter, **se regionstyrelsen**
- Utbildnings- och specialiseringstjänster för sjuksköterskor, **se regionstyrelsen**
- Fler arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom psykiatri och arbetet med barns psykiska hälsa, **10 miljoner**
- Påbörja inrättande av NPF-mottagning i varje länsdel, **5 miljoner**
- Äldremottagningar vid varje vårdcentral samt påbörjat arbete med äldreкураторer, **5 miljoner**
- Förstärkning inom Folkhälsoavdelningen med två heltidstjänster för samordning och implementering av satsningar på kultur inom vården samt inrätta successivt musik och dansterapeut-tjänster- förslagsvis en per länsdel- som kan knytas till befintliga tvärprofessionella team inom vuxenpsykiatri samt komplettera behandlingsalternativen inom BUP, **2 miljoner**
- Uppgraderad vårdkedja kring barn- och ungas psykiska hälsa, samt särskilt hjälpmedelscentral med fokus på fritidshjälpmedel för barn med funktionsnedsättning, **10 miljoner samt se regionstyrelsen**
- Fokus: Jämställd vård, inklusive uppgradering av vården gällande Endometriosis och Lipödem, **2 miljoner**
- Resursförstärkning till primärvården avseende behandling för skadligt bruk och beroende, **2 miljoner**
- Förstärkning av IVA, Akutmottagningar, **se regionstyrelsen**
- Bra personalpolitik där lönesatsningar, veckoarbetstidsförkortningar och investeringar i arbetsmiljön är grunden och socialt hållbara arbetsplatser är målet, **se regionstyrelsen**
- Fullgod beroendevård att lita på i hela länet, **2 miljoner**



Folkhälsa och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.



Figur 1 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på.

INRIKTNING OCH VISION

För allas trygghet i den generella välfärden är en grundläggande vision. Genom en väl fungerande verksamhet blir Region Jönköpings län ett trygghetsnav för invånarna och kan utvecklas vidare. I hela Region Jönköpings län arbetar vi för verksamhet med utgångspunkt utifrån invånarnas behov och jämlikhet. Den tydliga viljeinriktningen är offentlig service och vård av absolut högsta klass, endast det bästa är gott nog åt folket.

En hälso-sjukvård utan vinstintressen är grundläggande för likvärdig och kostnadseffektiv vård. Samverkan med länets kommuner är av största vikt inom både hälso- och sjukvård och regional utveckling. En annan central del i utveckling mot ett mera jämlikt och rättvist samhälle är att den nationella linjen utgörs av en expansiv välfärdspolitik där statsbidragen kan öka och där finanspolitiska ramverk och budgetregler är underordnade människornas välfärdsbehov. Vi är helt enkelt beroende av en regering och riksdag som vill göra allt i sin makt för att utveckla välfärden och göra den mer likvärdig.

Vi söker samarbete för att förändra och förbättra. Grunden för en hållbar och likvärdig välfärd finns i vår solidaritet gentemot varandra. Region Jönköpings län arbetar med frågor som är avgörande för människors liv och hälsa såsom social hållbarhet och för länets tillväxt och utveckling. Sambanden är starka. Region Jönköpings län arbetar för bättre folkhälsa och säkrare vård.

För att främja folkhälsan, krävs insatser inom områden som ligger utanför regionens direkta verksamhet. De satsningarna görs i samverkan med länets kommuner, statliga myndigheter, organisationer och föreningslivet.

Civilsamhället är viktigt men kan och ska inte överta regionens roll som trygghetsnav. Invånarna ska erbjudas en hälso- och sjukvård av absolut högsta klass och förutsättningarna skall vara likvärdiga i hela länet. Hälsöfrämjande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling.

Det är centralt att hälso- och sjukvården bedrivs på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Behov av och efterfrågan på hälso- och sjukvård styrs av olika faktorer. Det är inte alltid de faktiska behoven och efterfrågan matchar varandra. Det är centralt att människor med de största behoven prioriteras. Den nya tekniken och digitaliseringen har ibland inneburit att behovsprincipen satts ur spel.

Detta innebär inte att det är något fel på ny teknik och digitalisering, tvärt om, men införandet måste ske med stor försiktighet och medarbetarens och patienternas respons är viktig. Samtidigt måste Region Jönköpings län alltid vara noga med att efterfråga forskning och evidens kring nya behandlingsmetoder och teknik. Förändringar i verksamhet måste förankras hos medarbetarna och följas noga. Eventuella fel och oönskade bieffekter, som exempelvis att de mest sjuka prioriteras bort till förmån för de som kan prata för sig, måste arbetas bort.

Fler människor blir allt äldre. Det är i grunden något positivt men det kan öka kostnaderna för vård och omsorg. Därför är det viktigt att den nationella linjen i politiken bottnar i en offensiv välfärdspolitik där de ekonomiska resurserna fördelas mer jämlikt. Klasskillnaderna i Sverige är större än på mycket länge och kapitalet har fått stora skattelättnader de senaste decennierna. Detta har skapat abnorma vinstmarginaler och kraftigt urholkat möjligheterna till en expansiv välfärdspolitik. En ny nationell fördelningspolitik för ekonomisk demokrati är därför central för att möta förändringar i demografin och klara av välfärdens utmaningar.

Digitalisering, förebyggande åtgärder och minskning av vårdrelaterade skador och folkhälsoarbete kan minska behov av vård och därmed frigöra resurser. En annan viktig faktor är samverkan, vilket sker exempelvis med våra samverkansregioner och i sjukvårdsregionen.

En djup förankring i befolkningen skapas genom att verksamheten leds av folkvalda politiker. Inom hela Region Jönköpings län arbetar vi för en väl fungerande verksamhet, som samtidigt ständigt förbättras och förnyas med utgångspunkt i invånarnas behov och delaktighet. "Örat måste alltid vila mot rälsen" så vi kan vara lyhörda gentemot våra medarbetare, deras synpunkter och erfarenheter. Detta är helt centralt för att Region Jönköpings län skall kunna utvecklas. Sjukvården är den absolut största och mest omfattande delen av regionens verksamhet sett till ekonomiska förutsättningar, men det innebär inte att allt det andra är oviktigt, det är faktiskt precis tvärt om. För att helheten skall bli så bra som möjligt måste alla delar samspela. Nedmonteringen av den svenska välfärdsstaten påverkar i allra högsta grad även medborgarna i vår region. Därför behöver regionen ett systemskifte och tillsammans behöver vi rusta våra verksamheter för framtiden. Därför föreslår vi omfattande förstärkningar i nedanstående budgetförslag. Tillsammans bygger vi regionen för dagens och framtidens generationer.

De senaste åren har världen skakats av en pandemi. Det har kraftigt påverkat planering av verksamheten men framförallt så har personalen fått utstå enorma prövningar. Därför är det nu naturligt att arbeta för att stärka vårdens grundbemanning. Fler händer behövs i vården för att alla ska kunna få den återhämtning de har rätt till.



Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Vi utgår från vad som är bäst för Esther och hennes närstående och vänner när vi planerar och genomför hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län. Sedan januari 2020 har arbetet präglats mycket av pandemin och under 2022 har även kriget i Ukraina påverkat vården. Detta märks i hela systemet från folkhälsoarbete, primärvård och sjukhusvård. Särskilt märks detta i att en del vård har fått skjutas upp och under 2022 sker ett intensivt arbete med att komma tillbaka till det läge där vi var före pandemin. Det arbetet kommer även att påverka 2023. En tydlig framgångsfaktor för arbetet under pandemin är att vi har arbetat utifrån våra vanliga arbetsätt med samspelet mellan primärvård och sjukhusvård. Men det har också blivit tydligt att bristen på vårdplatser är stor och att primärvården är underfinansierad. Invånarna har tagit ett stort ansvar för sin hälsa och vi vill fortsätta att stödja det arbetet på bästa sätt. Flera av de aktiviteter och utvecklingsarbeten som fanns i Budget och verksamhetsplan för 2020 och 2021 har pausats eller försenats. Under 2022 har flera aktiviteter återupptagits och nya satsningar påbörjats. Ett särskilt fokus ligger på hur vi stödjer Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter var och ens förmåga. Personcentrerad vård och reellt patient och brukarinflytande är därför viktigt. Esther ska alltid veta var hon ska vända sig och primärvården är den naturliga kontaktpunkten. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras. Vi strävar efter att jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård

Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen tar sikte på sjukvårdsutveckling för de kommande tio åren fram till 2030.

I planen beskrivs sex övergripande strategier

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finna tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Utvecklingsarbetet pågår där verksamheterna får stor frihet och mandat att driva och utveckla sin verksamhet utifrån planen för framtidens hälso- och sjukvård. Syftet är att transformera arbetsätt för att ställa om till nära vård, skapa god arbetsmiljö och där digitala verktyg utvecklas. Men det är viktigt att den politiska organisationen tar ansvar för att rätt ekonomiska ramar och förutsättningar finns för att arbetet skall bli framgångsrikt.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi möter framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av öppen hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst Region Jönköpings län och även kommunerna och civilsamhället. Region Jönköpings län ska stödja det förebyggande arbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. En mer personcentrerad vård som skapar förutsättningar och tar tillvara patienters och närståendes förmåga är en mycket viktig del.

Figur 3 Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver den.



Den nära vården:

- Är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms, det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.
- Har en tydlig strategi för att kartlägga och motverka digitalt utanförskap.

De stora ojämlikheterna i befolkningens hälsa är en stor utmaning. Region Jönköpings läns mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och ska ta krafttag för att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

Verksamheterna inom såväl hälso- och sjukvård som regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgängliga fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar att leda utvecklingen av samarbete och samverkan.

Förebyggande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå används som prioriteringsgrund för kommunsamverkan.

Strategin och handlingsplanen för jämlik hälsa, *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län*, är antagen av Region Jönköpings län och länets kommuner. Handlingsplanen revideras vartannat år och revideras

nästa gång år 2023. Under 2023 fortsätter arbetet med att genomföra handlingsplanen, som omfattar tre strategiska mål, med sikte på år 2025, och nio handlingsområden med prioriterade aktiviteter.

Ett av de nationella folkhälsomålen är en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det innebär att alla har rätt att på lika villkor få tillgång till hälsofrämjande insatser och bästa möjliga vård.

För personer med utländsk bakgrund finns behov av anpassad kommunikation kring hälsa, svensk sjukvård, tandvård och föräldraskapsstöd. Utvecklingen av olika arbetssätt för nå målgruppen har intensifierats med anledning av pandemin. Samverkan med kommunerna finns för att stärka och främja en positiv hälsoutveckling och underlätta integrationsarbetet både för personer i asylprocess och för andra utrikesfödda. Rätten till kostnadsfri språktolk vid vårdkontakter för personer som inte behärskar svenska språket är central av patientsäkerhetsskäl och utifrån principen om alla människors lika värde.

God hälso- och sjukvård

Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har Region Jönköpings län tagit fram löften till våra patienter.

Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för patientens vårdupplevelse. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Reflektion över gemensamma etiska värden är ett sätt att hålla den empatiska förmågan och medkänslan för människors beroende och sårbarhet vid liv. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut och i det synsätt som företräds av WHO och FN utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården som också knyter an till delar av Region Jönköpings läns hållbarhetsprogram. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter.

På enskilda arbetsplatser utgör etikarbetet ett arbetsledaransvar där etikombud kan utgöra en värdefull resurs. Det centrala etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet, bland annat genom att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet, samt ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. I etikrådets uppdrag ingår också att stödja arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Etikrådet har också ett samordningsansvar för den andliga vården och för regionens utvecklingsarbete kring existentiell hälsa.

Att arbeta personcentrerat utifrån en helhetssyn på hälsa innebär att man samtidigt beaktar både fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Olika aspekter av hälsa är nära samverkande och en bearbetning av de existentiella frågorna kan vara en förutsättning för en hälsofrämjande process i sin helhet. All vårdpersonal bör därför kunna ge grundläggande existentiellt stöd. Satsningar på existentiell hälsa utvecklas också allt mer inom det breda folkhälsoarbetet.

Primärvård

När invånaren har behov av hälso- och sjukvård, ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag, som förutsätter multiprofessionell samverkan i team, består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning.

Vårdcentralens uppgift är att:

- Bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen.
- Arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och hälsosamtal.
- Lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa.
- Vara vårdsamordnare utifrån invånarnas vårdbehov, vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa god och effektiv vård.
- Aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja när patienten har behov av annan kompetens än den vårdcentralen kan erbjuda.
- Ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, eftersom detta ökar bland sjukskrivna och äldre personer.
- Erbjuder adekvat stöd och behandling för personer med skadligt bruk och beroende som ej kräver specialistsjukvård.
- Erbjuder ett patientkontrakt för patienter med stora vårdbehov och täta kontakter med vårdens olika aktörer
- Erbjuder fast vårdkontakt, särskilda kontaktvägar och organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Det gäller framför allt äldre invånare och invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar och invånare som har svårt med den digitala servicen. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter.
- Erbjuder olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna.
- Erbjuder alla invånare i länet en fast läkarkontakt, som ansvar för diagnostik, behandling och vid behov vägledning och kontakt med övrig hälso- och sjukvård.
- Ha beredskap och rutiner för att uppmärksamma ungdomars vårdbehov och slussa till rätt instans.

Primärvården behöver stärkas över tid för att klara av ett allt bredare uppdrag. Vårdcentralerna ska anpassa och vid behov öka sina öppettider utifrån patienternas behov. Ett flexibelt öppethållande kan skapa en bättre tillgänglighet för patienterna. Det förutsätter en god bemanning på vårdcentralen. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök. I den mån öppettider förändras är det viktigt att beakta medarbetarnas arbetstider. Det är svårare att rekrytera för obekvämt arbetstid och det måste i så fall kompenseras med exempelvis arbetstidsförkortning för att klara av kompetensförsörjningen.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgängligheten styrs patientströmmarna från akutmottagningarna till rätt vårdinstans dagtid och kvällar. Närukut bedrivs på vårdcentralen dagtid och är koncentrerad till minst tre platser på jourtid. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt. Antalet närukuter kan behöva växlas upp. Dessutom är det orimligt att enda vägen fram till primärvården på jourtid är genom 1177.

I förfrågningsunderlaget *Primärvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan. På sikt behöver dagens vårdvalssystem ersättas med ett system som inte tillåter vinstuttag och som har fokus på att utveckla den offentliga vården med patientens bästa i centrum.

Barnhälsovård, familjecentraler och ungdomsmottagningar

Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till en mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Betoning i programmet ligger på jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Familjecentralen är en lättillgänglig mötesplats för familjer. Basen är den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst). Familjecentraler kan stötta nyblivna föräldrar med information, praktisk hjälp samt uppmuntra och stimulera ett jämställt och aktivt föräldraskap. Uppdraget utvecklas genom att arbeta uppsökande, exempelvis gemensamma

hembesök hos förstagångsföräldrar enligt den så kallade Rinkebymodellen, som utförs av barnhälsovård och socialtjänstpersonal (kurator, socialrådgivare) tillsammans.

Ungdomsmottagningen erbjuder insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa utifrån en helhetssyn på ungdomar och deras problem. Ungdomar ska kunna gå till den ungdomsmottagning de vill. Personalen ska ha bred yrkeskunskap som svarar mot de problem som ungdomarna väntas söka för. Barnmorska, sjuksköterska och kurator ska finnas på varje mottagning, samt tillgång till läkare, i enlighet med gällande riktlinjer för ungdomsmottagningar. Arbetet omfattar uppsökande, förebyggande och behandlande insatser. Digitala tjänster så som ungdomsmottagning on-line och andra e-tjänster fortsätter att spridas. Dessa är komplement och ska ej ersätta de fysiska mottagningarna. Ungdomsmottagningarna drivs och samfinansieras tillsammans med länets kommuner. Verksamheten ska vara närvarande och tillgänglig i länets alla kommuner.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- Primärvården är basen för länets hälso- och sjukvård.
- Sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus.
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor.
- Säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler.
- Bemanna upp verksamheter som har kompetensbrist.
- Främja god samverkan i hela systemet.
- Antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov.
- Grundbemanningen ska vara tillräcklig för att säkerställa en god arbetsmiljö och att marginaler finns för hantering av oföroutsedda händelser och kriser.
- Vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län har idag akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Region Jönköpings län strävar efter att operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar. För att klara av kompetensförsörjning krävs satsningar på arbetstidsförkortning och bättre arbetsmiljö.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Att ta tillvara individens resurser och erbjuda professionell kompetens för att stödja och utveckla dessa, är en viktig del i den personcentrerade vården. Inom området återfinns en bred och varierad rehabiliteringsresurs som riktar fokus mot funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under flerårsplanperioden.

En lokal sjukhusledning finns på respektive sjukhus för att identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor. Med lokala sjukhusledningar kan ”vi-känslan” på respektive sjukhus stärkas och utvecklas genom ökad delaktighet och transparens, allt i syfte att ge en jämlik vård och utveckla vården för den vi är till för, via Esther-perspektivet. Det är också viktigt att de lokala HR-funktionerna ges mandat utefter de lokala förhållandena.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande funktionshinder- och hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket *Hjälpmedel i Jönköpings län* är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet. Många barn med funktionsnedsättning har svårt att prova på olika idrotter eftersom hjälpmedel kring detta är dyrt och kan vara svårt att få tag i. Därför ska regionen under planperioden utreda möjligheterna till en hjälpmedelscentral riktad till barn- och ungas och med syfte att öka möjligheten att prova på olika idrotter.

Tandvård

Ansvar för tandvård regleras i tandvårdslagen, som säger att Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård, oavsett vem som är huvudman eller som utför den.

Folktandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar, till och med det år de fyller 23 år.
- specialisttandvård för vuxna.
- övrig tandvård för vuxna i den omfattning som Region Jönköpings län bedömer lämpligt.
- Förbyggande tandvård

Region Jönköpings län ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Allmäntandvård bedrivs på en öppen marknad med etableringsfrihet med tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen. Barntandvården finansieras av barntandvårdspeng. Region Jönköpings län är genom Folktandvården en stor producent av tandvård. En åtgärdsplan behöver tas fram för hur Folktandvården kan stärkas och förbättra sin arbetsmiljö.

Samverkan med kommunerna

Samverkan med kommunerna sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och med årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan och på bästa sätt ta tillvara de gemensamma resurserna. När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare, teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan Vad är bäst för "Esther"?

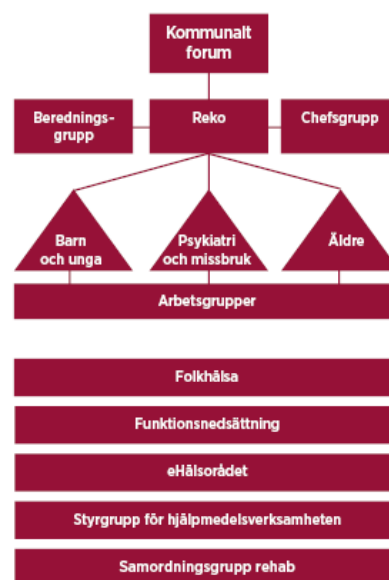
Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

- Vi utgår från patientens/brukarens behov.
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Utöver dessa finns grupper inom; *folkhälsa, funktionsnedsättning, e-hälsa, rehabilitering samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.*

Figur 4 Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling.

Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande. Familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online inom strategigrupp barn och unga är



exempel på områden där samverkan sker. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus, ihop med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Den palliativa vården är en annan viktig del som sker i samverkan. Andra områden där det finns ett nära samarbete med kommunerna är beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer. Detta arbete leds av strategigrupp psykiatri och missbruk. Det bör framhållas att regionen inom bara några år kan få huvudansvaret för all behandling av skadligt bruk och beroende om Samsjuklighetsutredningens (SOU 2021: 93, delbetänkande) förslag antas av riksdagen.

Region Jönköpings län arbetar aktivt för att utveckla samverkansformerna med länets kommuner inom de etablerade strategigrupperna och samverkansformer som finns. Länets kommuner har olika behov och detta har Region Jönköpings län i beaktande.

Utvecklingen av samverkan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet går i linje med *Strategi för hälsa* som hålls samman av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Länets medverkar i det nationella arbetet för att utveckla systematik och arbets sätt som förbättrar hälsan i befolkningen.

Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen

Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- Tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
- Främja och bidra till invånarnas hälsa.
- Främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen.
- Solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden kan även hantera samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

Samverkansnämndens fokusområden är

- kunskapsstyrning
- kompetensförsörjning och nya kompetenser
- digital utveckling
- hälsofrämjande och förebyggande insatser
- regional utveckling

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Perspektiv Medborgare och kund

Skapa värde med kunden och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Patienternas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

STRATEGISKT MÅL: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktor Nöjda kunder och intressenter

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - Andel nöjda patienter	80 %	85,7 %	88%	80-100 %		0-79%	År
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver – Instämmer helt/delvis	90 %	92 %	92%	92-100 %	80-91%	0-79%	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt sin region	75 %	78 %	80%	76-100 %	70-75 %	0-69 %	År

I planen för framtidens hälso- och sjukvård lyfts behovet av att förstärka invånarnas egen resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen, samt att öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård. Att skapa en vård som är jämlik, personcentrerad och tillgänglig är en av vårdens viktigaste utmaningar. Införandet av nya angreppssätt syftar till att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Det ska ske genom att involvera patienter och närstående i utvecklingen av hälso- och sjukvården samt erbjuda vård med god kvalitet och bästa möjliga tillgänglighet, valmöjligheter och stöd för egenvård. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor. Avståndet till vården är en viktig tillgänglighetsfaktor.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och i Sverige uppfattar hälso- och sjukvården. Målet är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter. Patienternas erfarenheter av ett specifikt besök eller vårdtillfälle fångas via den nationella patientenkäten.

Personcentrerad vård

En personcentrerad vård och omsorg utgår från patienten/brukaren och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom. Patientkontrakt, fast vårdkontakt och kontinuitet är viktiga delar för att uppnå en god personcentrerad vård. Patientkontrakt är en överenskommelse där patient och vården vet vem som gör vad. Den stärker patientens egen kraft att nyttja sina egna resurser och är till för att skapa tillitsfulla och goda relationer mellan patient och vårdgivare.

En annan viktig del i den patientcentrerade vården är att öka patientens kunskap. Detta kan ske på olika sätt. Ett utvecklingsarbete som är startat handlar om patientens kunskapsstöd. Även utvecklingen av mötesplatser och hälsocaféer för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående fortsätter. Exempel på mötesplatser är Hjärtats hus för invånare som har eller har haft cancer, lärcaféer, levande bibliotek och självhjälpgrupper. Lärcaféer är en pedagogisk modell med målsättningen att deltagarna ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation utifrån egna behov och resurser.

Uppdrag

- Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare. I överenskommelsen ingår en sammanhållen planering, fast vårdkontrakt och fast läkarkontakt i primärvården samt bokade tider i samråd.
- Öka patientens kunskap genom utveckling och införande av patientens kunskapsstöd. Inklusiv mötesplatser och hälsocaféer i alla tre länsdelar.

- Utveckla och vidga arbetet med självinläggning inom psykiatrin

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Andel patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar	90 %	84 %	80%	90-100%	80-89%	0-79%	Månad
Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick komma inom 60 dagar (somatisk och psykiatrisk vård)	80 %	82 %	77%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick en operation eller åtgärd inom 60 dagar	80 %	79 %	80%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	80 %	79%	92-100 %	80-91%	0-79%	Månad
Tid till ambulans – andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	70 %	68%	80-100 %	70-79 %	0-69 %	Månad

Region Jönköpings län har under många år varit i topp när det gäller tillgänglighet i Sverige. Pandemin under 2020 och 2021 har dock inneburit en stor påfrestning på hälso- och sjukvården och fortsatt arbete behövs för att klara tillgängligheten.

Vårdcentralerna utvecklar ständigt sitt omhändertagande för att möta multisjukas och äldres behov. Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre, ska erbjudas vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven bör vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätta att stärka det tvärprofessionella samarbetet. Utökningen av rehabiliteringsresurserna i primärvården fortsätter.

Invånarnas behov av psykiatrisk öppenvård har ökat. Vården som är nära patienten ska förstärkas för att tillgodose detta behov. För detta behöver de psykosociala teamen förstärkas.

Genom förstärkningen som görs inom primärvården finns möjlighet till en ökad bemanning på vårdcentralen, utökning av rehabiliteringsresurser, psykosociala team och det ger möjlighet att förstärka primärvårdens roll inom Nära Vård. Förstärkningen ökar också läkartäthet, patientsäkerhet, ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare.

I samband med pandemin har tillgängligheten påverkats och ett stort antal operationer och besök blivit uppskjutna. Flera satsningar görs för att möta det uppdämda vårdbehovet. Tillgängligheten till akuta och medicinskt prioriterade åtgärder är god och dessa kommer att fortsätta att prioriteras under 2023. En handlingsplan är framtagen för hur den uppskjutna vården ska genomföras. Detta kommer påverka tillgängligheten även under 2023.

Region Jönköpings län tar ett krafttag för att förbättra den psykiska hälsan hos länets barn och unga. Arbetet med *En väg in*, som ett arbetssätt för att underlätta triagering och omhändertagandet av barn med psykisk ohälsa fortsätter. Samarbetet mellan elevhälsan, barn och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt. Det finns tre stora huvuduppdrag att arbeta med gällande barn- och ungas psykiska hälsa, dels det förebyggande arbetet och samverkan med skola, dels korta väntetider för utredning samt att berört barn snarast får rätt stöd och behandling efter avslutad utredning.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Föräldrar som söker stöd och hjälp för sitt barn via barnhälsovården eller skolverksamheten blir ofta remitterade till barn- och ungdomspsykiatri. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilket kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående. Region Jönköpings län har trots omfattande köp och utbyggnad av den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar växande köer. Under 2021 till 2023 görs en stor satsning för att bygga ut Barn- och ungdomspsykiatri både avseende utredningskapacitet och behandling. Samtidigt utvecklas en primär vårdnivå för barn och ungas psykiska hälsa. Medel ökas successivt under planperioden.

NPF-mottagning kopplat till primärvården kan vara en del av lösningen för hur människor med NPF-diagnoser ska kunna få rätt stöd. Dessutom ska regionen bli mycket bättre på att använda arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom området barn och ungas psykiska hälsa. Utbildningstjänster och specialiseringstjänster för dessa yrkesgrupper är en nödvändig åtgärd för att stärka den vården för psykisk hälsa.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställetiden för prio 1 larm. På orter där inställetiden för ambulanser är lång, har Region Jönköpings län så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och har då möjlighet att till exempel utföra defibrillering vid hjärtstopp i väntan på ambulans. Att aktivt arbete för att stärka ambulanssjukvården krävs. Inga ambulanser skall ställas för att hantera budgetunderskott. Grundbemanningen inom ambulanssjukvården ska öka.

SMS-livräddare är ett system där HLR-utbildade lekmän kallas till hjärtstopp. Tjänsten SMS livräddare har införts i Jönköpings län under 2021 och utvärderas efter tre år.

Region Jönköpings län är medlem i Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA). Kommunalförbundets uppdrag är att upphandla och äga flygplan samt administrera och sköta ambulansflygverksamheten. Verksamheten går i full drift sedan 2022. En gemensam flygkoordineringscentral (FKC) finns i Umeå. FKC har till uppgift att prioritera och samordna uppdrag för bästa möjliga effektivitet och vårdkvalitet.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.
- Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation genom att förstärka de egna resurserna.
- Fokus kommer även vara på att samverka kring den uppskjutna vården inom sydöstra sjukvårdsregionen i syfte att förbättra tillgängligheten till behandlingar och operationer.
- Tillgängligheten ska förbättras inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshälsan. Arbetet med *En väg in* fortsätter.
- Fortsätta arbetet med att utveckla primär nivå för omhändertagande av barn- och ungdomars psykiska hälsa.
- Fortsätta bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri hos barn och unga.
- Inrätta en specialiserad NPF-mottagning i varje länsdel.
- Stärka ambulanssjukvården med målet att inga ambulanser skall ställas och att målet om prio 1 larm skall uppnås i alla länsdelar.
- Stärka akutmottagningarna med målet att nå socialt hållbara akutmottagningar.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Region Jönköpings län arbetar för jämlik hälsa och att vården ska erbjudas och fördelas på lika villkor. Grupper med särskilda behov identifieras och uppmärksammas genom bland annat uppföljning av resultat.

Region Jönköpings län behöver i samverkan med kommunerna, fortsätta arbetet med att integrera utbildning kring hälsa, egenvård och sjukvårdens organisation, samt föräldraskapsstöd för utrikesfödda.

Hälsokommunikatörer arbetar med upplysning om hälso- och sjukvården på olika språk i hela länet. Det handlar om information om hur sjukvårdssystemet är uppbyggt, söka vård på rätt vårdnivå, att hitta rätt i vården och öka

kunskapen kring folkhälsa, föräldraskapsstöd och egenvård. Hälso guider är frivilliga volontärer som genom egna nätverk kan bidra till ökad förståelse för hälsa och egenvård. Hälso guider utbildas och verkar i prioriterade områden.

Uppdrag

- Fortsätta integrationsarbetet genom bland annat hälsokommunikatörernas insatser och spridning av konceptet med hälso guider till fler kommuner.
- Gör vården mer jämställd genom att motverka att kön påverkar rätten till adekvat vård i god tid. Exempel på åtgärder är uppgraderad vård kring lipödem och endometriosis samt jämställda väntetider i vården.
- Höjd grundbemanning och fler vårdplatser är en förutsättning för att klara av framtidens behov av hälso- och sjukvård.

Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2023 där riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Inom Strategi för hälsa pågår lärande nätverket Bästa platsen att växa upp, leva och bo på som har förankrats i samverkan med kommunerna genom Strategigrupp barn och unga. Målet är att förbättra barn och ungas hälsa med två procentenheter fram till och med 2024.

Den psykiska ohälsan ökar och olika insatserna behöver fortsatt utvecklas för att möta detta. Psykisk ohälsa möts med både hälsofrämjande, förebyggande och riktade insatser i samverkan mellan kommuner och Region Jönköpings län. Barn- och ungdomshälsans verksamheter för lindrig psykisk problematik är fullt utbyggd med en verksamhet i varje länsdel. Strategigrupp barn och ungas gemensamma satsningar för att utveckla stöd, vård och behandling till barn med både social problematik och psykisk ohälsa fortsätter.

Ett länsövergripande barnskyddsteam har bildats för att bedriva utbildning och verkar för att en generell kunskapsnivå inom samtliga hälso- och sjukvårdsinstanser upprätthålls kring barn som far illa. Teamet bedriver även uppföljning och kvalitetssäkring samt formulerar rutiner för handläggning. Dessutom bistår teamet konsultativt vid den medicinska utredningen och vid anmälningar till de sociala och polisiära myndigheterna. De ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål; dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningsmän.

Barnhälsovården arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att bland annat tidigt identifiera psykosociala riskfaktorer i familjen för att tidigt kunna initiera stödinsatser och utveckla arbetet med ett jämställt föräldraskap stöd.

Utvecklingen av familjecentraler i kommuner är en viktig del i de förebyggande insatserna för stöd till nyblivna föräldrar. Alla familjecentraler ska kunna erbjuda ett och samma grundutbud där målet är att öka tillgängligheten erbjuda likvärdiga föräldrastödjande insatser och utbildningar mot en mer jämlik hälsa och jämlikt stöd i länet.

Idag kommer många ungdomar senare ut på arbetsmarknaden jämfört med tidigare. Det innebär att allt fler unga hamnar i gränslandet när det gäller möjligheten till egen försörjning och att förverkliga sina framtidsplaner. Därför behövs en samordning när det gäller åldersgräns på Region Jönköpings läns ungdomsmottagningar och umo.se, som är regionernas webbplats för alla som är mellan 13-25 år.

Uppdrag

- För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras tre områden för ett fördjupat arbete i nära samverkan; fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Lokala team från olika delar i länet genomför förbättringsarbeten utifrån detta.

- Minst en familjecentral ska finnas i varje kommun. Familjecentralernas uppdrag utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd. Påbörja utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler.
- Inrätta en specialiserad NPF-mottagning i varje länsdel.
- Samverkan kring att barn- och ungas med funktionsnedsättningar ges möjlighet att delta i fritidsaktiviteter på lika villkor.
- Uppgraderad vårdkedja kring barn- och ungas psykiska hälsa. Det innefattar bland annat satsningar på ungdomsmottagningar, barn och ungdomshälsan, barnhabiliteringen, barn- och ungdomspsykiatri samt samverkan med skolhuvudmännen.
- Inrätta stödfunktioner för vårdnadshavare till barn med NPF-diagnoser eller annan funktionsnedsättning.

Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Effekterna av att äldre har följt Folkhälsomyndigheternas rekommendationer under pandemin har lett till att flera äldre mist sina vardagliga sociala interaktioner. Långvarig avsaknad av sociala aktiviteter kan leda till ökad psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet. Samverkan med civilsamhället, föreningar, kyrkor med flera blir viktigt för att hjälpa till att minska ensamheten och dess konsekvenser. En ytterligare konsekvens av pandemin är ökat alkoholintag och ökat stillasittande bland äldre. Arbete i dessa två områden behöver påbörjas under kommande år. Vårdcentralerna har ett uppdrag att aktivt arbeta med att förbättra den psykiska hälsan hos äldre.

En parameter som uppmärksammas är vikten av att arbeta fallförebyggande. Bästa platsen att åldras på, är en utvecklingsplattform där en metod är att arbeta med lärande nätverk. Där etableras och utvecklas samverkansformer med länets pensionärsföreningar och civilsamhälle. Viktigt fokus är bland annat ett ökat deltagande i samhällsaktiviteter för seniorer med annan kulturell bakgrund, social aktiviteter och digital inkludering. Bästa platsen är i ett expansivt skede där ambitionen är att skapa ett mer äldrevänligt län.

Målet för arbetet med trygg och säker vård och omsorg är att de äldre invånarna i Jönköpings län ska kunna säga "Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och där jag behöver den". Arbetssätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden ska vidareutvecklas. Pandemin har på olika sätt synliggjort behoven av att utveckla de gemensamma insatserna för att ge god vård och omsorg. Samverkan och proaktivt arbetssätt ger trygghet och kvalitet för individ och närstående, patientsäkerhet, trygga medarbetare och effektivt använda resurser. För målgruppen krävs hög grad av personcentrering. Vikten av koordinering, en tydlig plan i samverkan och fast läkarkontakt och vårdkontakter kan inte nog betonas. En enkel infektion kan snabbt försvaga den äldre och sköra personen och leda till slutenvård som kunnat undvikas. Proaktiva insatser, för att förhindra försämring och de negativa konsekvenser som uppkommer om sköra och mest sjuka äldre förflyttas, bör prioriteras. Förutsättningar för fungerande proaktiva, akuta och långsiktiga åtgärder är tydliga planer, medicinsk behandlingsstrategi, tillgänglighet för varandra i teamet bör skapas, både i ordinärt och särskilt boende.

Kommunernas och Region Jönköping läns utveckling av samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus fortsätter liksom utvecklingen av vård och stöd i hemmet. Vårdcentralens vårdsamordnare är koordinator och fast vårdkontakt vid in- och utskrivning från sjukhus. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa att god och effektiv vård sker i hemmet. Ledtiderna vid utskrivning från den slutna vården ska hållas så korta som möjligt när vistelse på sjukhus är nödvändig. Läkarmedverkan i hemsjukvården ska förstärkas genom samverkande team från Region Jönköpings län och kommun med fokus på gemensam planering, samordnade individuella planer (SIP) och proaktiva insatser.

I linje med Nära vård föreslås att mer proaktivt arbete med de äldre i samverkan mellan geriatriken, primärvård och kommun genom att införa virtuella vårdplatser inom geriatriken. Diskussion pågår om upplägg där ronder på särskilda boenden genomförs av distriktsläkare eller ST-läkare primärvård tillsammans med geriatriker. Konsultationer gentemot kommunal hemsjukvård och primärvård för att kunna vårda de äldre i hemmet eller kvar på korttidsboenden, särskilda boenden istället för att skickas in till akutmottagningen eller vård på sjukhus när vård med fördel kan ges utanför sjukhus. Läkemedelsgenomgångar genomförs på utvalda patientgrupper. För att kunna arbeta med detta krävs en geriatriker och en geriatriksjuksköterska per länsdel. Den geriatriska vården

på länets sjukhus behöver rustas upp och särskilda geriatriska vårdplatser kopplas till teambaserad geriatrisk vård.

Uppdrag

- Arbeta riktat mot äldre för att identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid, ofrivillig ensamhet samt främja äldres psykiska hälsa.
- Fortsätta arbetet med *Trygg och säker vård och omsorg*. I uppdraget ingår att arbeta aktivt med att utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner i syfte att erbjuda jämlik hälsa och vård för länets invånare. Vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätter att stärka det tvärprofessionella samarbetet.
- Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
- Testa arbetssättet med virtuella vårdplatser inom geriatriken och utvärdera efter två år.
- Äldremottagning vid varje vårdcentral.
- Motverka digitalt utanförskap och behåll fler alternativ.
- Påbörja arbete med äldreкураторer kopplat till äldremottagningarna.
- Samverka med pensionärsorganisationer för att förebygga ohälsa.
- Satsning på att rusta upp den geriatriska vården vid länets sjukhus.

Bra munhälsa och god tandvård

Tandvårdens mål är bra munhälsa på lika villkor för länets befolkning. Sambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa är tydlig. Därför är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbete utvecklas så att rätt kompetens används inom olika områden.

Inom allmäntandvården kan både vuxna, barn från tre års ålder och ungdomar fritt välja tandvårdsmottagning. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
	2023	2020	2021				
Andel kariesfria 19-åringar	45 %	45 %	45 %	45-100 %	42-44 %	0-41 %	År

Region Jönköpings län ligger i topp vad gäller kariesfrihet hos 19-åringar, då 40 procent varken har fyllningar eller kariesskador. Samtidigt behöver den förebyggande tandvården utvecklas både riktat till yngre och äldre för en bra munhälsa på lika villkor. Arbetet för god tandhälsa ska fortsätta och ambitionsnivåerna ska vara fortsatt höga inom barntandvården.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa.

Uppdrag

- Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
	2023	2020	2021				
Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling – Folktandvården totalt	90 %	84 %	82 %	90-100%	70-89%	0-69 %	Månad
Tillgänglighet till specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss.	80 %	nytt mätetal	31%	80-100 %	60-79%	0-59%	Månad

Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömning)	90 %	45 %	70%	90-100%	75-89%	0-75%	Tertial
Andel berättigande till nödvändig tandvård som fått den utförd	80 %	47 %	54 %	60-100%	45-59 %	0-44%	Tertial

För att patienter ska känna förtroende för tandvården och bli nöjda, krävs bra bemötande och bra omhändertagande. Alla patienter ska informeras om behandlingsalternativ, kostnad, tidsåtgång med mera.

Tillgängligheten till Region Jönköpings läns folktandvårdskliniker behöver bli bättre. Avgörande för att nå det målet är att rekrytera och behålla personalen. De kliniker som finns i glesbygd behöver extra stöd för att kunna fortsätta sin verksamhet att erbjuda en jämlik tandvård. Folktandvården arbetar med en handlingsplan för att arbeta på nya sätt och samtidigt vara en attraktiv arbetsgivare.

Tandvård för personer med särskilda behov

Region Jönköpings län har ansvar för att vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Det är personer i särskilda och egna boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) och nödvändig tandvård (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Den tandvård som här avses kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Region Jönköpings län ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper där patienter har en funktionsnedsättning som medför stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgår en tandvårdsbehandling på grund av långvariga sjukdomar och/eller funktionshinder (F-tandvård).

Munhälsan har möjlighet att förbättras betydligt hos de äldre, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalas öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och vid behov tandvård utförd. Arbetet följs kontinuerligt.

Specialisttandvård

Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens odontologiska institution. Konsultation och kompetensstödande arbete gentemot allmäntandvården är ett viktigt arbete för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande. Ett led i detta arbete ska vara att specialisttandvård också utförs av specialister på allmäntandvårdskliniker.

Antalet patienter som behandlas inom specialisttandvården ökar. Befolkningen blir äldre och drabbas av sjukdomar som kan påverkas av bristande munhälsa. Ett stort fokus ligger på att förbättra tillgängligheten till specialisttandvården. Detta kan innebära behov av att disponera om resurser inom specialisttandvården till förstärkning av verksamheten i Nässjö och Värnamo.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till folktandvården och specialisttandvården.
- Satsa på tandsköterskors möjlighet till karriär och löneutveckling.
- Åtgärdsplan tas fram politiskt med syfte att förbättra den sociala hållbarheten inom Folktandvården.

Perspektiv: Process och produktion

STRATEGISKT MÅL: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktor Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering. Regeringens och Sveriges kommuner och regioners vision för e-hälsoarbetet utgår ifrån att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Region Jönköpings län ska utifrån det nationella målet fortsätta investera i e-hälsa och har som mål att bli bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem, enligt den plan för framtidens hälso- och sjukvård som är framtagen under 2020.

Välfärdsteknik och e-hälsa är ett expanderande område med stora kvalitetsvinster för den enskilda patienten, där utvecklingen av digitala verktyg ska utgå ifrån patientsäkerhet och verksamhetens behov, samt utifrån invånarperspektiv. Tekniken kan också ge möjlighet till effektiviseringar och utveckling av sjukvården i syfte att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län är aktiv i implementerandet av olika välfärdstekniska lösningar och i utveckling av e-hälsotjänster. Digitala vårdsbesök är en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Implementering av e-hälsa ska ske på ett kostnadseffektivt sätt som även leder till kvalitetsförbättringar inom vården. I arbetet *Meny till invånare* finns ett samlat stöd som underlättar för invånarna att hantera sin egen hälsa. Program för levnadsvanor samt psykisk ohälsa och kronisk sjukdom erbjuds via plattformen för stöd och behandling

För att vården ska kunna dra full nytta av och använda e-hälsotjänster optimalt, krävs kontinuerlig utveckling och förbättring av vårdens processer och arbetssätt. Genom nationell och lokal samverkan kring standardiserat arbetssätt kan vården effektiviseras och en ökad kvalitet och patientsäkerhet uppnås. Utgångspunkt är rätt information på rätt plats i rätt tid, med stöd av digitala verktyg för vårdplanering, kunskapsstöd, vårdprocessutveckling parallellt med personcentrering och med möjlighet till mobilitet och distansarbete. Patientsäkerhet, verksamhetens och invånarens behov ska beaktas i utveckling och förändring av IT-system.

1177 Vårdguiden via webb eller telefon ska vara stöd i individens kontakt med vården och som en integrerad del i hälso-, sjuk-, tandvårds- och omsorgsstrukturen. Under 2023 fortsätter arbetet med att förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon, bland annat genom införandet av 1177 Direkt utifrån den nationella målbilden för första linjens digitala vård. Symtombedömning, hänvisning och chatt är en ny nationell satsning där invånaren ska kunna lämna sin symtombeskrivning dygnet runt och därmed starta sitt vårdärende. Genom automatiserad symtombedömning och hänvisning till egenvård eller direkt till rätt vårdnivå och rätt vårdkompetens kan kontakter hanteras på ett mer effektivt sätt. Invånaren får en sömlös kontakt med vården och behöver bara beskriva sina symtom en gång.

Uppdrag

- Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök den mån det gagnar patienter eller gör det enklare för medarbetaren.
- Förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon och tillhandahålla rådgivning på andra språk
- *1177 direkt* – symtombedömning, hänvisning och chatt införs på alla vårdcentraler i länet och som en del av 1177 på telefon (Första linjens digitala vård).
- Korta väntetider till 1177.
- Införa lösningar för egenmonitorering.
- Skapa en digifysisk vårdcentral i projektform, gärna på en vårdcentral med bemanningsutmaningar.

- Underlätta användandet av och kunskap om digitala stöd och tjänster (personal och invånare). Särskild satsning på de som har ett digitalt utanförskap.
- Fortsätta utvecklingen av vårdssystemet Cosmic och andra system som används i vården.
- Kartlägg och beforska digitalt utanförskap och utarbeta strategi för att motverka detta.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Ett långsiktigt mål i planen för framtidens hälso- och sjukvård är att primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs. Att förflytta sjukhusens specialistvård närmare patienten och primärvården är ett led i förflyttningen mot nära vård. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ger patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Uppdrag

- Förbättra primärvårdens möjligheter att erhålla konsultativt stöd från sjukhusens specialistvård genom sömlösa övergångar.

STRATEGISKT MÅL: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktor Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Handlingsplanen för jämlik hälsa och Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län är viktiga dokument som ligger till grund för samverkan i det gemensamma folkhälsoarbetet. Samverkan med kommunerna sker utifrån länsinvånarnas behov och perspektiv genom att utgå från frågan - Vad är bäst för Esther?

Verksamheterna ska lägga stor vikt vid behandling och förebyggande av sjukdom samt främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa. Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor utgår från tre steg, att uppmärksamma, åtgärda och följ upp. Samtal om levnadsvanorna och psykisk hälsa ska vara en naturlig del i patientmötet. Vårdcentralen erbjuder alla länets invånare hälsosamtal det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år. Arbetet underlättas med digitalt stöd. Invånarna ska erbjudas stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor enligt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling.

Att främja folkhälsa är ett arbete inte bara för vården utan för hela samhället. Vårdcentralerna har dock ett särskilt ansvar för att erbjuda personer med särskild risk, som har högre förekomst av ohälsosamma levnadsvanor stöd till levnadsvaneförändring. En utvärdering av det målmedvetna förbättringsarbetet, tilläggsuppdraget enligt regelbok, i nära samverkan med samhällsaktörer i respektive närområde ska genomföras 2023.

Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Spridningen av Hälsocenter i länets kommuner och hälsocoach on-line underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd.

Handlingsplanen för jämlik hälsa är en del i samverkan kring folkhälsoarbetet. Den nya regionala handlingsplanen för SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) som utarbetades under 2022 ska tas i bruk och spridas.

Region Jönköpings län är medlem i nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård och ska arbeta aktivt för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och ha representanter i nationella temagrupper. Medlemskapet innebär att gemensamt driva utveckling av en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård för patienter, medarbetare och befolkning.

Uppdrag

- Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - utvärdera förstärkningsuppdrag i primärvården
- Fortsätta att arbeta målinriktat för att förbättra folkhälsan hos länets invånare
- Stödja implementering av det nya nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling. Systematiskt stöd till vården i att utveckla struktur för arbetet med att främja hälsosamma levnadsvanor
- Fortsätta utveckla Hälsocenter tillsammans med länets kommuner

Rehabilitering

Rehabilitering är ett viktigt område inom den nära vården som basen för hälso- och sjukvården, där arbete för att säkerställa jämlika förutsättningar behöver ske. Det är av stor vikt att rehabiliteringspotentialen som en individ har tas till vara. Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen inom primärvård och specialistvård ska fortsätta utvecklas.

Det finns ett ökat behov av rehabilitering i samtliga länsdelar och i en rad processer. Det handlar om ökat fokus på helhet och vikten av att olika kompetenser kompletterar varandra för "Esters bästa". I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och som verksamheter förväntas implementera. Under pandemin har betydelsen av rehabiliteringsresurser synliggjorts ytterligare.

Pandemin har även medfört att det finns en ny grupp patienter som är i behov av rehabilitering. Det kan bero på långvariga besvär efter covid-19 eller för patienter som behandlats under en längre period på intensivvård för covid-19. En samlad kompetens har skapats kring utredning, behandling och rehabilitering.

Uppdrag

- Vid behov stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med Region Jönköpings läns specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.
- Utökning av rehabiliteringsresurser i form av exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logoped, psykologer och dietister.
- Stödja specialisering inom respektive profession med inriktning på olika målgrupper och diagnoser, t.ex. neuropsykiatri.
- Stärk möjligheterna till kontinuerlig rehabilitering för människor med funktionsnedsättningar.

Rehabilitering – återgång i arbete

Inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ansvarar hälso- och sjukvården för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Det krävs ett lagarbete som omfattar medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering tillsammans med andra aktörer i samhället för att åstadkomma goda resultat och möjliggöra återgång till arbetslivet. Rehabilitering till arbete är också en förutsättning för att gå från utanförskap till arbetsgemenskap.

Region Jönköpings län har successivt utvecklat samarbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst. Rehabkoordinatorer finns i hela primärvården samt inom specialiserad vård på enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna till återgång till arbetslivet.

Uppdrag

- Ett strukturerat arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska utvecklas och införas i primärvården inom Sydöstra sjukvårdsregionen.
- En samverkansmodell ska vidareutvecklas inom området mellan primärvård och specialistvård, i första hand rehabiliteringsmedicin, psykiatri och smärtkliniken.

- Tillgodose att sjukskrivna personer med behov av koordineringsinsatser har tillgång till en rehabkoordinator oavsett vårdnivå. Utveckla strukturerade arbetssätt inom rehabkoordinering i specialiserad vård.

Samordningsförbunden

Länets tre samordningsförbund bedriver finansiell samordning och ger stöd till gemensamma insatser och annan samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Målet är att personer i yrkesverksam ålder, med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera parter, ska nå eller förbättra sin förmåga att arbeta eller studera, dvs möjlighet till egen försörjning. Samordningsförbunden stödjer även aktiviteter som syftar till att få samarbetet mellan parterna att fungera mer effektivt.

Framgångsfaktor Säker verksamhet

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
		2020	2021				
Vårdprevention - Andel av patienter som bedömts ha risk inom område fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen som fått åtgärd insatt (riskpatienter)	90 %	86 %	82 %	90-100%	80-89%	0-79%	Tertial

Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete har som mål att vara bland de ledande i Sverige och att vara i världsklass. Den hälso- och sjukvård som utförs i Region Jönköpings län ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete krävs, med fokus på att uppnå säkerhet genom att optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt så att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Patientsäkerhetsarbetet är en grundläggande förutsättning i Region Jönköpings läns utvecklingsarbete i planen för att möta framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet kommer under planperioden att anpassas till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård. I handlingsplanen beskrivs (figur 15):

- Mål – god och säker vård, överallt, alltid.
- Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet – engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare.
- Fem fokusområden.



Figur 5 Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Organisering av och arbetssätt för arbetet med patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Därför har, för att tydliggöra ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet, en lokal samverkansgrupp patientsäkerhet etablerats 2022. Inom primärvården är det viktigt att utveckla arbetet med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet är:

- Utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt.
- Utveckla och använda arbetssätt för riskhantering.

- Utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett uthålligt system.
- Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av vårdens professioner och av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. *Säker vård – alla gånger* är ett väl beprövat koncept som är en del i det proaktiva arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län. Patienters och brukares erfarenheter och kunskaper tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för adekvat antibiotikaanvändning, förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Uppdrag

- Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård

Kris- och katastrofmedicinsk beredskap samt civilt försvar för hälso- och sjukvården

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) beskrivs vilka förmågor och obligatoriska funktioner som ska finnas i Region Jönköpings län. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. För att ha en god förmåga vid kris- och katastrofmedicinska händelser krävs planläggning, utbildning och övningar. Risker och sårbarheter analyseras fortlöpande och är grunden för planeringsarbetet. Detta arbete genomförs delvis med hjälp av särskilt bidrag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) utifrån överenskommelser gällande krisberedskap och lagen om extraordinära händelser.

För hälso- och sjukvårdens beredskap och civilt försvar kommer de statliga medlen att öka vilket innebär att planeringstakten också förväntas öka. Medlen ska användas för att arbeta med uppgifter inom krigsorganisation och dess bemanning, samverkan och ledning, planeringssamverkan, utbildning och övning, traumavård, försörjningsberedskap samt motståndskraft som innefattar robusthetshöjande åtgärder inom områdena cybersäkerhet och kontinuitetsplanering. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Arbetet med att stärka det civila försvaret för hälso- och sjukvården kommer att behöva intensifieras.

Under pandemin har olika områden identifierats som behöver förstärkas för att kunna upprätthålla en god kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Personalens uthållighet och kunskapsutveckling vid en längre kris har visat sig vara en utmaning. Utbildning och övning inom området katastrofmedicin behöver öka.

Uppdrag

- Översyn om hur personalen utbildas, ges övning och förbereds på kris- och katastroflägen samt vid krig.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
---------------	-------------	------------------	------------------	-------	------	------	--------------

Indikatorer i Öppna jämförelser – (för 2022 specifikt medicinsk kvalitet)	60 %	71,7 %	-	60-100%	50-59%	0-49%	År
Standardiserade vårdförlopp – andel patienter i SVF	70 %	65 %	66%	69-100%	60-68%	0-59%	Månad
Standardiserade vårdförlopp – andel inom max ledtid	80 %	50 %	41%	81-100%	60-80 %	0-59%	Månad

Kunskapsstyrning - Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa

Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Det är i mötet mellan vårdpersonal och patient som värdet skapas och vi ser hur effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrningen är.

Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

I det gemensamma arbetet tar regionerna fasta på överenskommelser med staten om kroniska sjukdomar, cancervård och psykisk hälsa. Här hanteras även frågor om nivåstrukturering, utveckling av nationella kvalitetsregister och införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera kroniska sjukdomar och allvarliga hälsotillstånd. Region Jönköpings län bidrar med medarbetare till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet och anpassar den lokala kunskapsstyrningen utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden med uppdrag att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska skillnader.

Region Jönköpings län är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.



Figur 6 Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp täcker en eller flera delar av en vårdkedja och beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan och mål och indikatorer för uppföljning. De används för att systematiskt säkra bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vid införande av vårdförlopp är det viktigt att beakta risker för undanträngningseffekter. Den etablerade samverkan som beskrivs ovan ökar nu våra möjligheter att fokusera på lokal resultatuppföljning, implementering av gemensam kunskap, arbetsfördelning och processutveckling tillsammans med patienterna.

Den nära vården ska erbjuda invånare med kroniska sjukdomar det stöd och den tillgänglighet de behöver för att kunna leva med så hög livskvalitet som möjligt. Utvecklingsarbetet omfattar bland annat fördjupad kartläggning av invånarnas behov, förbättrade arbetssätt och uppföljningsrutiner, kompetensutveckling, e-hälsa och effektiva självhjälpsstöd. Insatserna ska minska behandling med flera simultana läkemedel, inskrivningar på sjukhus, återinläggningar och undvikbar sjukhusvård. Patientens egna erfarenheter ska tas tillvara och införandet av patientkontrakt fortsätter.

Uppdrag

- Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen. I detta ingår att underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap och att minska variation med hjälp av kliniska kunskapsstöd, nationella vårdförlopp, vårdprogram och vårdriktlinjer. Patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården ska öka och samverkan ska effektiviseras mellan olika vårdnivåer i programmet.
- Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar.

Cancervård

Antalet människor som lever med cancer ökar med 5 procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer.

Mottagning för uppföljning av sena komplikationer till följd av en cancersjukdom hos barn skapades under 2020. Det finns nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer. Det är en beskrivning av vilken vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna och vilka undersökningar som överlevarna bör erbjudas.

Regionerna i Sydöstra sjukvårdsregionen utvecklar cancervården utifrån löftena att patienter med cancer ska:

- Få behandling inom fyra veckor (om inte annat anges i standardiserade vårdförlopp).
- Erbjudas diagnostik och behandling enligt best practice.
- Vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan.
- Få lika god palliativ vård oavsett bostadsort
- Erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram.

Region Jönköpings län har infört standardiserade vårdförlopp i cancervården. De flesta patienterna behandlas enligt vårdförloppen men det behövs mer för att nå förloppens idealtider. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården.

Nödvändiga screeningprogram införs i takt med nationella riktlinjer och beslut inom sydöstra sjukvårdsregionen. Dessutom genomförs riktade insatser för ett högt deltagande i mammografiscreeningen och cellprovtagning för livmoderhalscancer.

Under 2022 påbörjar Region Jönköpings län screening av tjock- och ändtarmscancer. Det medför initiala kostnader som enligt hälsoekonomiska beräkningar tjänas in genom att färre individer dör av tjock- och ändtarmscancer. Region Jönköpings län har även påbörjat ett införande av organiserad prostatacancer testning och arbetet med ett diagnostiskt prostatacancer centrum fortsätter.

Sydöstra sjukvårdsregionen har arbetat fram ett vaccinationsprogram för att utrota livmoderhalscancer via en så kallad catch-up för kvinnor.

För att säkerställa en trygg personcentrerad, behovsriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet utvecklar Region Jönköpings län rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom. Ett viktigt mål är att redan under utredningstiden kunna ge patienten stöd för rehabilitering och egenvård.

Uppdrag

- Arbeta för att nå målen för standardiserade vårdförlopp.
- Öka deltagandet i screeningprogram och genomföra riktade insatser.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med screening för tjock- och ändtarmscancer.
- Fortsätta införandet av organiserad prostatacancer testning.
- Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling på våra tre sjukhus.
- Stärka rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom.

Palliativ vård – vård i livets slutskede

Alla har rätt att få ett värdigt slut och att leva hela livet. Behoven hos personer med obotlig sjukdom varierar över tid och kan uppstå oavsett ålder, diagnos och var personen får sin vård. Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län.

Allmän palliativ vård ska ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Den bedrivs där personen befinner sig i hemmet, på sjukhus eller i kommunens särskilda boenden. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av läkarledda multiprofessionella team.

Uppdrag

- Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.
- Vårdplatser för specialiserad palliativ vård skapas på länets tre sjukhus.
- Verksamheten specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) fortsätter att utvecklas.
- Påbörjat arbete för gästhem i samtliga länsdelar.

Kvinnors hälsa och förlossning

För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

Uppdrag

- Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård.
- Att personer som utsatts för sexuellt vård och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.
- Förbättra bemötande, omhändertagande och behandling av patienter med Endometrios och Lipödem

Psykisk hälsa

Psykiatri i Region Jönköpings län prioriteras och tillförs nödvändiga resurser, kompetens- och lokalmässigt samt att stora satsningar görs inom metodutveckling och förbättrad samverkan med kommunala verksamheter inom ramen för Nära vård.

Ett personcentrerat arbetssätt inom psykiatri förutsätter tillgång till en mångfald av behandlings- och rehabiliteringsalternativ inklusive ett ökat utbud av icke-medicinbaserade behandlingar, som t.ex. musik- och dansterapi. Båda dessa terapiformer finns upptagna i nationella riktlinjer men används ännu i mycket liten utsträckning, jämfört med våra grannländer. Regionen bör stimulera kompetensutveckling inom dessa områden och ligga i framkanten när det gäller användningen av olika kulturformer inom vården generellt. Förutsättningarna bör vara goda, utifrån vår regions blomstrande kulturliv.

Det är mycket viktigt att tillräckliga satsningar görs på metodutveckling inom slutenvården och att denna inte reflexmässigt sätts i motsatsställning till den psykiatriska öppenvården. Som en del av detta, ska den påbörjade satsningen på patientstyrda inläggningar ("självinläggning, SI") för vissa diagnosgrupper fortsätta och utvecklas. Det är av stor vikt att antalet vårdplatser dimensioneras så att SI-patienterna med kort varsel och i enlighet med träffad överenskommelse, kan läggas in, så som förutsätts metodmässigt.

Det behöver satsas betydligt mera än idag på att få ut människor med psykisk funktionsnedsättning i arbete. IPS (Individual Placement Support) är en metod med god evidens som bör användas i större utsträckning. Det är av stor vikt att IPS tillämpas metodtroget och med inriktning på de målgrupper där den har bäst effekt.

Ett återhämtningsinriktat arbetssätt ska genomsyra regionens psykiatriska verksamheter och all personal ska rustas för detta genom nödvändiga utbildningsinsatser. En organisatorisk struktur och rutiner ska finnas för att tillvarata patienters och anhörigas erfarenheter och specifika kunskap. Personer med långvarig sjukdom och komplex problematik ska ha tillgång till stöd av integrerade, tvärprofessionella team enligt gällande nationella riktlinjer om bästa möjliga vård.

För att kunna fullfölja intentionerna enligt ovan krävs en sammanhållen vård och en förstärkt öppenvård med bättre samverkan mellan huvudmännen samt en ökad dialog med patient- och brukaröreningar. Den pågående

satsningen på Peer support - personer med egen erfarenhet, vilka fungerar som stöd-och resurspersoner inom verksamheter som ger vård, stöd eller rehabilitering - bör fortsätta och utvecklas ytterligare.

Vården behöver även bli bättre på att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Den kraftigt ökade volymen av neuropsykiatriska utredningar inom Barn- och ungdomspsykiatrien resulterar i att antalet patienter som behöver stöd från vuxenpsykiatrien ökar och kommer öka ännu mer framöver då en stor del av behandlingsinsatser och all läkemedelsförskrivning sker inom specialistsjukvården. Trenden de senaste åren har varit att cirka 33 procent av patienterna inom BUP behöver fortsatt vård inom vuxenpsykiatrien.

Uppdrag

- Utökning av peer support, person med egen erfarenhet
- Kartlägg och utvärdera användandet av IPS (Individual Placement Support) som arbetssätt/metod för rehabilitering till arbete. Bör ske tillsammans med berörda verksamheter i kommunerna.
- Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom i samverkan mellan specialiserade psykiatriska vården, primärvården och kommunen.
- Att utveckla stödet att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)
- Inrätta musik och/eller dansterapeut-tjänster- förslagsvis en per länsdel- som kan knytas till befintliga tvärprofessionella team inom vuxenpsykiatrien samt komplettera behandlingsalternativen inom BUP.
- Utred möjligheten att anlägga ett traumacenter.

Suicidprevention

Det suicidpreventiva arbetet inom Region Jönköpings län utgår från den handlingsplan och de nio mål som regeringen, via Folkhälsomyndigheten, har antagit. En uppdragsbeskrivning för arbetet med samordnad suicidprevention och psykisk hälsa under 2020-2023 är framtagen och antagen i ledningssystemet för samverkan med länets kommuner. Det övergripande syftet med uppdraget är att utveckla samordning och samverkan mellan berörda aktörer i Jönköpings län, stärka kunskapsuppbyggnad och kompetens, samt utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet.

Uppdrag

- Samordna arbetet kring suicidprevention i länet. För att möjliggöra ett aktivt lokalt arbete etableras ett nätverk med lokala samordnare i länets kommuner.
- Anta en nollvision

Våld i nära relationer

Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld, könsstympning och våld i nära relationer orsakar stort lidande för många. Region Jönköpings län arbetar med insatser som ska motverka att detta uppstår eller upprepas. Resursförstärkning genomfördes 2020 för arbetet med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer inklusive barn i våldsutsatta miljöer. Utbildning- och informationsmaterial rörande barns utsatthet har tagits fram. Ett arbete har även genomförts med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck där framtagande och implementering av utbildningsprogram påbörjats. Utbildning har exempelvis skett för hälsokommunikatörerna i ämnet våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

Uppdrag

- Arbeta med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer fortsätter och utvecklas i länet och en första utvärdering genomförs under 2022.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck.
- Strukturera arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn och unga.
- Samverkan med kvinnojour

Läkemedelsanvändning

Region Jönköpings län arbetar för att nå en rationell, säker, jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Detta sker till exempel genom läkemedelsdialoger. Region Jönköpings län deltar även aktivt i arbetet kring läkemedelsfrågor i sydöstra sjukvårdsregionen samt på nationell nivå. Kostnaderna för läkemedel fortsätter att öka både i riket och i Region Jönköpings län. Nya läkemedel ger möjligheter till bättre behandlingsresultat, men leder samtidigt till ökade kostnader för läkemedelsbehandling. Region Jönköpings län följer nationellt ordnat införande av läkemedel och nationella rekommendationer, samt har en särskild budgetmodell för införande av nya kostnadskrävande läkemedel. Region Jönköpings län har som målsättning att ha resultat i toppklass, men en läkemedelskostnad som ligger i paritet med riket.

Sjukhusapoteket, vilket bedrivs i egen regi, arbetar kontinuerligt med lokaler, logistiklösningar och lagernivåer för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning. Under pandemin har vikten av detta arbete belysts ytterligare. Lagernivåerna av kritiska läkemedel för slutenvården ökas successivt, med särskilt fokus på operation och intensivvårdens behov.

Att minska negativa händelser orsakade av läkemedel är ett fortsatt prioriterat område. Ökad patientdelaktighet i läkemedelsanvändningen, i den mån patienten önskar, kan och vill, samt minskning av olämplig polyfarmaci ses som framgångsfaktorer för att förebygga fel i vårdövergångar och minska läkemedelsorsakad sjuklighet.

Läkemedel är gjorda för att vara biologiskt aktiva och stabila i kroppen och utsöndras via urin och avföring och hamnar i avloppsreningsverken. I länet har förhöjda halter av flera läkemedel konstaterats i avloppsreningsverk. Det är angeläget att Region Jönköpings län arbetar med att, med bibehållen patientnytta, både begränsar förskrivningen av miljöpåverkande läkemedel och att främja god hantering av kasserade läkemedel samt rening av läkemedelsrester i avloppsreningsverk. Minskad förskrivning kan ske via ökad användning av icke-farmakologiska behandlingar/livsstilsförändringar, startförpackningar och tidsbegränsade ordinationer samt om möjligt välja mindre miljöpåverkande alternativ.

För att främja en hållbar läkemedelskedja ska Region Jönköpings län även förbättra invånarens kunskap om hur läkemedel påverkar miljön och hur överblivna läkemedel ska kasseras. Region Jönköpings län ska öka samverkan om läkemedels miljöpåverkan och rening av läkemedelsrester med länets kommuner och länsstyrelsen.

Uppdrag

- Tillhandahålla en rationell och säker läkemedelsförsörjning
- Arbeta för en jämlik läkemedelsbehandling
- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning utifrån nationella och regionala avtal och rekommendationer
- Minska olämplig läkemedelsanvändning
- Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta
- Främja en hållbar läkemedelskedja efter att patienten använt läkemedel.
- Uppföljning av förändringsarbetet som följt efter tidigare motion om beroendeframkallande läkemedel.

Bidrag inom folkhälsoområdet

Region Jönköpings län beviljar årligen bidrag till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i regionen. Bidragen är en viktig stimulans till civilsamhället för att möjliggöra mer stöd för invånarna att kunna hantera sin hälsa.

Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Nykterhetsfrämjande organisationer, idrottsrörelsen och organisationer inom funktionshinderområdet är exempel på mottagare av bidrag. Inom funktionshinderområdet ska bidraget stödja föreningar att genom olika mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja föreningarna till att verka för en förbättrad hälsa i gruppen.

Smittskydd, vårdhygien och strama

Region Jönköpings län övervakar det epidemiologiska läget i länet för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Under pandemin har smittskyddet haft en central roll gentemot såväl vården som övriga delar av samhället när det gäller information och riktlinjer, förebyggande åtgärder, smittspårning, epidemiologisk övervakning, vaccination med mera.

Vaccinationsprogrammen är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. En storskalig vaccinationskampanj mot covid-19 påbörjades i början av 2021. Det är i nuläget oklart hur det långsiktiga behovet av upprepad vaccination kommer att se ut, men sannolikt kommer åtminstone riskgrupper att behöva vaccineras återkommande. Region Jönköpings län följer även upp vaccinationstäckningen i länet för barnvaccinationsprogrammet, och vaccination av olika riskgrupper. Årligen genomförs en omfattande influensavaccinationskampanj där en stor andel (74 procent hösten 2021) av alla länets invånare över 65 år vaccineras.

Arbete pågår ständigt för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. I samband med pandemin har hygienrutiner och skyddsutrustning varit helt avgörande för att minimera smittspridningen till såväl vårdtagare som personal i region och kommun och i stort sett allt arbete har fokuserats på detta. Samarbetet med så gott som samtliga vårdverksamheterna har intensifierats under pandemin. Det har även framkommit ett behov av förstärkt vårdhygieniskt stöd i primärvården och en hygiensjuksköterska har anställts som arbetar med detta. Infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler har blivit en fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk.

Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar för en rationell antibiotikaanvändning. Antibiotikaförbrukningen i öppen och sluten vård följs upp och återkopplas till verksamheterna. Bland annat görs årliga besök till varje vårdcentral där diagnoskopplad förskrivning redovisas på förskrivarnivå. I samarbete med infektionskliniken införs så kallade antibiotikaronder, där antibiotikaförskrivningen inom slutenvården granskas i realtid av infektionsläkare.

Region Jönköping har sedan juni 2016 bedrivit sprututbytesmottagning, med fysisk placering i Jönköping i anslutning till infektionskliniken. Den primära målsättningen är minskad smittspridning av blodburna sjukdomar men även att främja psykisk och fysisk hälsa generellt. En inventering har gjorts för att få en aktuell bild av var personer med intravenös administrering av droger/läkemedel finns i länet. Det blir då tydligt att vi med sprututbytesverksamheten i Jönköping inte når hela regionen. En orsak kan vara det stora geografiska avståndet där längre resväg kan vara ett hinder rent ekonomiskt, men även logistiskt för yrkesverksamma. Förslag är därför att utöka verksamheten till att finnas på tre ställen i länet.

Uppdrag

- Utöka arbetet med att minska antibiotikaförskrivning.
- Fortsatt bevakning av covid-19 och eventuellt behov av ny storskalig vaccination
- Utökning av sprututbytesprogrammet till Värnamo och Nässjö. Förslag att pröva upplägget under 18 månader, med utvärdering efter 12 månader.

Vårdnära service

Bra och välfungerande vårdnära servicetjänster är viktiga delar för att verksamheterna ska fungera. Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt flyttas över till servicepersonal och därmed ge förutsättningar för en effektiv, tillgänglig och säker vård där den samlade kompetensen används på bästa möjliga sätt. Exempel på detta är patientnära städning, måltidshantering, förråds- och textilhantering samt patienttransporter. Vårdnära service är en viktig del i arbetet för rätt använd kompetens.

Uppdrag

- Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal för rätt använd kompetens. Här kan vårdadministratörer vara en viktig beståndsdel i arbetet med RAK.

Perspektiv: Lärande och förnyelse

Förbättrar verksamheten och skapa innovationer

Framgångsrik hållbar verksamhet över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dit. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

STRATEGISKT MÅL: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktor Förbättringskunskap

I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Värdegrund, motivation, idéer och genomförandekraft är viktiga aspekter för att hälso- och sjukvården ska utvecklas så att verksamheterna åstadkommer bästa möjliga resultat till lägsta kostnad varje gång. Det stimuleras genom att fokusera på systemförståelse, processförbättringar och resultat som skapar mervärde för patienten, genom stöd för såväl organisatoriskt som personligt lärande varje dag, samt genom en kultur med fokus på morgondagen.

Arbetet med värdeutveckling genom att öka kvalitet och minska kostnader förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. Grundläggande för chefer och ledare är därför att utifrån invånare och patienters behov skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet. Det pågår utvecklingsprojekt, utbildningar och lärandeseminarier inom olika områden för att stödja och stimulera förbättringsarbetet. Lärande erbjuds idag med allt fler digitala inslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. En utmaning för verksamheter är att sprida kunskap och erfarenheter på ett ännu bättre och snabbare sätt.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten.

Uppdrag

- Fortsätta och uppgradera arbetet med rätt använd kompetens (RAK).
- Utredda förutsättningarna för att tillämpa tillitsbaserad styrning inom regionens sjukvård.

Framgångsfaktor Professionell kunskap

Ökade krav på säkerhet och avancerad teknik, höjer kraven på utbildning och träning. Inom hälso- och sjukvården är Metodikum en läns gemensam verksamhet som stödjer medarbetarnas möjligheter att träna och simulera sina färdigheter och teamsituationer kring patienten.

Verksamhetsförlagd utbildning under studietiden är av stor betydelse. Kontinuerlig samverkan med utbildningsansordnare skapar de förutsättningar studenterna behöver för integration av teori och praktik.

Region Jönköpings län samverkar alltmer med andra huvudmäns verksamheter, till exempel kommunerna, sydöstra sjukvårdsregionen och olika lärosäten och utbildningsansordnare. Ett tätt samarbete med lärosäten och utbildningsansordnare är viktigt för att säkra kompetensförsörjningen samt kvalitet och innehåll i utbildningarna.

Odontologiska institutionen är ett ledande centrum – såväl nationellt som internationellt – för specialistutbildning och annan kvalificerad efterutbildning av tandvårdspersonal. Utbildning sker inom specialiteterna endodonti, bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi (käkkirurgi), oral protetik, ortodonti, parodontologi och pedodonti. Totalt omfattar det nationella uppdraget tolv platser.

Jönköping University vill i samverkan med Region Jönköpings län och Linköpings universitet starta en ny tandläkarutbildning med ett unikt utbildningskoncept. En ansökan skickades in i mars 2022.

Uppdrag

- Erbjuda kompetensutveckling för Region Jönköpings län och kommuner i samverkan, praktisk träning och teoretisk bas
- Stödja starten av en ny tandläkarutbildning
- Rekrytera rätt akademisk kompetens till den planerade tandläkarutbildningen

Framgångsfaktor Forskning

Systemmätetal	Mål	Resultat		Periodicitet			
		2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Antal forskarutbildade medarbetare	Fler än 125	145	150	100 %	80-99%	0-70%	År
Antal publikationer	Fler än 150	126	175	100 %	80-99%	0-70%	År

Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning och skapat stödresurser till kunskapsbaserad vård som till exempel biblioteksverksamhet. Detta har resulterat i att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft. De FoU-aktiviteter som Region Jönköpings län stöder är till exempel medarbetares forskningsuppdrag, forskningstid, forskningsprojekt, deltagande i vetenskapliga konferenser och forskarutbildning. Forskning ska vara möjlig i hela länet.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation. För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost. Dessa verksamheter bidrar också till en positiv utveckling och ger förutsättningar för fler kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik genomförs i Sydöstra sjukvårdsregionen. I framtidens hälso- och sjukvård behövs ett ökat fokus på att utvärdera och implementera nya innovativa teknologier och hälsojänster. Samverkan i detta arbete görs inom Region Jönköpings län och i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Det årliga regionala forskningsanslaget för Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS) debiteras regionerna utifrån andelen invånare. Andelen för Region Jönköpings län är cirka fyra miljoner kronor. Från FORSS går projektmedel tillbaka till länet för forskning och utveckling. Region Jönköpings län stöder i likhet med övriga sjukvårdshuvudmännen i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Jönköping University och Region Jönköpings län har en gemensam infrastruktur, Jönköping Academy som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Jönköping Academy ska genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnit kunskap förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen. En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård.

Uppdrag

- Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.
- Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter

Perspektiv: Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

STRATEGISKT MÅL: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktor Kostnadseffektiv verksamhet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Ekonomi i balans	Inte överstiga budget	129,9 mnkr	-80,8 mnkr	Noll eller positivt resultat	Ej aktuellt	Negativt resultat	Månad

Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att värden utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. För att säkra att verksamhetens uppdrag matchas med ekonomiska förutsättningar bör KPS (kapacitet och produktionsplanering) användas i större omfattning för att fördela ekonomiska medel inom den specialiserade vård samtidigt som en bra produktivitet och effektivitet ska eftersträvas.

Invånarnas behov av ögonsjukvård har ökat och ramen behöver justeras med 6 miljoner kronor för att ge förutsättningar för en fortsatt god tillgänglighet för länets invånare. Under flera år har det ökade behovet finansierats av utomlänsintäkter som överstiget ersättningen per åtgärd inom vårdvalet. Detta är sedan våren 2021 inte möjligt då intäkterna har justerats för att följa nationella överenskommelser och det innebär minskade intäkter. Den nationella överenskommelsen innebär att Region Jönköpings län inte får fakturera mer än vad ersättningen per åtgärd inom vårdvalet är.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat, för att kostnader på ett bra sätt ska kunna ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) har införts som ett viktigt stöd för en kostnadseffektiv verksamhet inom den specialiserade värden och inför 2023 införs KPP även för primärvården.

För att bedöma Region Jönköpings läns kostnadseffektivitet är det viktigt med jämförelser med övriga regioner. Inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Denna omställning syns redan från 2019 då primärvårdens andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaden ökade. Målsättningen är att denna omställning ska fortsätta.

Uppdrag

- Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.
- Att genomlysna ekonomiska- och bemanningseffekter på kort och lång sikt utifrån pandemin samt behov av omställning till nära vård under 2022 som ska utgöra underlag inför budget 2023.

Patientavgifter

Hälso- och sjukvårdens avgifter och egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Vid nästa årsskifte höjs slutenvårdsavgiften med tio kronor till 110 kr. För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 110 kr per påbörjad vård dag. Därefter utgår en avgift på 90 kr per vård dag (nuläget: 100 kr respektive 80 kr). Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

En ny egenavgift för uppladdningsbara hörapparater införs samt avgifter och bidrag för livsmedel för medicinska ändamål räknas upp med förändring i konsumentprisindex.

Tandvårdstaxan

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar sedan 2008 om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 5 procent 2022. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköping en låg avgift i tandvårdstaxan. För att möjliggöra en hållbar arbetsmiljö, nödvändiga investeringar samt finansiera politiska lönesatsningar utöver ordinarie löneavtal bör tillåten avvikelse mot referensprislistan öka från cirka 5 till cirka 7 procent.

Principerna avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.
- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjas mer än normalt inför 2022.
- Frisktandvården är självfinansierad.



Missiv budget 2023 – Nämnden för Folkhälsa och Sjukvård

Moderaterna utgår från förvaltningens förslag avseende folkhälsa och sjukvård med kompletteringar och ändringar enligt nedan;

Region Jönköpings län har under lång tid byggt upp en bra hälso- och sjukvård men det finns områden där vi ser behov för utveckling och förbättringar och som vi prioriterar i närtid.

”Vad är bäst för Esther” är regionens mantra, dvs patienten i centrum. Viktigt är kontinuitet som behöver förbättras genom att erbjuda patientkontrakt, fast vårdkontakt samt fast läkarkontakt vid behov.

Primärvården är basen och specialistsjukvården ska vara tillgänglig när och där den behövs. Vi behöver öka tempot i omställningen till den nära vården. Primärvården måste få bra förutsättningar att klara en åldrande befolkning och utökade uppdrag genom att antalet listade patienter per läkare minskas för att långsiktigt möta socialstyrelsens riktvärde om 1100 listade per läkare. Moderaterna ser också behovet av att primärvården får en ledningsfunktion som har övergripande ansvar utifrån patientperspektivet och driver förflyttningsarbetet och utvecklingen av primärvården i länet framåt.

Inom Ögonsjukvården finns ett vårdval som omfattar ett antal olika åtgärder. Moderaterna vill se över vårdvalet i syfte att komplettera med åtgärder där tillgängligheten för patienten är dålig och verka för en i övrigt god ögonsjukvård..

Vi ser idag en akutsjukvård som är hårt belastad med långa väntetider. Ett förbättringsområde är ökad tillgänglighet på 1177. En annan åtgärd är höja avgiften till akutavdelningen inom specialist-sjukvården till 500 kr, bägge dessa åtgärder i syfte att rätt vårdnivå väljs. Akutmottagningen på länssjukhuset Ryhov är i stort behov av renovering och förbättrad arbetsmiljö och vi anser därför att denna investering måste prioriteras upp för att snabbare kunna realiseras. Ambulanssjukvården ligger idag en bra bit under det mål om 80% av prio-1 larm inom 20 minuter som regionen satt upp, vilket gör denna verksamhet till högt prioriterad i utveckling- och förbättringsarbetet.

Psykisk ohälsa för barn och ungdom har de senaste åren ökat dramatiskt och utgör idag ett stort samhällsproblem och fara för våra unga. BUP (Barn och Ungdomspsykiatri), som är specialistnivån, behöver förstärkas men framför allt avlastas genom att utveckla den primära nivån. Vi vill utöka vårdvalet inom primärvården genom att ge vårdcentralerna ett utökat uppdrag.

Hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna har stadigt ökat och här behövs ännu mer samverkan med och stöd från regionen i framtiden. Till stor del handlar det om våra äldre och vi vill se en ökad läkarmedverkan på SÄBO (Särskilda Boenden) och bidra med geriatrisk kompetens. Den grundläggande palliativa vården är kommunerna ansvariga för men regionens stöd i form av kompetenshöjning och SSIH-teamen 24/7 är mycket viktigt. En stor del av folkhälsoarbetet sker i och av kommunerna och här är också regionens stöd av stor betydelse.

Personalen är vår största och viktigaste resurs och kompetensförsörjningen är också den största utmaningen framgent. Det handlar om att skapa attraktiva arbetsplatser och moderaternas förslag återfinns inom regionstyrelsens ansvarsområde.

Moderaterna i Region Jönköpings län

Folkhälsa och sjukvård

Målet med hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos länets invånare och en bättre och jämlik vård. Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.



Figur 1 Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. Jönköpings län ska vara bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på.

POLITISK SAMMANFATTNING



Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård

Vi utgår från vad som är bäst för Esther och hennes närstående och vänner när vi planerar och genomför hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län. Sedan januari 2020 har arbetet präglats mycket av pandemin och under 2022 har även kriget i Ukraina påverkat vården. Detta märks i hela systemet från folkhälsoarbete, primärvård och sjukhusvård. Särskilt märks detta i att en del vård har fått skjutas upp och under 2022 sker ett intensivt arbete med att komma tillbaka till det läge där vi var före pandemin. Det arbetet kommer även att påverka 2023. En tydlig framgångsfaktor för arbetet under pandemin är att vi har arbetat utifrån våra vanliga arbetsätt med samspelet mellan primärvård och sjukhusvård. Invånarna har tagit ett stort ansvar för sin hälsa och vi vill fortsätta att stödja det arbetet på bästa sätt. Flera av de aktiviteter och utvecklingsarbeten som fanns i Budget och verksamhetsplan för 2020 och 2021 har pausats eller försenats. Under 2022 har flera aktiviteter återupptagits och nya satsningar påbörjats. Ett särskilt fokus ligger på hur vi stödjer Esther att kunna leva ett bra liv så oberoende som möjligt efter var och ens förmåga. Personcentrering och samskapande är därför viktigt. Esther ska alltid veta var hon ska vända sig och primärvården är den naturliga kontaktpunkten. Region Jönköpings län planerar att under året fortsätta att utveckla arbetet med bästa platsen att växa upp, leva och åldras. Vi strävar efter att jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver.

Hälso- och sjukvårdens budget för 2023 motsvarar drygt 10 miljarder kronor. Region Jönköpings län arbetar med kvalitet som strategi, vilket innebär att den stora resursen för utveckling uppstår genom att förbättra och effektivisera nuvarande verksamhet, samt fasa ut gamla processer. På detta sätt frigörs arbetstid och andra resurser som kan satsas på nya områden och åtaganden.

Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård

Under 2020 togs en plan fram för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen tar sikte på sjukvårdsutveckling för de kommande tio åren fram till 2030.

I planen beskrivs sex övergripande strategier

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen.
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård.
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering.
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs.
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans.

Utvecklingsarbetet pågår där verksamheterna får stor frihet och mandat att driva och utveckla sin verksamhet utifrån planen för framtidens hälso- och sjukvård. Syftet är att transformera arbetsätt för att ställa om till nära vård, skapa god arbetsmiljö och där digitala verktyg utvecklas.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi möter framtidens hälso- och sjukvård. Huvuddelen av invånarnas behov av öppen hälso- och sjukvård tillgodoses i den nära vården. Detta inbegriper verksamheter i hela samhället; främst Region Jönköpings län och även kommunerna och civilsamhället. Region Jönköpings län ska

stödja det förebyggande arbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgång till fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. En mer personcentrerad vård som skapar förutsättningar och tar tillvara patienters och närståendes förmåga är en mycket viktig del.

Figur 3 Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och på det sätt jag behöver den.



Den nära vården:

- Är en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms, det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

De stora ojämlikheterna i befolkningens hälsa är en stor utmaning. Region Jönköpings läns mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation och ska ta krafttag för att alla ska kunna leva ett aktivt och självständigt liv. Region Jönköpings län arbetar för länsinvånarnas hälsa och livskvalitet genom att främja hälsa och förebygga sjukdom och skador. Folkhälsoarbetet bygger på samverkan med olika samhällsaktörer, som länets kommuner, myndigheter, organisationer, näringsliv och civilsamhälle.

Verksamheterna inom såväl hälso- och sjukvård som regional utveckling är viktiga i folkhälsoarbetet. Möjligheter till arbete och utbildning, samt tillgängliga fritids- och kulturaktiviteter betyder mycket för befolkningens hälsa. Region Jönköpings län har ett stort ansvar att leda utvecklingen av samarbete och samverkan.

Förebyggande insatser ska genomsyra hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. Underlag som beskriver variationen i befolkningens hälsa på kommunnivå används som prioriteringsgrund för kommunsamverkan.

Strategin och handlingsplanen för jämlik hälsa, *Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län*, är antagen av Region Jönköpings län och länets kommuner. Handlingsplanen revideras vartannat år och revideras nästa gång år 2023. Under 2023 fortsätter arbetet med att genomföra handlingsplanen, som omfattar tre strategiska mål, med sikte på år 2025, och nio handlingsområden med prioriterade aktiviteter.

Ett av de nationella folkhälsomålen är en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det innebär att alla har rätt att på lika villkor få tillgång till hälsofrämjande insatser och bästa möjliga vård.

För personer med utländsk bakgrund finns behov av anpassad kommunikation kring hälsa, svensk sjukvård, tandvård och föräldraskapsstöd. Utvecklingen av olika arbetssätt för nå målgruppen har intensifierats med anledning av pandemin. Samverkan med kommunerna finns för att stärka och främja en positiv hälsoutveckling och underlätta integrationsarbetet både för personer i asylprocess och för andra utrikesfödda.

God hälso- och sjukvård

Tillsammans med Region Östergötland och Region Kalmar län har Region Jönköpings län tagit fram löften till våra patienter.

Som patient i Sydöstra sjukvårdsområdet ska du:

- erbjudas vård som är lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök
- erbjudas diagnostik och behandling samt uppföljning enligt bästa kunskap i varje möte
- vara delaktig och välinformerad genom hela vårdkedjan
- få tillgång till jämlik vård
- erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram
- få tillgång till patientsäker vård
- erbjudas kostnadseffektiv vård

Bemötandet inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för patientens vårdupplevelse. Varje mänskligt möte ger uttryck för värderingar och olika människosyn. Arbetsplatser och verksamheter ska präglas av ett bra bemötande som bygger på ett humanistiskt och normmedvetet synsätt, respekt och allas lika värde.

Reflektion över gemensamma etiska värden är ett sätt att hålla den empatiska förmågan och medkänslan för människors beroende och sårbarhet vid liv. Den etiska värdegrund som uttrycks i bland annat lagstiftning, i riksdagens prioriteringsbeslut och i det synsätt som företräds av WHO och FN utgör en etisk plattform för hälso- och sjukvården som också knyter an till delar av Region Jönköpings läns hållbarhetsprogram. Här inryms också det viktiga arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter.

På enskilda arbetsplatser utgör etikarbetet ett arbetsledaransvar där etikombud kan utgöra en värdefull resurs. Det centrala etikrådet har uppdraget att övergripande initiera, stödja och stimulera etikarbetet, bland annat genom att höja den etiska kompetensen hos medarbetare och förtroendevalda, främja samtal och etisk reflektion i planering, beslut och daglig verksamhet, samt ge vägledning och stöd kring etik och förhållningssätt. I etikrådets uppdrag ingår också att stödja arbetet med jämlik vård och hälsa, jämställdhet och mänskliga rättigheter. Etikrådet har också ett samordningsansvar för den andliga vården och för regionens utvecklingsarbete kring existentiell hälsa.

Att arbeta personcentrerat utifrån en helhetssyn på hälsa innebär att man samtidigt beaktar både fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Olika aspekter av hälsa är nära samverkande och en bearbetning av de existentiella frågorna kan vara en förutsättning för en hälsofrämjande process i sin helhet. All vårdpersonal bör därför kunna ge grundläggande existentiellt stöd. Satsningar på existentiell hälsa utvecklas också allt mer inom det breda folkhälsoarbetet.

Primärvård

När invånaren har behov av hälso- och sjukvård, ska vårdcentralen vara förstahandsvalet. Vårdcentralernas uppdrag, som förutsätter multiprofessionell samverkan i team, består av planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och uppföljning.

Vårdcentralens uppgift är att:

- Bedöma och behandla sjukdomstillstånd hos de som vänder sig till vårdcentralen
- Arbeta aktivt med hälsa och erbjuda förebyggande hälsovård och hälsosamtal
- Lära känna och vid behov hålla aktiv kontakt med invånarna som valt vårdcentralen i syfte att stärka invånarnas förmåga att i högre utsträckning själva kunna påverka och hantera sin hälsa
- Vara vårdsamordnare utifrån invånarnas vårdbehov, vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa god och effektiv vård.
- Aktivt medverka till en väl sammanhållen vårdkedja när patienten har behov av annan kompetens än den vårdcentralen kan erbjuda
- Ha ett särskilt fokus på psykisk ohälsa, eftersom det ökar bland sjukskrivna och äldre personer
- Erbjuder ett patientkontrakt för patienter med stora vårdbehov och täta kontakter med vårdens olika aktörer
- Erbjuder fast vårdkontakt, särskilda kontaktvägar och organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses. Det gäller framför allt äldre invånare och invånare med sammansatta vårdbehov, kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar och invånare som har svårt med den digitala servicen. För dessa grupper kan hembesök med fördel kombineras med digitala kontakter.
- Erbjuder olika digitala tjänster utifrån behov och möjligheter, för att underlätta för invånarnas kontakt med vårdcentralerna.
- Erbjuder alla invånare i länet en fast läkarkontakt, som ansvar för diagnostik, behandling och vid behov vägledning och kontakt med övrig hälso- och sjukvård.

Vårdcentralerna ska anpassa och vid behov öka sina öppettider utifrån patienternas behov. Ett flexibelt öppethållande kan skapa en bättre tillgänglighet för patienterna. Det förutsätter en god bemanning på vårdcentralen. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Genom vårdcentralernas uppdrag för akuta patienter, gemensamma arbetssätt och förbättrad tillgängligheten styrs patientströmmarna från akutmottagningarna till rätt vårdinstans dagtid och kvällar. Närukut bedrivs på vårdcentralen dagtid och är koncentrerad till minst tre platser på jourtid. Vårdcentralernas arbete är avgörande för att stärka patienternas möjlighet att leva ett bra liv i sin hemmiljö med så litet behov av sjukhusvård som möjligt.

I förfrågningsunderlaget *Primärvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, vårdcentralernas uppdrag och ersättningsvillkor. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och verksamhetsplan.

Barnhälsovård, familjecentraler och ungdomsmottagningar

Barnhälsovården i Jönköpings län arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Syftet är att bidra till en mer jämlik barnhälsovård över hela landet. Betoning i programmet ligger på jämlik hälsovård med generella insatser till alla familjer samt riktade insatser till familjer med behov av extra stöd.

Familjecentralen är en lättillgänglig mötesplats för familjer. Basen är den allmänna kvinno- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt en förebyggande individ- och familjeomsorg (socialtjänst). Familjecentraler kan stötta nyblivna föräldrar med information, praktisk hjälp samt uppmuntra och stimulera ett jämställt och aktivt föräldraskap. Uppdraget utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd och socioekonomiskt svaga grupper.

Ungdomsmottagningen erbjuder insatser som rör sexuell, fysisk, psykisk och social hälsa utifrån en helhetssyn på ungdomar och deras problem. Ungdomar ska kunna gå till den ungdomsmottagning de vill. Personalen ska ha bred yrkeskunskap som svarar mot de problem som ungdomarna väntas söka för. Arbetet omfattar uppsökande, förebyggande och behandlande insatser. Digitala tjänster så som ungdomsmottagning on-line och andra e-tjänster fortsätter att spridas. Ungdomsmottagningarna drivs och samfinansieras tillsammans med länets kommuner. Verksamheten ska vara närvarande och tillgänglig i länets alla kommuner.

Specialiserad somatisk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Den specialiserade vården är uppdelad i tre verksamhetsområden; medicinsk vård, kirurgisk vård samt psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Organisationen ger förutsättning för jämlik vård där Region Jönköpings län på bästa sätt kan möta invånarnas behov av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård.

Utgångspunkter för den specialiserade vården:

- Primärvården är basen för länets hälso- och sjukvård.
- Sjukhusvården fördelas med bredd- och spetskompetens på tre akutsjukhus.
- Särskild hänsyn ska tas till fungerande vårdkedjor.
- Säkerställa resurser i form av personal, kompetens, utrustning och lokaler.
- Bemanna upp verksamheter som har kompetensbrist.
- Främja god samverkan i hela systemet.
- Antal vårdplatser ska utgå från vårdbehov.
- Vara en lärande organisation.

Region Jönköpings län har idag tre välfungerande akutsjukhus där majoriteten av invånarna behandlas vid sitt närmaste sjukhus. Region Jönköpings län strävar efter att operationer, undersökningar och behandlingar ska erbjudas nära patienten så länge det kan göras med högsta kvalitet och med god ekonomisk hänsyn.

Verksamheten ska balanseras, och det kan finnas ett behov av att viss befintlig verksamhet behöver omfördelas till att vara centraliserade till något av länsdelssjukhusen. Uppstart av ny verksamhet kan ske i Värnamo, Eksjö och Jönköping. Arbetet sker enligt en politiskt fastslagen struktur.

En viktig förutsättning för välfungerande akutsjukhus är välfungerande kliniker och länskliniker på alla tre sjukhus. Ett flertal verksamheter är organiserade som länskliniker och länsklinikernas uppdrag är att säkra fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhusen och den nära vården i alla länsdelar.

Rehabiliteringsverksamheterna omfattar många olika professioner och kompetenser som erbjuder mångskiftande insatser och aktiviteter. Att ta tillvara individens resurser och erbjuda professionell kompetens för att stödja och utveckla dessa, är en viktig del i den personcentrerade vården. Inom området återfinns en bred och varierad rehabiliteringsresurs som riktar fokus mot funktionsnedsättningar orsakade av sjukdomar, störningar och skador samt behandling mot smärta.

Delar av ögonsjukvården bedrivs i vårdval. I förfrågningsunderlaget *Ögonsjukvård inom vårdval i Jönköpings län* beskrivs Region Jönköpings läns mål, uppdrag och ersättningsvillkor. Under 2022 och 2023 utvecklas ögonsjukvården inom vårdval ytterligare där samtliga vårdgivare tar ansvar för utbildning och jourverksamhet inom Region Jönköpings län. Förfrågningsunderlaget fastställs av regionfullmäktige och revideras årligen som en bilaga till budget och flerårsplan. Något ytterligare vårdval planeras inte att införas under mandatperioden.

En lokal sjukhusledning finns på respektive sjukhus för att identifiera och hantera sjukhusgemensamma frågor. Med lokala sjukhusledningar kan ”vi-känslan” på respektive sjukhus stärkas och utvecklas genom ökad delaktighet och transparens, allt i syfte att ge en jämlik vård och utveckla vården för den vi är till för, via Esther-perspektivet.

Hjälpmedelsverksamhet

Området omfattar övergripande funktionshinder- och hjälpmedelsfrågor, verksamhet vid hjälpmedelscentral, audionommottagning och syncentral samt ortopedtekniska hjälpmedel. Hjälpmedelscentralen ansvarar för hjälpmedelsförsörjning till både Region Jönköpings läns verksamheter och till länets kommuner. Det är viktigt att den sammanhållna hjälpmedelsverksamheten fungerar på bästa möjliga sätt, för att kunna möta länsinvånarnas behov av hjälpmedel. Regelverket *Hjälpmedel i Jönköpings län* är gemensamt och målet är att länsinvånarna ska få samma möjlighet till hjälpmedel oavsett bostadsort och vem som är huvudman i det enskilda fallet.

Tandvård

Ansvar för tandvård regleras i tandvårdslagen, som säger att Region Jönköpings län har ett övergripande ansvar att planera all tandvård, oavsett vem som är huvudman eller som utför den.

Folktandvården ska svara för:

- regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar, till och med det år de fyller 23 år
- specialisttandvård för vuxna
- övrig tandvård för vuxna i den omfattning som Region Jönköpings län bedömer lämpligt.

Region Jönköpings län ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.

Allmäntandvård bedrivs på en öppen marknad med etableringsfrihet med tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) referenspris som utgångspris. Allmäntandvård för vuxna finansieras av patientavgifter och ersättning från den statliga tandvårdsförsäkringen. Barntandvården finansieras av barntandvårdspeng. Region Jönköpings län är genom Folktandvården en stor producent av tandvård.

Samverkan med kommunerna

Samverkan med kommunerna sker utifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan. Tre strategigrupper inom områdena barn och ungdomar, psykiatri och missbruk samt äldre ansvarar för att omvärldsbevaka, identifiera utvecklingsområden och med årliga handlingsplaner genomföra aktiviteter i samverkan och på bästa sätt ta tillvara de gemensamma resurserna. När allt mer vård ska ges nära hemmet finns behov av resurseffektiva arbetssätt. Befolkningsstrukturen med allt fler äldre invånare, teknisk och digital utveckling kräver nya samverkansstrukturer. Vi arbetar i samverkan utifrån länsinvånarnas perspektiv genom att utgå från frågan Vad är bäst för "Esther"?

Det gemensamma arbetet utgår från värdegrunden:

- Vi utgår från patientens/brukarens behov.
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

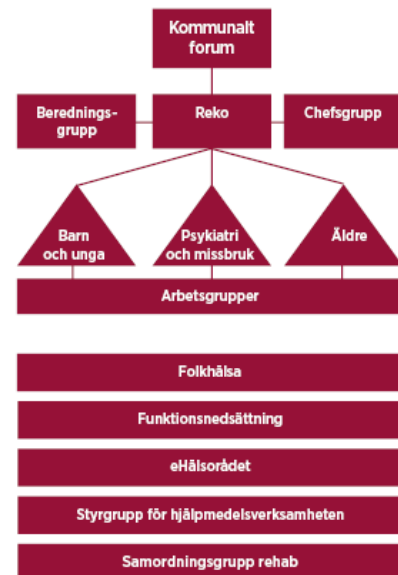
Utöver dessa finns grupper inom; *folkhälsa, funktionsnedsättning, e-hälsa, rehabilitering samt en styrgrupp för hjälpmedelsverksamheten.*

Figur 4 Kommunalt forum är ett nätverk med politiker från Region Jönköpings län och länets kommuner för samråd och inriktningsbeslut i frågor inom folkhälsa och sjukvård och regional utveckling.

Arbetet som sker i samverkan med kommunerna är omfattande.

Familjecentraler, barn- och ungdomshälsan, barnahus och ungdomsmottagningar inklusive ungdomsmottagning online inom strategigrupp barn och unga är exempel på områden där samverkan sker. Strategigrupp Äldre leder arbetet kring Trygg och säker vård och omsorg i nära samarbete med vårdcentraler, kommuner och sjukhus, ihop med patienter och närstående. Detta är ett tydligt exempel på hur alla parter arbetar för att patienten ska få den bästa vården. Den palliativa vården är en annan viktig del som sker i samverkan. Andra områden där det finns ett nära samarbete med kommunerna är beroendevård med tillnyktringsenhet, beroendemottagning, sprutbytesmottagning och arbete kring våld i nära relationer. Detta arbete leds av strategigrupp psykiatri och missbruk. Region Jönköpings län arbetar aktivt för att utveckla samverkansformerna med länets kommuner inom de etablerade strategigrupperna och samverkansformer som finns. Länets kommuner har olika behov och detta har Region Jönköpings län i beaktande.

Utvecklingen av samverkan i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet går i linje med *Strategi för hälsa* som hålls samman av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Länets kommuner har olika behov och detta har Region Jönköpings län i beaktande.



Samverkan och vård i Sydöstra sjukvårdsregionen

Samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen regleras i Samverkansnämndens reglemente, regionsamverkansavtalet och årliga överenskommelser med övergripande mål att:

- Tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård.
- Främja och bidra till invånarnas hälsa.
- Främja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvården i sjukvårdsregionen.
- Solidariskt hjälpa varandra.

Samverkansnämnden beslutar om vilken sjukvård som ska samordnas inom sjukvårdsregionen. Nämnden kan även hantera samverkansfrågor inom exempelvis kompetensförsörjning, digitalisering, regional utveckling och dialog med statliga myndigheter. Regionsjukvårdsledningen bereder Samverkansnämndens ärenden och verkställer nämndens beslut genom direktiv till sjukvårdsregionala verksamheter och respektive region. Regionsjukvårdsledningen följer upp kvalitet, produktion och ekonomi.

Samverkansnämndens fokusområden är

- kunskapsstyrning
- kompetensförsörjning och nya kompetenser
- digital utveckling
- hälsofrämjande och förebyggande insatser
- regional utveckling

En stor del av den sjukvårdsregionala samverkan sker i regionala programområden. Programområdena konkretiserar sjukvårdsregionens patientlöften och verkar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård i hela sjukvårdsregionen. Programområdena stöds av fyra kunskapsråd med företrädare för regionernas sjukvårdsledningar och samverkansgrupper för exempelvis uppföljning och analys, digital utveckling, läkemedel och patientsäkerhet. I Sydöstra sjukvårdsregionen prioriteras patientnära forskning. Sjukvårdsregionens avtalsmodell förenklar arbetsfördelning och vård över länsgränserna.

Perspektiv Medborgare och kund

Skapa värde med kunden och intressenter

En organisations långsiktiga framgång beror på dess förmåga att skapa värde tillsammans med de som den finns till för. Kundernas och intressenternas uttalade och underförstådda behov, krav, önskemål och förväntningar är vägledande för organisationens beslut och handlande.

STRATEGISKT MÅL: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktor Nöjda kunder och intressenter

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Patienttillfredsställelse - Andel nöjda patienter	80 %	85,7 %	88%	80-100 %		0-79%	År
Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver – Instämmer helt/delvis	90 %	92 %	92%	92-100 %	80-91%	0-79%	År
Andel i befolkningen som har stort/mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt sin region	75 %	78 %	80%	76-100 %	70-75 %	0-69 %	År

I planen för framtidens hälso- och sjukvård lyfts behovet av att förstärka invånarnas egen resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen, samt att öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård. Att skapa en vård som är jämlik, personcentrerad och tillgänglig är en av vårdens viktigaste utmaningar. Införandet av nya angreppssätt syftar till att fortsätta stärka patientens ställning och göra det möjligt för människor att ta eget ansvar för sin hälsa. Det ska ske genom att involvera patienter och närstående i utvecklingen av hälso- och sjukvården samt erbjuda vård med god kvalitet och bästa möjliga tillgänglighet, valmöjligheter och stöd för egenvård. Alla invånare har rätt till god och jämlik vård utifrån behov oavsett var i länet man bor. Avståndet till vården är en viktig tillgänglighetsfaktor.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och i Sverige uppfattar hälso- och sjukvården. Målet är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter. Patienternas erfarenheter av ett specifikt besök eller vårdtillfälle fångas via den nationella patientenkäten.

Personcentrerad vård

En personcentrerad vård och omsorg utgår från patienten/brukaren och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom. Patientkontrakt, fast vårdkontakt och kontinuitet är viktiga delar för att uppnå en god personcentrerad vård. Patientkontrakt är en överenskommelse där patient och vården vet vem som gör vad. Den stärker patientens egen kraft att nyttja sina egna resurser och är till för att skapa tillitsfulla och goda relationer mellan patient och vårdgivare.

En annan viktig del i den patientcentrerade vården är att öka patientens kunskap. Detta kan ske på olika sätt. Ett utvecklingsarbete som är startat handlar om patientens kunskapsstöd. Även utvecklingen av mötesplatser och hälsocaféer för personer med kroniska sjukdomar och deras närstående fortsätter. Exempel på mötesplatser är Hjärtats hus för invånare som har eller har haft cancer, lärcaféer, levande bibliotek och självhjälpgrupper. Lärcaféer är en pedagogisk modell med målsättningen att deltagarna ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation utifrån egna behov och resurser.

Uppdrag

- Fortsätta implementeringen av Patientkontraktet som innebär en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare. I överenskommelsen ingår en sammanhållen planering, fast vårdkontrakt och fast läkarkontakt i primärvården samt bokade tider i samråd.
- Öka patientens kunskap genom utveckling och införande av patientens kunskapsstöd. Inklusive mötesplatser och hälsocaféer i alla tre länsdelar.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Andel patienter som fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar	90 %	84 %	80%	90-100%	80-89%	0-79%	Månad
Faktisk väntetid till första besök i specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick komma inom 60 dagar (somatisk och psykiatrisk vård)	80 %	82 %	77%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård – andel kvinnor och män som fick en operation eller åtgärd inom 60 dagar	80 %	79 %	80%	80-100%	60-79 %	0-59 %	Månad
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	80 %	79%	92-100 %	80-91%	0-79%	Månad
Tid till ambulans – andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	70 %	68%	80-100 %	70-79 %	0-69 %	Månad

Region Jönköpings län har under många år varit i topp när det gäller tillgänglighet i Sverige. Pandemin under 2020 och 2021 har dock inneburit en stor påfrestning på hälso- och sjukvården och fortsatt arbete behövs för att klara tillgängligheten.

Vårdcentralerna utvecklar ständigt sitt omhändertagande för att möta multisjukas och äldres behov. Patienter med stora vårdbehov, exempelvis multisjuka och äldre, ska erbjudas vårdsamordnare, kontaktsjuksköterska, fast läkarkontakt och särskilda kontaktvägar.

Utvecklingen går mot att allt fler sjukvårdsinsatser görs i hemmet och allt svårare sjuka får möjlighet att vårdas hemma. För att möta behoven bör vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätta att stärka det tvärprofessionella samarbetet. Utökningen av rehabiliteringsresurserna i primärvården fortsätter.

Invånarnas behov av psykiatrisk öppenvård har ökat. Vården som är nära patienten ska förstärkas för att tillgodose detta behov. För detta behöver de psykosociala teamen förstärkas.

Genom förstärkningen som görs inom primärvården finns möjlighet till en ökad bemanning på vårdcentralen, utökning av rehabiliteringsresurser, psykosociala team och det ger möjlighet att förstärka primärvårdens roll inom Nära Vård. Förstärkningen ökar också läkartäthet, patientsäkerhet, ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade patienter per distriktsläkare.

I samband med pandemin har tillgängligheten påverkats och ett stort antal operationer och besök blivit uppskjutna. Flera satsningar görs för att möta det uppdämda vårdbehovet. Tillgängligheten till akuta och medicinskt prioriterade åtgärder är god och dessa kommer att fortsätta att prioriteras under 2023. En handlingsplan är framtagen för hur den uppskjutna vården ska genomföras. Detta kommer påverka tillgängligheten även under 2023.

Region Jönköpings län tar ett krafttag för att förbättra den psykiska hälsan hos länets barn och unga. Arbetet med *En väg in*, som ett arbetssätt för att underlätta triagering och omhändertagandet av barn med psykisk ohälsa fortsätter. Samarbetet mellan elevhälsan, barn och ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna är en förutsättning för att detta ska bli framgångsrikt.

Behovet av barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet har ökat markant under flera år. Antalet barn som behöver bättre stöd för att klara sin skolgång eller sin vardag på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ökar. Föräldrar som söker stöd och hjälp för sitt barn via barnhälsovården eller skolverksamheten blir ofta remitterade till barn- och ungdomspsykiatri. Det är angeläget med snabbt omhändertagande och korta väntetider till utredning och behandling så att stödinsatser kan erbjudas, vilket kan bli avgörande för framtida personlig utveckling och välmående. Region Jönköpings län har trots omfattande köp och utbyggnad av den egna kapaciteten av neuropsykiatriska utredningar växande köer. Under 2021 till 2023 görs en stor satsning för att bygga ut Barn- och ungdomspsykiatri både avseende utredningskapacitet och behandling. Samtidigt utvecklas en primär vårdnivå för barn och ungas psykiska hälsa. Medel ökas successivt under planperioden.

Inom ambulanssjukvården pågår ett aktivt arbete med att öka tillgängligheten och inställetiden för prio 1 larm. På orter där inställetiden för ambulanser är lång, har Region Jönköpings län så kallade IVPA-larm (= I Väntan På Ambulans) i samverkan med kommunal räddningstjänst. Det innebär att räddningstjänsten på aktuell ort får larm via 112 och har då möjlighet att till exempel utföra defibrillering vid hjärtstopp i väntan på ambulans.

SMS-livräddare är ett system där HLR-utbildade lekmän kallas till hjärtstopp. Tjänsten SMS livräddare har införts i Jönköpings län under 2021 och utvärderas efter tre år.

Region Jönköpings län är medlem i Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA). Kommunalförbundets uppdrag är att upphandla och äga flygplan samt administrera och sköta ambulansflygverksamheten. Verksamheten går i full drift sedan 2022. En gemensam flygkoordineringscentral (FKC) finns i Umeå. FKC har till uppgift att prioritera och samordna uppdrag för bästa möjliga effektivitet och vårdkvalitet.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till vården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.
- Arbeta aktivt med att ta hand om den uppskjutna vården och säkra tillgängligheten till operation genom att förstärka de egna resurserna.
- Fokus kommer även vara på att samverka kring den uppskjutna vården inom sydöstra sjukvårdsregionen i syfte att förbättra tillgängligheten till behandlingar och operationer.
- Tillgängligheten ska förbättras inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshälsan. Arbetet med *En väg in* fortsätter.
- Fortsätta arbetet med att utveckla primär nivå för omhändertagande av barn- och ungdomars psykiska hälsa.
- Fortsätta bygga ut utredning och behandling för neuropsykiatri hos barn och unga.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Region Jönköpings län arbetar för jämlik hälsa och att vården ska erbjudas och fördelas på lika villkor. Grupper med särskilda behov identifieras och uppmärksammas genom bland annat uppföljning av resultat.

Region Jönköpings län behöver i samverkan med kommunerna, fortsätta arbetet med att integrera utbildning kring hälsa, egenvård och sjukvårdens organisation, samt föräldraskapsstöd för utrikesfödda.

Hälsokommunikatörer arbetar med upplysning om hälso- och sjukvården på olika språk i hela länet. Det handlar om information om hur sjukvårdssystemet är uppbyggt, söka vård på rätt vårdnivå, att hitta rätt i vården och öka kunskapen kring folkhälsa, föräldraskapsstöd och egenvård. Hälsoguider är frivilliga volontärer som genom egna nätverk kan bidra till ökad förståelse för hälsa och egenvård. Hälsoguider utbildas och verkar i prioriterade områden.

Uppdrag

- Fortsätta integrationsarbetet genom bland annat hälsokommunikatörernas insatser och spridning av konceptet med hälsoguider till fler kommuner.

Främja barn och ungdomars hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Det förebyggande folkhälsoarbetet för att stärka barn och ungas somatiska och psykiska hälsa fortsätter under 2023 där riktade insatser krävs för att utjämna de påverkbara skillnader som finns relaterat till uppväxtvillkor och socioekonomi. Inom Strategi för hälsa pågår lärande nätverket Bästa platsen att växa upp, leva och bo på som har förankrats i samverkan med kommunerna genom Strategigrupp barn och unga. Målet är att förbättra barn och ungas hälsa med två procentenheter fram till och med 2024.

Den psykiska ohälsan ökar och olika insatserna behöver fortsatt utvecklas för att möta detta. Psykisk ohälsa möts med både hälsofrämjande, förebyggande och riktade insatser i samverkan mellan kommuner och Region Jönköpings län. Barn- och ungdomshälsans verksamheter för lindrig psykisk problematik är fullt utbyggd med en verksamhet i varje länsdel. Strategigrupp barn och ungas gemensamma satsningar för att utveckla stöd, vård och behandling till barn med både social problematik och psykisk ohälsa fortsätter.

Ett länsövergripande barnskyddsteam har bildats för att bedriva utbildning och verkar för att en generell kunskapsnivå inom samtliga hälso- och sjukvårdsinstanser upprätthålls kring barn som far illa. Teamet bedriver även uppföljning och kvalitetssäkring samt formulerar rutiner för handläggning. Dessutom bistår teamet konsultativt vid den medicinska utredningen och vid anmälningar till de sociala och polisiära myndigheterna. De ska också utveckla kunskap om hedersrelaterad problematik.

Barnahus är en samverkan mellan polis, åklagare, socialtjänst, barnmedicin, rättsmedicin och BUP (barn- och ungdomspsykiatri) vid misstanke om misshandel eller sexuella övergrepp mot barn och ungdomar. Barnahus har två övergripande mål; dels att förstärka barns rättigheter och ge barnen bättre stöd, dels att höja kvaliteten på genomförda utredningar så att domstolarna på bättre grunder kan fälla eller fria misstänkta gärningsmän.

Barnhälsovården arbetar enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet för att bland annat tidigt identifiera psykosociala riskfaktorer i familjen för att tidigt kunna initiera stödsatser och utveckla arbetet med ett jämställt föräldraskap stöd.

Utvecklingen av familjecentraler i kommuner är en viktig del i de förebyggande insatserna för stöd till nyblivna föräldrar. Alla familjecentraler ska kunna erbjuda ett och samma grundutbud där målet är att öka tillgängligheten erbjuda likvärdiga föräldrastödjande insatser och utbildningar mot en mer jämlik hälsa och jämlikt stöd i länet.

Idag kommer många ungdomar senare ut på arbetsmarknaden jämfört med tidigare. Det innebär att allt fler unga hamnar i gränslandet när det gäller möjligheten till egen försörjning och att förverkliga sina framtidsplaner. Därför behövs en samordning när det gäller åldersgräns på Region Jönköpings läns ungdomsmottagningar och umo.se, som är regionernas webbplats för alla som är mellan 13-25 år.

Uppdrag

- För att förbättra barn och ungas hälsa prioriteras tre områden för ett fördjupat arbete i nära samverkan; fullföljda studier, psykisk hälsa och fysisk aktivitet. Lokala team från olika delar i länet genomför förbättringsarbeten utifrån detta. Förbättringsarbetet genomförs med inspiration från Skottland och Cincinnati, USA.
- Minst en familjecentral ska finnas i varje kommun. Familjecentralernas uppdrag utvecklas genom att arbeta uppsökande med riktade insatser till familjer med behov av extra stöd. Påbörja utvecklingsarbete kring föräldraskapsstöd för länets familjecentraler

Främja äldres hälsa och förebygga psykisk ohälsa

Effekterna av att äldre har följt Folkhälsomyndigheternas rekommendationer under pandemin har lett till att flera äldre mist sina vardagliga sociala interaktioner. Långvarig avsaknad av sociala aktiviteter kan leda till ökad psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet. Samverkan med civilsamhället, föreningar, kyrkor med flera blir viktigt för att hjälpa till att minska ensamheten och dess konsekvenser. En ytterligare konsekvens av pandemin är ökat alkoholintag och ökat stillasittande bland äldre. Arbete i dessa två områden behöver påbörjas under kommande år. Vårdcentralerna har ett uppdrag att aktivt arbeta med att förbättra den psykiska hälsan hos äldre.

En parameter som uppmärksammas är vikten av att arbeta fallförebyggande. Bästa platsen att åldras på, är en utvecklingsplattform där en metod är att arbeta med lärande nätverk. Där etableras och utvecklas samverkansformer med länets pensionärsföreningar och civilsamhälle. Viktigt fokus är bland annat ett ökat deltagande i samhällsaktiviteter för seniorer med annan kulturell bakgrund, social aktiviteter och digital inkludering. Bästa platsen är i ett expansivt skede där ambitionen är att skapa ett mer äldrevänligt län.

Målet för arbetet med trygg och säker vård och omsorg är att de äldre invånarna i Jönköpings län ska kunna säga "Jag får den vård jag behöver, när jag behöver den och där jag behöver den". Arbetssätten för äldre personer med behov av insatser hemma eller på särskilda boenden ska vidareutvecklas. Pandemin har på olika sätt synliggjort behoven av att utveckla de gemensamma insatserna för att ge god vård och omsorg. Samverkan och proaktivt arbetssätt ger trygghet och kvalitet för individ och närstående, patientsäkerhet, trygga medarbetare och effektivt använda resurser. För målgruppen krävs hög grad av personcentrering. Vikten av koordinering, en tydlig plan i samverkan och fast läkarkontakt och vårdkontakter kan inte nog betonas. En enkel infektion kan snabbt försvaga den äldre och sköra personen och leda till slutenvård som kunnat undvikas. Proaktiva insatser, för att förhindra försämring och de negativa konsekvenser som uppkommer om sköra och mest sjuka äldre förflyttas, bör prioriteras. Förutsättningar för fungerande proaktiva, akuta och långsiktiga åtgärder är tydliga planer, medicinsk behandlingsstrategi, tillgänglighet för varandra i teamet bör skapas, både i ordinärt och särskilt boende.

Kommunernas och Region Jönköping läns utveckling av samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus fortsätter liksom utvecklingen av vård och stöd i hemmet. Vårdcentralens vårdsamordnare är koordinators och fast vårdkontakt vid in- och utskrivning från sjukhus. Vårdsamordnaren samverkar med sjukhus, kommun, patient och närstående för att säkerställa att god och effektiv vård sker i hemmet. Ledtiderna vid utskrivning från den slutna vården ska hållas så korta som möjligt när vistelse på sjukhus är nödvändig. Läkarmedverkan i hemsjukvården ska förstärkas genom samverkande team från Region Jönköpings län och kommun med fokus på gemensam planering, samordnade individuella planer (SIP) och proaktiva insatser.

I linje med Nära vård föreslås att mer proaktivt arbete med de äldre i samverkan mellan geriatriken, primärvård och kommun genom att införa virtuella vårdplatser inom geriatriken. Diskussion pågår om upplägg där ronder på särskilda boenden genomförs av distriktsläkare eller ST-läkare primärvård tillsammans med geriatriker. Konsultationer gentemot kommunal hemsjukvård och primärvård för att kunna vårda de äldre i hemmet eller kvar på korttidsboenden, särskilda boenden istället för att skickas in till akutmottagningen eller vård på sjukhus när vård med fördel kan ges utanför sjukhus. Läkemedelsgenomgångar genomförs på utvalda patientgrupper. För att kunna arbeta med detta krävs en geriatriker och en geriatriksjuksköterska per länsdel.

Uppdrag

- Arbeta riktat mot äldre för att identifiera och erbjuda behandling för att motverka psykisk ohälsa, suicid, ofrivillig ensamhet samt främja äldres psykiska hälsa.
- Fortsätta arbetet med *Trygg och säker vård och omsorg*. I uppdraget ingår att arbeta aktivt med att utveckla och förbättra samarbetet med länets 13 kommuner i syfte att erbjuda jämlik hälsa och vård för länets invånare. Vårdcentralerna i samverkan med den kommunala sjukvården fortsätter att stärka det tvärprofessionella samarbetet.
- Fortsatt utveckling av läkarstöd till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården.
- Testa arbetssättet med virtuella vårdplatser inom geriatriken och utvärdera efter två år.

Bra munhälsa och god tandvård

Tandvårdens mål är bra munhälsa på lika villkor för länets befolkning. Sambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa är tydlig. Därför är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet viktigt för alla patientgrupper. Allt fler äldre har egna tänder kvar högt upp i åren, vilket ställer stora krav på samverkan mellan omsorg, vård och tandvård. För att möta det ökade behovet måste nya arbetssätt och samarbete utvecklas så att rätt kompetens används inom olika områden.

Inom allmäntandvården kan både vuxna, barn från tre års ålder och ungdomar fritt välja tandvårdsmottagning. Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Framgångsfaktor God och jämlik hälsa

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Periodicitet			
	2023	2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Andel kariesfria 19-åringar	45 %	45 %	45 %	45-100 %	42-44 %	0-41 %	År

Region Jönköpings län ligger i topp vad gäller kariesfrihet hos 19-åringar, då 40 procent varken har fyllningar eller kariesskador. Samtidigt behöver den förebyggande tandvården utvecklas både riktat till yngre och äldre för en bra munhälsa på lika villkor. Arbetet för god tandhälsa ska fortsätta och ambitionsnivåerna ska vara fortsatt höga inom barntandvården.

Folktandvården har under många år tillsammans med andra aktörer genomfört ett framgångsrikt systematiskt och aktivt folkhälsoarbete, med målet att förbättra barn och ungdomars hälsa.

Uppdrag

- Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

Framgångsfaktor God tillgänglighet

Systemmätetal	Mål	Resultat	Resultat	Periodicitet			
	2023	2020	2021	Grönt	Gult	Rött	
Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling – Folktandvården totalt	90 %	84 %	82 %	90-100%	70-89%	0-69 %	Månad
Tillgänglighet till specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss.	80 %	nytt mätetal	31%	80-100 %	60-79%	0-59%	Månad
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömning)	90 %	45 %	70%	90-100%	75-89%	0-75%	Tertial

Andel berättigande till nödvändig tandvård som fått den utförd	80 %	47 %	54 %	60-100%	45-59 %	0-44%	Tertial
--	------	------	------	---------	---------	-------	---------

För att patienter ska känna förtroende för tandvården och bli nöjda, krävs bra bemötande och bra omhändertagande. Alla patienter ska informeras om behandlingsalternativ, kostnad, tidsåtgång med mera.

Tillgängligheten till Region Jönköpings läns folktandvårdskliniker behöver bli bättre. Avgörande för att nå det målet är att rekrytera och behålla personalen. De kliniker som finns i glesbygd behöver extra stöd för att kunna fortsätta sin verksamhet att erbjuda en jämlik tandvård. Folktandvården arbetar med en handlingsplan för att arbeta på nya sätt och samtidigt vara en attraktiv arbetsgivare.

Tandvård för personer med särskilda behov

Region Jönköpings län har ansvar för att vuxna patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Det är personer i särskilda och egna boenden samt personer som omfattas av lagen om stöd och service till funktionshindrade. Med giltigt intyg erbjuds dessa patientgrupper kostnadsfri munhälsobedömning (uppsökande verksamhet) och nödvändig tandvård (N-tandvård). Tandvård ges även till andra patientgrupper som ett led i en sjukdomsbehandling (S-tandvård). Den tandvård som här avses kan till exempel vara infektionssanering inför vissa kirurgiska ingrepp. Region Jönköpings län ansvarar också för vissa diagnosbaserade grupper där patienter har en funktionsnedsättning som medför stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgår en tandvårdsbehandling på grund av långvariga sjukdomar och/eller funktionshinder (F-tandvård).

Munhälsan har möjlighet att förbättras betydligt hos de äldre, vilket är viktigt för välbefinnandet och hälsan. Det krävs ett förbättrat samarbete mellan tandvården, sjukvården och länets kommuner.

För nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling samt tandvård till vissa grupper med långvariga sjukdomar eller funktionshinder betalas öppenvårdsavgift. Denna tandvård finansieras av Region Jönköpings län inom ramen för hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

Det är viktigt att alla de personer som har ”Intyg om nödvändig tandvård” får sitt tandvårdsbehov bedömt och vid behov tandvård utförd. Arbetet följs kontinuerligt.

Specialisttandvård

Länsinvånarnas behov av specialisttandvård tillgodoses huvudsakligen genom Folktandvårdens odontologiska institution. Konsultation och kompetensstödande arbete gentemot allmäntandvården är ett viktigt arbete för att öka allmäntandvårdens möjligheter till ett bredare omhändertagande. Ett led i detta arbete ska vara att specialisttandvård också utförs av specialister på allmäntandvårdskliniker.

Antalet patienter som behandlas inom specialisttandvården ökar. Befolkningen blir äldre och drabbas av sjukdomar som kan påverkas av bristande munhälsa. Ett stort fokus ligger på att förbättra tillgängligheten till specialisttandvården. Detta kan innebära behov av att disponera om resurser inom specialisttandvården till förstärkning av verksamheten i Nässjö och Värnamo.

Uppdrag

- Förbättra tillgängligheten till folktandvården och specialisttandvården.

Perspektiv: Process och produktion

Utveckla värdeskapande processer

Organisationens verksamhet ses som processer som skapar värde med kunden och intressenter. Processorientering stimulerar förebyggande arbete, att grundorsaker till problem identifieras och att

faktabaserade beslut tas. Processerna är utformade för att skapa förutsägbara resultat. Samtidigt finns förmågan att snabbt ställa om med hänsyn till förändrade behov från kunden och intressenter.

STRATEGISKT MÅL: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktor Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Region Jönköpings län arbetar för att skapa förutsättningar för en enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering. Regeringens och Sveriges kommuner och regioners vision för e-hälsoarbetet utgår ifrån att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Region Jönköpings län ska utifrån det nationella målet fortsätta investera i e-hälsa och har som mål att bli bäst i Sverige på digitala vårdtjänster och stödsystem, enligt den plan för framtidens hälso- och sjukvård som är framtagen under 2020.

Välfärdsteknik och e-hälsa är ett expanderande område med stora kvalitetsvinster för den enskilda patienten, där utvecklingen av digitala verktyg ska utgå ifrån patientsäkerhet och verksamhetens behov, samt utifrån invånarperspektiv. Tekniken kan också ge möjlighet till effektiviseringar och utveckling av sjukvården i syfte att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. Region Jönköpings län är aktiv i implementerandet av olika välfärdstekniska lösningar och i utveckling av e-hälsotjänster. Digitala vårdsbesök är en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Implementering av e-hälsa ska ske på ett kostnadseffektivt sätt som även leder till kvalitetsförbättringar inom vården. I arbetet *Meny till invånare* finns ett samlat stöd som underlättar för invånarna att hantera sin egen hälsa. Program för levnadsvanor samt psykisk ohälsa och kronisk sjukdom erbjuds via plattformen för stöd och behandling.

För att vården ska kunna dra full nytta av och använda e-hälsotjänster optimalt, krävs kontinuerlig utveckling och förbättring av vårdens processer och arbetssätt. Genom nationell och lokal samverkan kring standardiserat arbetssätt kan vården effektiviseras och en ökad kvalitet och patientsäkerhet uppnås. Utgångspunkt är rätt information på rätt plats i rätt tid, med stöd av digitala verktyg för vårdplanering, kunskapsstöd, vårdprocessutveckling parallellt med personcentrering och med möjlighet till mobilitet och distansarbete. Patientsäkerhet, verksamhetens och invånarens behov ska beaktas i utveckling och förändring av IT-system.

1177 Vårdguiden via webb eller telefon ska vara stöd i individens kontakt med vården och som en integrerad del i hälso-, sjuk-, tandvårds- och omsorgsstrukturen. Under 2023 fortsätter arbetet med att förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon, bland annat genom införandet av 1177 Direkt utifrån den nationella målbilden för första linjens digitala vård. Symtombedömning, hänvisning och chatt är en ny nationell satsning där invånaren ska kunna lämna sin symtombeskrivning dygnet runt och därmed starta sitt vårdärende. Genom automatiserad symtombedömning och hänvisning till egenvård eller direkt till rätt vårdnivå och rätt vårdkompetens kan kontakter hanteras på ett mer effektivt sätt. Invånaren får en sömlös kontakt med vården och behöver bara beskriva sina symtom en gång.

Uppdrag

- Fortsätta utökningen och användningen av digitala tjänster för vård, hälsa och prevention inklusive digitala besök
- Förbättra tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon och tillhandahålla rådgivning på andra språk
- *1177 direkt* – symtombedömning, hänvisning och chatt införs på alla vårdcentraler i länet och som en del av 1177 på telefon (Första linjens digitala vård)
- Införa lösningar för egenmonitorering.
- Skapa en digifysisk vårdcentral i projektform, gärna på en vårdcentral med bemanningsutmaningar.
- Underlätta användandet av och kunskap om digitala stöd och tjänster (personal och invånare). Särskild satsning på de som har ett digitalt utanförskap.
- Fortsätta utvecklingen av vårdsystemet Cosmic och andra system som används i vården.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Ett långsiktigt mål i planen för framtidens hälso- och sjukvård är att primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs. Att förflytta sjukhusens specialistvård närmare patienten och primärvården är ett led i förflyttningen mot nära vård. Ett arbete pågår för att skapa möjligheter för de som arbetar i primärvården att tala och överlägga direkt med sjukhusens specialister utan att behöva skicka remiss. Detta ger möjlighet att på ett snabbare och mer involverande sätt ger patienten en mer sammanhållen vård med kortare ledtider.

Uppdrag

- Förbättra konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar.

STRATEGISKT MÅL: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktor Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande

Handlingsplanen för jämlik hälsa och Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län är viktiga dokument som ligger till grund för samverkan i det gemensamma folkhälsoarbetet. Samverkan med kommunerna sker utifrån länsinvånarnas behov och perspektiv genom att utgå från frågan - Vad är bäst för Esther?

Verksamheterna ska lägga stor vikt vid behandling och förebyggande av sjukdom samt främja patienternas hälsa och livskvalitet genom att främja goda levnadsvanor och psykisk hälsa. Struktur för arbetet med ohälsosamma levnadsvanor utgår från tre steg, att uppmärksamma, åtgärda och följ upp. Samtal om levnadsvanorna och psykisk hälsa ska vara en naturlig del i patientmötet. Vårdcentralen erbjuder alla länets invånare hälsosamtal det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år. Arbetet underlättas med digitalt stöd. Invånarna ska erbjudas stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor enligt Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling.

Att främja folkhälsa är ett arbete inte bara för vården utan för hela samhället. Vårdcentralerna har dock ett särskilt ansvar för att erbjuda personer med särskild risk, som har högre förekomst av ohälsosamma levnadsvanor stöd till levnadsvaneförändring. En utvärdering av det målmedvetna förbättringsarbetet, tilläggsuppdraget enligt regelbok, i nära samverkan med samhällsaktörer i respektive närområde ska genomföras 2023.

Region Jönköpings län och länets kommuner satsar gemensamt på att utveckla Hälsocenter tillsammans med invånare, civilsamhälle och föreningsliv. Målgruppen är invånare, främst vuxna, som på grund av sin livsstil eller en eller flera levnadsvanor har risk för framtida ohälsa. Spridningen av Hälsocenter i länets kommuner och hälsocoach on-line underlättar samspelet mellan den nära vården och samhällets möjligheter att ge stöd. Handlingsplanen för jämlik hälsa är en del i samverkan kring folkhälsoarbetet. Den nya regionala handlingsplanen för SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) som utarbetades under 2022 ska tas i bruk och spridas.

Region Jönköpings län är medlem i nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård och ska arbeta aktivt för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård och ha representanter i nationella temagrupper. Medlemskapet innebär att gemensamt driva utveckling av en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård för patienter, medarbetare och befolkning.

Uppdrag

- Hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden - utvärdera förstärkningsuppdrag i primärvården
- Fortsätta att arbeta målinriktat för att förbättra folkhälsan hos länets invånare
- Stödja implementering av det nya nationella vårdprogrammet vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling. Systematiskt stöd till vården i att utveckla struktur för arbetet med att främja hälsosamma levnadsvanor
- Fortsätta utveckla Hälsocenter tillsammans med länets kommuner

Rehabilitering

Rehabilitering är ett viktigt område inom den nära vården som basen för hälso- och sjukvården, där arbete för att säkerställa jämlika förutsättningar behöver ske. Det är av stor vikt att rehabiliteringspotentialen som en individ har tas till vara. Samarbete med specialistsjukvården, vårdcentralerna och kommunerna är nödvändig för trygga och säkra övergångar och en bra rehabiliteringsprocess för den enskilde. Det är viktigt att Region Jönköpings län vid behov stödjer kommunernas rehabiliteringspersonal och följer upp hela rehabiliteringsprocessen. Digitala verktyg för rehabiliteringsprocessen inom primärvård och specialistvård ska fortsätta utvecklas.

Det finns ett ökat behov av rehabilitering i samtliga länsdelar och i en rad processer. Det handlar om ökat fokus på helhet och vikten av att olika kompetenser kompletterar varandra för "Esters bästa". I ett flertal vårdförlopp och riktlinjer lyfts rehabiliteringsinsatser fram som nödvändiga och som verksamheter förväntas implementera. Under pandemin har betydelsen av rehabiliteringsresurser synliggjorts ytterligare.

Pandemin har även medfört att det finns en ny grupp patienter som är i behov av rehabilitering. Det kan bero på långvariga besvär efter covid-19 eller för patienter som behandlats under en längre period på intensivvård för covid-19. En samlad kompetens har skapats kring utredning, behandling och rehabilitering.

Uppdrag

- Vid behov stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med Region Jönköpings läns specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.
- Utökning av rehabiliteringsresurser i form av exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logoped, psykologer och dietister.

Rehabilitering – återgång i arbete

Inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ansvarar hälso- och sjukvårdens för den medicinska bedömningen, behandlingen och rehabiliteringen. Det krävs ett lagarbete som omfattar medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering tillsammans med andra aktörer i samhället för att åstadkomma goda resultat och möjliggöra återgång till arbetslivet. Rehabilitering till arbete är också en förutsättning för att gå från utanförskap till arbetsgemenskap.

Region Jönköpings län har successivt utvecklat samarbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och socialtjänst. Rehabkoordinatorer finns i hela primärvården samt inom specialiserad vård på enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande. Syftet är att stödja personer som är sjukskrivna till återgång till arbetslivet.

Uppdrag

- Ett strukturerat arbetssätt inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska utvecklas och införas i primärvården inom Sydöstra sjukvårdsregionen.
- En samverkansmodell ska vidareutvecklas inom området mellan primärvård och specialistvård, i första hand rehabiliteringsmedicin, psykiatri och smärtkliniken.
- Tillgodose att sjukskrivna personer med behov av koordineringsinsatser har tillgång till en rehabkoordinator oavsett vårdnivå. Utveckla strukturerade arbetssätt inom rehabkoordinering i specialiserad vård.

Samordningsförbunden

Länets tre samordningsförbund bedriver finansiell samordning och ger stöd till gemensamma insatser och annan samverkan mellan Region Jönköpings län, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och länets kommuner. Målet är att personer i yrkesverksam ålder, med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera parter, ska nå eller förbättra sin förmåga att arbeta eller studera, dvs möjlighet till egen försörjning. Samordningsförbunden stödjer även aktiviteter som syftar till att få samarbetet mellan parterna att fungera mer effektivt.

Framgångsfaktor Säker verksamhet

Systemmätetal	Mål	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Vårdprevention - Andel av patienter som bedömts ha risk inom område fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen som fått åtgärd insatt (riskpatienter)	90 %	86 %	82 %	90-100%	80-89%	0-79%	Tertial

Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete har som mål att vara bland de ledande i Sverige och att vara i världsklass. Den hälso- och sjukvård som utförs i Region Jönköpings län ska vara god och säker – överallt och alltid. Hög patientsäkerhet kräver långsiktigt och uthålligt arbete och är beroende av allas ansvar och engagemang. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete krävs, med fokus på att uppnå säkerhet genom att optimera processer i vården samt på strategier för riskhantering. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för säkra arbetssätt så att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Patientsäkerhetsarbetet är en grundläggande förutsättning i Region Jönköpings läns utvecklingsarbete i planen för att möta framtidens hälso- och sjukvård. Arbetet kommer under planperioden att anpassas till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård. I handlingsplanen beskrivs (figur 15):

- Mål – god och säker vård, överallt, alltid.
- Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet – engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kompetens och bemanning, och patienten som medskapare.
- Fem fokusområden.



Figur 5 Områden inom den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Organisering av och arbetssätt för arbetet med patientsäkerhet samordnas med det arbete som görs i nationellt, sjukvårdsregionalt och regionalt perspektiv i den nationella kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Därför har, för att tydliggöra ledning och styrning av det proaktiva arbetet med patientsäkerhet, en lokal samverkansgrupp patientsäkerhet etablerats 2022. Inom primärvården är det viktigt att utveckla arbetet med patientsäkerhet i anslutning till utvecklingen av den nära vården.

Viktiga framgångsfaktorer är att hälso- och sjukvården är personcentrerad, kunskapsbaserad, resultatorienterad samt organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Strategiska angreppssätt för arbetet med patientsäkerhet är:

- Utveckla och använda bästa rutiner och riktlinjer enligt evidens och beprövad erfarenhet.
- Arbeta med ständiga förbättringar av processer och system för att stödja säkra arbetssätt.
- Utveckla och använda arbetssätt för riskhantering.
- Utveckla och använda arbetssätt för kontroll, anpassning och reaktion i den dynamiska vården för att skapa ett resilient system.
- Begränsning av vårdskadans effekt om den ändå inträffar (för patient, närstående och vårdpersonal).

Fortsatt satsning på patientsäkerhetsutbildning av vårdens professioner och av medarbetare och ledare på alla nivåer, samt utveckling och forskning i nationella och internationella nätverk möjliggör utveckling. Metodikum, Region Jönköpings läns centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, har en central betydelse för kompetensutveckling och teamträning. *Säker vård – alla gånger* är ett väl beprövat koncept som är en del i det proaktiva arbetet med patientsäkerhet i Region Jönköpings län. Patienters och brukares erfarenheter och kunnande tas tillvara för att utveckla nya arbetssätt.

Särskilt viktiga områden i arbetet med patientsäkerhet är ledningens engagemang, arbetssätt och vårdmiljöer som minskar risken för vårdrelaterade infektioner och spridning av multiresistenta bakterier, Strama-arbetet för

adekvat antibiotikaanvändning, förebygga skador av högriskläkemedel och olämplig polyfarmaci, vårdpreventionsarbetet för att minska risk för fallskada, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen, samt åtgärder för att minska risker i vårdens övergångar.

Uppdrag

- Under planperioden anpassas Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete till Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård

Kris- och katastrofmedicinsk beredskap samt civilt försvar för hälso- och sjukvården

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22) beskrivs vilka förmågor och obligatoriska funktioner som ska finnas i Region Jönköpings län. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår det att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. För att ha en god förmåga vid kris- och katastrofmedicinska händelser krävs planläggning, utbildning och övningar. Risker och sårbarheter analyseras fortlöpande och är grunden för planeringsarbetet. Detta arbete genomförs delvis med hjälp av särskilt bidrag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) utifrån överenskommelser gällande krisberedskap och lagen om extraordinära händelser.

För hälso- och sjukvårdens beredskap och civilt försvar kommer de statliga medlen att öka vilket innebär att planeringstakten också förväntas öka. Medlen ska användas för att arbeta med uppgifter inom krigsorganisation och dess bemanning, samverkan och ledning, planeringssamverkan, utbildning och övning, traumavård, försörjningsberedskap samt motståndskraft som innefattar robusthetshöjande åtgärder inom områdena cybersäkerhet och kontinuitetsplanering. Den civila hälso- och sjukvården bör vid krig ha kapacitet att utföra vård som inte kan anstå. Arbetet med att stärka det civila försvaret för hälso- och sjukvården kommer att behöva intensifieras.

Under pandemin har olika områden identifierats som behöver förstärkas för att kunna upprätthålla en god kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Personalens uthållighet och kunskapsutveckling vid en längre kris har visat sig vara en utmaning. Utbildning och övning inom området katastrofmedicin behöver öka.

Uppdrag

- Översyn om hur personalen utbildas, ges övning och förbereds på kris- och katastroflägen samt vid krig.

Framgångsfaktor Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Indikatorer i Öppna jämförelser – (för 2022 specifikt medicinsk kvalitet)	60 %	71,7 %	-	60-	50-	0-49%	År
Standardiserade vårdförlopp – andel patienter i SVF	70 %	65 %	66%	100%	60-68%	0-59%	Månad
Standardiserade vårdförlopp – andel inom max ledtid	80 %	50 %	41%	81-	60-80 %	0-59%	Månad

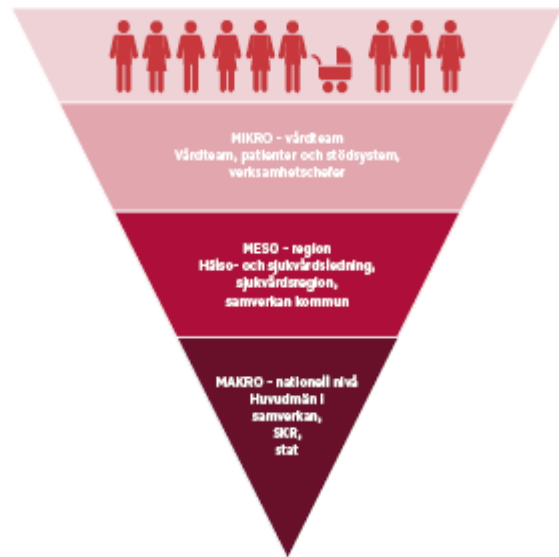
Kunskapsstyrning - Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa

Utgångspunkten för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient i syfte att erbjuda jämlik vård. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Det är i mötet mellan vårdpersonal och patient som värdet skapas och vi ser hur effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrningen är.

Sedan 2018 samverkar Sveriges regioner i Nationellt system för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård utifrån visionen ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika”. Systemet omfattar samverkan kring kunskapsstöd, stöd för uppföljning och analys och stöd för utveckling och ledarskap. Det organiserar även samverkan med statliga myndigheter, kommuner, patient- och professionsföreningar.

I det gemensamma arbetet tar regionerna fasta på överenskommelser med staten om kroniska sjukdomar, cancervård och psykisk hälsa. Här hanteras även frågor om nivåstrukturering, utveckling av nationella kvalitetsregister och införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera kroniska sjukdomar och allvarliga hälsotillstånd. Region Jönköpings län bidrar med medarbetare till nationell och sjukvårdsregional nivå i systemet och anpassar den lokala kunskapsstyrningen utifrån arbetet i programområden och samverkansgrupper. Sydöstra sjukvårdsregionen har värdskap för fyra av totalt 26 nationella programområden med uppdrag att identifiera utvecklingsbehov och prioritera nationella insatser för att minska skillnader.

Region Jönköpings län är ledande i utvecklingen av metoder för praktisk användning av nationella kvalitetsregister och Registercentrum sydost har särskild kompetens inom patientmedverkan, patientrapporterade mått och förbättringskunskap.



Figur 6 Nationellt system för kunskapsstyrning fördelas uppdrag och ansvar mellan makro-, meso- och mikronivå.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp täcker en eller flera delar av en vårdkedja och beskriver flöde, åtgärder, patientens medverkan och mål och indikatorer för uppföljning. De används för att systematiskt säkra bästa möjliga resultat med så liten variation som möjligt. Vid införande av vårdförlopp är det viktigt att beakta risker för undanträngningseffekter. Den etablerade samverkan som beskrivs ovan ökar nu våra möjligheter att fokusera på lokal resultatuppföljning, implementering av gemensam kunskap, arbetsfördelning och processutveckling tillsammans med patienterna.

Den nära vården ska erbjuda invånare med kroniska sjukdomar det stöd och den tillgänglighet de behöver för att kunna leva med så hög livskvalitet som möjligt. Utvecklingsarbetet omfattar bland annat fördjupad kartläggning av invånarnas behov, förbättrade arbetssätt och uppföljningsrutiner, kompetensutveckling, e-hälsa och effektiva självhjälpsstöd. Insatserna ska minska behandling med flera samtidigt läkemedel, inskrivningar på sjukhus, återinläggningar och undvikbar sjukhusvård. Patientens egna erfarenheter ska tas tillvara och införandet av patientkontrakt fortsätter.

Uppdrag

- Fortsätta det påbörjade arbetet inom kunskapsstyrningen nationellt, regionalt och lokalt med ambitionen att vara ledande i implementeringen. I detta ingår att underlätta för medarbetare och chefer att använda bästa möjliga kunskap och att minska variation med hjälp av kliniska kunskapsstöd, nationella vårdförlopp, vårdprogram och vårdriktlinjer. Patientmedverkan i utvecklingen av hälso- och sjukvården ska öka och samverkan ska effektiviseras mellan olika vårdnivåer i programmet.
- Prioritera och utveckla omhändertagandet av patienter med kroniska sjukdomar.

Cancervård

Antalet människor som lever med cancer ökar med 5 procent årligen. Ökningen beror på att en allt större del av befolkningen är äldre samt att bättre behandlingsmetoder och läkemedel ökar överlevnaden i cancer.

Mottagning för uppföljning av sena komplikationer till följd av en cancersjukdom hos barn skapades under 2020. Det finns nationella vårdprogram för uppföljning av barncancer. Det är en beskrivning av vilken vård som ska erbjudas barncanceröverlevarna och vilka undersökningar som överlevarna bör erbjudas.

Regionerna i Sydöstra sjukvårdsregionen utvecklar cancervården utifrån löftena att patienter med cancer ska:

- Få behandling inom fyra veckor (om inte annat anges i standardiserade vårdförlopp).

- Erbjudas diagnostik och behandling enligt best practice.
- Vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan.
- Få lika god palliativ vård oavsett bostadsort
- Erbjudas bästa möjliga hälsofrämjande insatser och välfungerande screeningprogram.

Region Jönköpings län har infört standardiserade vårdförlopp i cancervården. De flesta patienterna behandlas enligt vårdförloppen men det behövs mer för att nå förloppens idealtider. Utvecklingen sker i nära samarbete mellan olika verksamhetsområden och den nära vården.

Nödvändiga screeningprogram införs i takt med nationella riktlinjer och beslut inom sydöstra sjukvårdsregionen. Dessutom genomförs riktade insatser för ett högt deltagande i mammografiscreeningen och cellprovtagning för livmoderhalscancer.

Under 2022 påbörjar Region Jönköpings län screening av tjock- och ändtarmscancer. Det medför initiala kostnader som enligt hälsoekonomiska beräkningar tjänas in genom att färre individer dör av tjock- och ändtarmscancer. Region Jönköpings län har även påbörjat ett införande av organiserad prostatacancer testning och arbetet med ett diagnostiskt prostatacancer centrum fortsätter.

Sydöstra sjukvårdsregionen har arbetat fram ett vaccinationsprogram för att utrota livmoderhalscancer via en så kallad catch-up för kvinnor.

För att säkerställa en trygg personcentrerad, behovsriktad och resurseffektiv rehabilitering av hög kvalitet utvecklar Region Jönköpings län rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom. Ett viktigt mål är att redan under utredningstiden kunna ge patienten stöd för rehabilitering och egenvård.

Uppdrag

- Arbeta för att nå målen för standardiserade vårdförlopp.
- Öka deltagandet i screeningprogram och genomföra riktade insatser.
- Fortsätta det påbörjade arbetet med screening för tjock- och ändtarmscancer.
- Fortsätta införandet av organiserad prostatacancer testning.
- Erbjud avancerad läkemedelsbehandling på våra tre sjukhus.
- Stärka rehabiliteringskedjan efter cancersjukdom.

Palliativ vård – vård i livets slutskede

Alla har rätt att få ett värdigt slut och att leva hela livet. Behoven hos personer med obotlig sjukdom varierar över tid och kan uppstå oavsett ålder, diagnos och var personen får sin vård. Den palliativa vården bedrivs utifrån det nationella vårdprogrammet i samspel mellan kommunal vård och omsorg, vårdcentraler och specialiserad vård i Jönköpings län.

Allmän palliativ vård ska ges till patienter vars behov kan tillgodoses av personal med grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård. Den bedrivs där personen befinner sig i hemmet, på sjukhus eller i kommunens särskilda boenden. Specialiserad palliativ vård ges till patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov, och som utförs av läkarledda multiprofessionella team.

Uppdrag

- Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.
- Vårdplatser för specialiserad palliativ vård skapas på länets tre sjukhus.
- Verksamheten specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH) fortsätter att utvecklas.

Kvinnors hälsa och förlossning

För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

Uppdrag

- Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja baserat på kvinnors olika behov från graviditet till förlossning och eftervård.
- Att personer som utsatts för sexuellt vård och könsstympning ska få tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap.

Psykisk hälsa

En flerårig satsning pågår för utveckling inom området psykisk hälsa. Arbetet omfattar såväl främjande av psykisk hälsa, förebyggande och tidiga insatser som behandling, stöd och rehabilitering för personer med svår psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning. Teambaserat arbete som är specialiserat på olika typer av diagnosgrupper ger goda förutsättningar att möta behoven hos patienten. Detta kräver en sammanhållen vård och en förstärkt öppenvård med bättre samverkan mellan huvudmännen samt en ökad dialog med patient- och brukarföreningar. Peer support, är personer med egen erfarenhet och en beprövad metod som stödpersoner inom en verksamhet som ger vård, stöd eller rehabilitering. Vården behöver även bli bättre på att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Den kraftigt ökade volymen av neuropsykiatriska utredningar inom Barn- och ungdomspsykiatrien resulterar i att antalet patienter som behöver stöd från vuxenpsykiatrien ökar och kommer öka ännu mer framöver då en stor del av behandlingsinsatser och all läkemedelsförskrivning sker inom specialistsjukvården. Trenden de senaste åren har varit att cirka 33 procent av patienterna inom BUP behöver fortsatt vård inom vuxenpsykiatrien.

Uppdrag

- Utökning av peer support, person med egen erfarenhet
- Utveckla det individuella stödet för bättre somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom i samverkan mellan specialiserade psykiatriska vården, primärvården och kommunen.
- Att utveckla stödet att möta och behandla personer med trauma som kan utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Suicidprevention

Det suicidpreventiva arbetet inom Region Jönköpings län utgår från den handlingsplan och de nio mål som regeringen, via Folkhälsomyndigheten, har antagit. En uppdragsbeskrivning för arbetet med samordnad suicidprevention och psykisk hälsa under 2020-2023 är framtagen och antagen i ledningssystemet för samverkan med länets kommuner. Det övergripande syftet med uppdraget är att utveckla samordning och samverkan mellan berörda aktörer i Jönköpings län, stärka kunskapsuppbyggnad och kompetens, samt utveckla uppföljningen av det suicidpreventiva arbetet.

Uppdrag

- Samordna arbetet kring suicidprevention i länet. För att möjliggöra ett aktivt lokalt arbete etableras ett nätverk med lokala samordnare i länets kommuner.

Våld i nära relationer

Mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld, könsstympning och våld i nära relationer orsakar stort lidande för många. Region Jönköpings län arbetar med insatser som ska motverka att detta uppstår eller upprepas. Resursförstärkning genomfördes 2020 för arbetet med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer inklusive barn i våldsutsatta miljöer. Utbildning- och informationsmaterial rörande barns utsatthet har tagits fram. Ett arbete har även genomförts med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck där framtagande och implementering av utbildningsprogram påbörjats. Utbildning har exempelvis skett för hälsokommunikatörerna i ämnet våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

Uppdrag

- Arbeta med att bemöta och omhänderta våldsutsatta personer fortsätter och utvecklas i länet och en första utvärdering genomförs under 2022.

- Fortsätta det påbörjade arbetet med implementering av utbildningsprogram med inriktning på hedersrelaterat våld och förtryck.
- Strukturera arbetssätt för att identifiera och bemöta hedersrelaterad problematik kopplat till barn och unga.

Läkemedelsanvändning

Region Jönköpings län arbetar för att nå en rationell, säker, jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Detta sker till exempel genom läkemedelsdialoger. Region Jönköpings län deltar även aktivt i arbetet kring läkemedelsfrågor i sydöstra sjukvårdsregionen samt på nationell nivå. Kostnaderna för läkemedel fortsätter att öka både i riket och i Region Jönköpings län. Nya läkemedel ger möjligheter till bättre behandlingsresultat, men leder samtidigt till ökade kostnader för läkemedelsbehandling. Region Jönköpings län följer nationellt ordnat införande av läkemedel och nationella rekommendationer, samt har en särskild budgetmodell för införande av nya kostnadskrävande läkemedel. Region Jönköpings län har som målsättning att ha resultat i toppklass, men en läkemedelskostnad som ligger i paritet med riket.

Sjukhusapoteket, vilket bedrivs i egen regi, arbetar kontinuerligt med lokaler, logistiklösningar och lagernivåer för att säkerställa en robust läkemedelsförsörjning. Under pandemin har vikten av detta arbete belysts ytterligare. Lagernivåerna av kritiska läkemedel för slutenvården ökas successivt, med särskilt fokus på operation och intensivvårdens behov.

Att minska negativa händelser orsakade av läkemedel är ett fortsatt prioriterat område. Ökad patientdelaktighet i läkemedelsanvändningen, i den mån patienten önskar, kan och vill, samt minskning av olämplig polyfarmaci ses som framgångsfaktorer för att förebygga fel i vårdövergångar och minska läkemedelsorsakad sjuklighet.

Läkemedel är gjorda för att vara biologiskt aktiva och stabila i kroppen och utsöndras via urin och avföring och hamnar i avloppsreningsverken. I länet har förhöjda halter av flera läkemedel konstaterats i avloppsreningsverk. Det är angeläget att Region Jönköpings län arbetar med att, med bibehållen patientnytta, både begränsar förskrivningen av miljöpåverkande läkemedel och att främja god hantering av kasserade läkemedel samt rening av läkemedelsrester i avloppsreningsverk. Minskad förskrivning kan ske via ökad användning av icke-farmakologiska behandlingar/livsstilsförändringar, startförpackningar och tidsbegränsade ordinationer samt om möjligt välja mindre miljöpåverkande alternativ.

För att främja en hållbar läkemedelskedja ska Region Jönköpings län även förbättra invånarens kunskap om hur läkemedel påverkar miljön och hur överblivna läkemedel ska kasseras. Region Jönköpings län ska öka samverkan om läkemedels miljöpåverkan och rening av läkemedelsrester med länets kommuner och länsstyrelsen.

Uppdrag

- Tillhandahålla en rationell och säker läkemedelsförsörjning
- Arbeta för en jämlik läkemedelsbehandling
- Kostnadseffektiv läkemedelsanvändning utifrån nationella och regionala avtal och rekommendationer
- Minska olämplig läkemedelsanvändning
- Minska miljöpåverkan från läkemedel med bibehållen patientnytta
- Främja en hållbar läkemedelskedja efter att patienten använt läkemedel.

Bidrag inom folkhälsoområdet

Region Jönköpings län beviljar årligen bidrag till länsövergripande organisationer för att stödja och stimulera verksamheter som syftar till att främja en jämlik hälsa och bidra till att minska hälsoklyftor i regionen. Bidragen är en viktig stimulans till civilsamhället för att möjliggöra mer stöd för invånarna att kunna hantera sin hälsa.

Bidraget kan ges som organisationsstöd och/eller verksamhetsstöd men också som stöd till olika projekt. Nykterhetsfrämjande organisationer, idrottsrörelsen och organisationer inom funktionshinderområdet är exempel på mottagare av bidrag. Inom funktionshinderområdet ska bidraget stödja föreningar att genom olika mötesplatser sprida information, upplysa och delge kunskap om funktionsnedsättningar samt stödja föreningarna till att verka för en förbättrad hälsa i gruppen.

Smittskydd, vårdhygien och strama

Region Jönköpings län övervakar det epidemiologiska läget i länet för att begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. Under pandemin har smittskyddet haft en central roll gentemot såväl vården som övriga delar av samhället när det gäller information och riktlinjer, förebyggande åtgärder, smittspårning, epidemiologisk övervakning, vaccination med mera.

Vaccinationsprogrammen är en viktig del i det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar. En storskalig vaccinationskampanj mot covid-19 påbörjades i början av 2021. Det är i nuläget oklart hur det långsiktiga behovet av upprepad vaccination kommer att se ut, men sannolikt kommer åtminstone riskgrupper att behöva vaccineras återkommande. Region Jönköpings län följer även upp vaccinationstäckningen i länet för barnvaccinationsprogrammet, och vaccination av olika riskgrupper. Årligen genomförs en omfattande influensavaccinationskampanj där en stor andel (74 procent hösten 2021) av alla länets invånare över 65 år vaccineras.

Arbete pågår ständigt för att förebygga vårdrelaterade infektioner på sjukhus, inom primärvården och inom kommunal vård och omsorg. Med hjälp av hygienombud på varje avdelning mäts följsamheten till basala hygienrutiner och stort fokus läggs på utbildning av medarbetare i olika verksamheter. I samband med pandemin har hygienrutiner och skyddsutrustning varit helt avgörande för att minimera smittspridningen till såväl vårdtagare som personal i region och kommun och i stort sett allt arbete har fokuserats på detta. Samarbetet med så gott som samtliga vårdverksamheterna har intensifierats under pandemin. Det har även framkommit ett behov av förstärkt vårdhygieniskt stöd i primärvården och en hygiensjuksköterska har anställts som arbetar med detta. Infektionsrisker relaterade till nybyggnation eller renoveringsarbeten i vårdlokaler har blivit en fråga som tar allt mer av vårdhygiens tid i anspråk.

Strama (samverkan mot antibiotikaresistens) arbetar för en rationell antibiotikaanvändning.

Antibiotikaförbrukningen i öppen och sluten vård följs upp och återkopplas till verksamheterna. Bland annat görs årliga besök till varje vårdcentral där diagnoskopplad förskrivning redovisas på förskrivarnivå. I samarbete med infektionskliniken införs så kallade antibiotikaronder, där antibiotikaförskrivningen inom slutenvården granskas i realtid av infektionsläkare.

Region Jönköping har sedan juni 2016 bedrivit sprututbytesmottagning, med fysisk placering i Jönköping i anslutning till infektionskliniken. Den primära målsättningen är minskad smittspridning av blodburna sjukdomar men även att främja psykisk och fysisk hälsa generellt. En inventering har gjorts för att få en aktuell bild av var personer med intravenös administrering av droger/läkemedel finns i länet. Det blir då tydligt att vi med sprututbytesverksamheten i Jönköping inte når hela regionen. En orsak kan vara det stora geografiska avståndet där längre resväg kan vara ett hinder rent ekonomiskt, men även logistiskt för yrkesverksamma. Förslag är därför att utöka verksamheten till att finnas på tre ställen i länet.

Uppdrag

- Utöka arbetet med att minska antibiotikaförskrivning.
- Fortsatt bevakning av covid-19 och eventuellt behov av ny storskalig vaccination
- Utökning av sprututbytesprogrammet till Värnamo och Nässjö. Förslag att pröva upplägget under 18 månader, med utvärdering efter 12 månader. Planerad start januari 2023.

Vårdnära service

Bra och välfungerande vårdnära servicetjänster är viktiga delar för att verksamheterna ska fungera.

Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt flyttas över till servicepersonal och därmed ge förutsättningar för en effektiv, tillgänglig och säker vård där den samlade kompetensen används på bästa möjliga sätt. Exempel på detta är patientnära städning, måltidshantering, förråds- och textilhantering samt patienttransporter. Vårdnära service är en viktig del i arbetet för rätt använd kompetens.

Uppdrag

- Arbetsuppgifter som idag till stor del sköts av sjukvårdsutbildad personal ska där det är möjligt, på ett kostnadseffektivt sätt, flyttas över till servicepersonal för rätt använd kompetens.

Perspektiv: Lärande och förnyelse

Förbättrar verksamheten och skapa innovationer

Framgångsrik hållbar verksamhet över tid kräver såväl ständiga förbättringar som innovation av produkter, tjänster och processer. Förutsättningen för detta är en kultur som stimulerar till kontinuerligt lärande, kreativitet och nya idéer. Genom jämförelser med ledande organisationer får ledare och medarbetare kunskap om vad som kan uppnås och vägen dit. Ett systematiskt och uthålligt förbättringsarbete leder till nöjdare kunder, nöjdare medarbetare, bättre samhälle och miljö samt ökad effektivitet.

STRATEGISKT MÅL: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktor Förbättringskunskap

I planen för framtidens hälso- och sjukvård är en av strategierna att leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans, men även att utveckla framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling.

För att garantera en god hälsa behövs samverkan med patient, närstående och brukarorganisationer liksom samverkan och helhetssyn mellan vårdgivare. Region Jönköpings län är en av två internationella knutpunkter för forskning och utveckling av detta arbete under benämningen co-production. Utvecklings- och kvalitetsarbetet med öppenhet, helhetssyn och samverkan, tydliga mål och tidplaner samt uppföljning är en nyckel till fortsatt utveckling.

Värdegrund, motivation, idéer och genomförandekraft är viktiga aspekter för att hälso- och sjukvården ska utvecklas så att verksamheterna åstadkommer bästa möjliga resultat till lägsta kostnad varje gång. Det stimuleras genom att fokusera på systemförståelse, processförbättringar och resultat som skapar mervärde för patienten, genom stöd för såväl organisatoriskt som personligt lärande varje dag, samt genom en kultur med fokus på morgondagen.

Arbetet med värdeutveckling genom att öka kvalitet och minska kostnader förutsätter nya arbetssätt. Lärande och förnyelse är en självklar del i chefers och medarbetares vardag, liksom att se möjligheter, pröva nya vägar och att vara lyhörd för idéer och förslag. Grundläggande för chefer och ledare är därför att utifrån invånare och patienters behov skapa förutsättningar för lärande, utveckling och delaktighet. Det pågår utvecklingsprojekt, utbildningar och lärandeseminarier inom olika områden för att stödja och stimulera förbättringsarbetet. Lärande erbjuds idag med allt fler digitala inslag. Förbättringsarbetet är långsiktigt och präglas av ett förebyggande syn- och arbetssätt, som omfattar ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. En utmaning för verksamheter är att sprida kunskap och erfarenheter på ett ännu bättre och snabbare sätt.

Inom hälso- och sjukvård görs översyn av olika specialistområden för att skapa en jämlik vård. Utgångspunkten för arbetet är folkhälsa och partnerskap med patienten. Arbetet har sitt fokus på kostnadseffektivitet och nya arbetssätt med bibehållen eller förbättrad kvalitet. KPP (Kostnad per patient) och KPS (Kapacitet och produktionsstyrning) är exempel på verktyg för att styra resurser mot kostnadseffektivitet. För att uppnå en likvärdig verksamhet är det viktigt att resurser används kostnadseffektivt och fördelas jämnt. Utveckling av nya arbetssätt, fokus på innovation, hälsa och egenvård liksom RAK (Rätt använd kompetens) och digitalisering är viktiga delar i planerna.

Uppdrag

- Fortsätta arbetet med rätt använd kompetens (RAK).
- Fortsätta arbetet med kapacitet och produktionsstyrning (KPS).

Framgångsfaktor Professionell kunskap

Ökade krav på säkerhet och avancerad teknik, höjer kraven på utbildning och träning. Inom hälso- och sjukvården är Metodikum en läns gemensam verksamhet som stödjer medarbetarnas möjligheter att träna och simulera sina färdigheter och teamsituationer kring patienten.

Verksamhetsförlagd utbildning under studietiden är av stor betydelse. Kontinuerlig samverkan med utbildningsanordnare skapar de förutsättningar studenterna behöver för integration av teori och praktik.

Region Jönköpings län samverkar alltmer med andra huvudmäns verksamheter, till exempel kommunerna, sydöstra sjukvårdsregionen och olika lärosäten och utbildningsanordnare. Ett tätt samarbete med lärosäten och utbildningsanordnare är viktigt för att säkra kompetensförsörjningen samt kvalitet och innehåll i utbildningarna.

Odontologiska institutionen är ett ledande centrum – såväl nationellt som internationellt – för specialistutbildning och annan kvalificerad efterutbildning av tandvårdspersonal. Utbildning sker inom specialiteterna endodonti, bettfysiologi, odontologisk radiologi, oral kirurgi (käkkirurgi), oral protetik, ortodonti, parodontologi och pedodonti. Totalt omfattar det nationella uppdraget tolv platser.

Jönköping University vill i samverkan med Region Jönköpings län och Linköpings universitet starta en ny tandläkarutbildning med ett unikt utbildningskoncept. En ansökan skickades in i mars 2022.

Uppdrag

- Erbjud kompetensutveckling för Region Jönköpings län och kommuner i samverkan, praktisk träning och teoretisk bas
- Stödja starten av en ny tandläkarutbildning
- Rekramera rätt akademisk kompetens till den planerade tandläkarutbildningen

Framgångsfaktor Forskning

Systemmätetal	Mål	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Antal forskarutbildade medarbetare	Fler än 125	145	150	100 %	80-99%	0-70%	År
Antal publikationer	Fler än 150	126	175	100 %	80-99%	0-70%	År

Forskning och utveckling (FoU) för hälso- och sjukvård är en central del i en kunskapsorganisation och Region Jönköping län har därför sedan lång tid stimulerat och finansierat klinisk forskning och skapat stödresurser till kunskapsbaserad vård som till exempel biblioteksverksamhet. Detta har resulterat i att organisationen har många aktiva forskare och en mycket god vetenskaplig aktivitet vilket bidrar till sjukvårdens kvalitet och attraktionskraft. De FoU-aktiviteter som Region Jönköpings län stöder är till exempel medarbetares forskningsuppdrag, forskningstid, forskningsprojekt, deltagande i vetenskapliga konferenser och forskarutbildning. Forskning ska vara möjlig i hela länet.

Den decentraliserade läkarutbildningen och universitetssjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen har de senaste åren utvecklats allt mer och är av stor betydelse för den kliniska forskningen och den kliniska utvecklingen även i vår organisation. För att stödja genomförande av klinisk forskning finns en klinisk prövningsenhet och en sjukvårdsregional stödstruktur för klinisk forskning, Forum Sydost. Dessa verksamheter bidrar också till en positiv utveckling och ger förutsättningar för fler kliniska prövningar av läkemedel och medicinteknik genomförs i Sydöstra sjukvårdsregionen. I framtidens hälso- och sjukvård behövs ett ökat fokus på att utvärdera och implementera nya innovativa teknologier och hälsojänster. Samverkan i detta arbete görs inom Region Jönköpings län och i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Det årliga regionala forskningsanslaget för Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS) debiteras regionerna utifrån andelen invånare. Andelen för Region Jönköpings län är cirka fyra miljoner kronor. Från FORSS går projektmedel tillbaka till länet för forskning och utveckling. Region Jönköpings län stöder i likhet med övriga sjukvårdshuvudmännen i Sverige nationellt sökbara forskningsmedel till klinisk behandlingsforskning.

Jönköping University och Region Jönköpings län har en gemensam infrastruktur, Jönköping Academy som idag är en etablerad nationell och internationell arena för samproduktion och spridning av kunskap som bidrar till bättre hälsa och välfärd. Jönköping Academy ska genom forskning om förbättring, samskapande, patientsäkerhet och förändringsledarskap samt genom nyttiggörande av vunnen kunskap förnya och förbättra hälso- och sjukvård och välfärd till gagn för befolkningen. En viktig och prioriterad uppgift för Jönköping Academy och Region Jönköpings läns egen FoU-enhet Futurum de kommande åren är att identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med omställningen till nära vård.

Uppdrag

- Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.
- Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter

Perspektiv: Ekonomi

Leder för hållbarhet

Med engagerade ledare som utgår från kund- och intressentbehov förstärks en kultur som skapar förutsättning för hållbar utveckling. Ledare ser verksamheten, dess produkter, tjänster och processer som delar i en större helhet och verkar aktivt för att förbättra samhälle, miljö och ekonomi. Ledare tar till vara och utvecklar medarbetarnas och organisationens samlade kompetens och mångfald.

STRATEGISKT MÅL: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktor Kostnadseffektiv verksamhet

Systemmätetal	Mål 2023	Resultat 2020	Resultat 2021	Grönt	Gult	Rött	Periodicitet
Ekonomi i balans	Inte överstiga budget	129,9 mnkr	-80,8 mnkr	Noll eller positivt resultat	Ej aktuellt	Negativt resultat	Månad

Tillgängliga resurser ska användas på bästa sätt för att nå målen. Det innebär att värden utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer, baserat på hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Balans mellan verksamhetens uppdrag, personalkostnader och ekonomiska ramar måste upprätthållas för att behålla en långsiktig och stabil utveckling. För att säkra att verksamhetens uppdrag matchas med ekonomiska förutsättningar bör KPS (kapacitet och produktionsplanering) användas i större omfattning för att fördela ekonomiska medel inom den specialiserade vård samtidigt som en bra produktivitet och effektivitet ska eftersträvas.

Invånarnas behov av ögonsjukvård har ökat och ramen behöver justeras med 6 miljoner kronor för att ge förutsättningar för en fortsatt god tillgänglighet för länets invånare. Under flera år har det ökade behovet finansierats av utomlänstäckning som överstiget ersättningen per åtgärd inom vårdvalet. Detta är sedan våren 2021 inte möjligt då intäkterna har justerats för att följa nationella överenskommelser och det innebär minskade intäkter. Den nationella överenskommelsen innebär att Region Jönköpings län inte får fakturera mer än vad ersättningen per åtgärd inom vårdvalet är.

Det krävs lättillgänglig och rättvisande information om såväl prestationer som resultat, för att kostnader på ett bra sätt ska kunna ställas i relation till utförda prestationer och nådda resultat. Kostnad per patient (KPP) har införts som ett viktigt stöd för en kostnadseffektiv verksamhet inom den specialiserade vården och inför 2023 införs KPP även för primärvården.

För att bedöma Region Jönköpings läns kostnadseffektivitet är det viktigt med jämförelser med övriga regioner. Inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

Ambitionen är att successivt förstärka den nära vården. Denna omställning syns redan från 2019 då primärvårdens andel av totala hälso- och sjukvårdskostnaden ökade. Målsättningen är att denna omställning ska fortsätta.

Uppdrag

- Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.
- Att genomlysna ekonomiska- och bemanningseffekter på kort och lång sikt utifrån pandemin samt behov av omställning till nära vård under 2022 som ska utgöra underlag inför budget 2023.

Patientavgifter

Hälso- och sjukvårdens avgifter och egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet redovisas i intranätet, på Region Jönköpings läns webbplats rjl.se/1177.se samt i särskild bilaga till budgeten.

Vid nästa årsskifte höjs slutenvårdsavgiften med tio kronor till 110 kr. För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 110 kr per påbörjad vård dag. Därefter utgår en avgift på 90 kr per vård dag (nuläget: 100 kr respektive 80 kr). Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

En ny egenavgift för uppladdningsbara hörapparater införs samt avgifter och bidrag för livsmedel för medicinska ändamål räknas upp med förändring i konsumentprisindex.

Tandvårdstaxan

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar sedan 2008 om referenspriser för de tandvårdsåtgärder som ingår i det statliga tandvårdsstödet. Region Jönköpings län avviker från referensprislistan med cirka 5 procent 2022. Jämfört med riket i övrigt har Region Jönköping en låg avgift i tandvårdstaxan. För att möjliggöra en hållbar arbetsmiljö, nödvändiga investeringar samt finansiera politiska lönesatsningar utöver ordinarie löneavtal bör tillåten avvikelse mot referensprislistan öka från cirka 5 till cirka 7 procent.

Principerna avser både allmäntandvård och specialisttandvård och sätter ramen för hur de olika åtgärderna inom folktandvården prissätts.

- Taxan ska i största möjliga utsträckning följa referensprislistan.
- Den totala intäkten (åtgärd*volym*pris) får avvika cirka 7 procent från referensprislistans totala intäkt. Detta gäller under förutsättning att referensprislistan inte höjas mer än normalt inför 2022.
- Frisktandvården ska vara självfinansierad.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 109

Bilaga till budget 2023 - Regelbok primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2022/75

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

1. Överlämna förslag till regelbok för primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023 till regionstyrelsen.
2. Inför beslut i regionstyrelsen ska regelboken uppdateras med beslut tagna under 2022 samt harmonisera med beslutad budget för Nämnd för folkhälsa och sjukvård i fråga om skrivningar och medelsfördelning.

Sammanfattning

Regelbok för primärvården inom vårdval i Region Jönköpings län är framtagen för 2023.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-01
- Regelbok för primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Presidiet föreslår att följande tillägg görs i beslutssatsen:

Inför beslut i regionstyrelsen ska regelboken uppdateras med beslut tagna under 2022 samt harmonisera med beslutad budget för Nämnd för folkhälsa och sjukvård i fråga om skrivningar och medelsfördelning.

Thomas Bäuml (M) avstår från att delta i beslutet.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Bilaga till budget 2023 - Regelbok Primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023

Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- Överlämnar förslag till regelbok för primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023 till regionstyrelsen.

Sammanfattning

Regelbok för primärvården inom vårdval i Region Jönköpings län är framtagen för 2023.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-01
- Regelbok för primärvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023

Beslut skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret - folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
RegiondirektörMats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län

Regelbok 2023

Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping

© Region Jönköpings län, folkhalsaochsjukvard.rjl.se/uppdrag-och-avtal/vardval/

Innehåll

1. Vision och övergripande mål	10
1.1 Vision för Region Jönköpings län.....	10
1.2 Övergripande mål.....	10
1.3 Vårdval i primärvård.....	12
Mål och grundläggande principer.....	12
2. Allmänna villkor	14
2.1 Utgångspunkter	14
Barnkonventionen.....	14
Barn som anhöriga.....	14
Hållbar utveckling	14
Informationsansvar	15
Kunskapsstyrning	15
Marknadsföring och information till invånare	15
Patientens rättigheter	16
Patientkontrakt.....	16
Kontinuitet.....	18
Klagomål	18
Vårdgaranti.....	18
Patientsäkerhet.....	18
Samverkan	19
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	20
2.2 Invånarnas val	20
Invånaren väljer vårdcentral	20
Nyinflyttade och nyfödda	21
Invånare som flyttar inom Jönköpings län	21
Invånare med skyddade personuppgifter.....	21
Personer som inte är folkbokförda i Sverige	21
Anmälan av kapacitetsbrist.....	21
När en vårdcentral upphör	22
När en filial upphör	22
2.3 Ansvar och skyldigheter.....	22
Kris och katastrofmedicinsk beredskap.....	22

Dödsfall utanför sjukhus.....	23
Insyn	23
Intyg.....	23
Läkemedel	23
Medicinsk service/diagnostik	24
Medicintekniska produkter	25
Hjälpmedel och förbrukningsprodukter	26
Patientjournalen	26
Patientskadeförsäkring	27
Sjukskrivning.....	27
Smittskydd.....	27
Remisser	28
Sjuk- och behandlingsresor	28
Tolk.....	28
Vårdhygien	28
2.4 Arbetsgivaransvar	29
Arbetsgivaransvar.....	29
Bemanning och kompetens.....	29
Meddelarfrihet och meddelarskydd.....	29
Tystnadsplikt och sekretess	29
2.5 Samarbetsformer	30
Överenskommelse inom samma vårdgivare.....	30
Konsultavtal.....	30
Underleverantörsavtal.....	30
2.6 Avtal enligt avtal lagen om valfrihetssystem.....	31
3. Vårdcentralens uppdrag.....	32
3.1 God vård och jämlik hälsa.....	32
3.2 Geografiskt närområde.....	33
3.3 Tillgänglighet	33
Öppettider	33
Telefon.....	33
E-tjänster.....	34
Filial.....	35

3.4 Närakut.....	35
Vårdcentralens närakut.....	35
Gemensam närakut	36
3.5 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	36
Levnadsvanor	37
Hälsosamtal	37
Vårdprevention.....	37
Hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden	37
3.6 Vårdsamordning.....	38
Vårdsamordnarens uppdrag.....	38
3.7 Läkarpuppdrag i hemmet	38
Ordinärt boende	39
Ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård.....	39
Särskilda boendeformer och korttidsboenden	39
3.8 Läkare i beredskap	40
3.9 Läkarpuppdrag i palliativ vård.....	41
3.10 Läkarmedverkan i barnhälsovården	41
3.11 Psykisk hälsa	41
3.12 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.....	42
3.13 Vaccinationer	44
3.14 Medicinsk fotvård	44
3.15 Hälsoundersökning och vård av flyktingar och migranter	44
3.16 Utbildning och forskning	44
Grundutbildning	45
Studenter och elever.....	45
Klinisk undervisningsmottagning (KUM)	45
Vidareutbildning.....	45
Allmäntjänstgöring (AT) för läkare	45
Bastjänstgöring (BT) för ST läkare inom andra specialiteter	46
Specialisttjänstgöring (ST) för läkare.....	46
Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU- eller EES-land	47
Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)	47
Specialistutbildning för sjuksköterskor	47
KBT – Kognitiv beteendeterapi	47

Forskning	47
Akademisering av primärvården	48
3.17 Systematiskt förbättringsarbete	48
3.18 Resurs för utveckling av nära vård – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	48
4. Informationshantering och IT	49
4.1 Inledning	49
4.2 Informationssäkerhet	49
4.3 Personuppgifter	49
4.4 Verksamhetsdata	49
4.5 IT-system och infrastruktur	50
4.6 Support och IT-konsulttjänster	51
5. Uppföljning och Rapportering.....	53
5.1 Avtalsuppföljning	53
5.2 Uppdragsuppföljning.....	53
Patientenkäter	53
Rapportering	53
Kvalitetsregister och andra register	53
5.3 Dialog	54
5.4 Fördjupad uppföljning och revision	54
6. Ersättningsvillkor.....	55
6.1 Budgetram	55
6.2 Ersättningsmodell.....	55
6.3 Ersättning 2023	56
6.4 Patientrelaterad ersättning.....	57
Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups).....	57
Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)	58
Läkemedel	58
Vårdsamordning	59
Läkarbesök i hemmet	59
Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden	59
Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården	59
Resurs för utveckling av nära vård och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	59

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	60
Tolk.....	60
Hälsosamtal	60
Särskilt kostnadskrävande patienter	60
Vård av patient som är listad på annan vårdcentral.....	60
Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar.....	61
Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.....	61
6.5 Kvalitetsersättning.....	61
Eget systematiskt förbättringsarbete.....	61
Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten	61
Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden	62
Utveckling och implementering av nya arbetssätt kroniskt sjuka	62
Kvalitetsindikatorer kopplad till ersättning	62
6.6 Särskild ersättning	63
Utbildning.....	63
Klinisk undervisningsmottagning (KUM).....	64
Centrala utbildningsmedel.....	64
Utökade öppettider	65
Läkarmedverkan i barnhälsovården	65
Modell för ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter	65
Samordnare med ansvar för gemensam närakut.....	66
Riktade statsbidrag	66
Momskompensation	66
6.7 Avdrag/Kostnader	66
Patientavgifter.....	66
Läkemedel	66
Medicinsk service inom Region Jönköpings län	67
Avdrag för besök på annan vårdcentral i Region Jönköpings län	67
Avdrag för besök i andra regioner.....	68
Avdrag för besök hos privat vårdgivare på nationella taxan eller vårdavtal på primärvårdsnivå.....	68
Kostnadsansvar för närakutmottagning.....	68
Kostnadsansvar för smittskydd.....	69
Kostnader för IT och telefoni	69

Kostnader för hjälpmedel och förbrukningsprodukter	69
Kostnader för förbrukningsmaterial	69
6.8 Underlag för utbetalning	69
7. Anvisningar för ansökan	70
7.1 Ansökan om godkännande	70
7.2 Ansökan och begärda handlingar	70
7.3 Offentlig handling	71
7.4 Frågor om ansökan	72
7.5 Komplettering eller rättning av ansökan	72
8. Villkor för godkännande	73
8.1 Handlingar	73
8.2 Ekonomiska förutsättningar	73
8.3 Verksamhetsförutsättningar	73
Verksamhetschef	73
Medicinskt ledningsansvarig läkare	73
Hälso- och sjukvårdspersonal	74
Lokaler	74
Lokalisering	74
9. Beslut om godkännande	75
9.1 Villkor	75
9.2 Beslut om godkännande	75
9.3 Ingående av avtal	75
9.4 Verifiering inför driftstarten	75
9.5 Återkallande av godkännande	76
9.6 Överklagande	76
10. Mall för avtal enligt lagen om valfrihetssystem	77
10.1 Avtalsparter	77
10.2 Avtalets omfattning	77
10.3 Avtalsperiod	77
10.4 Kontaktpersoner	77
10.5 Meddelanden	77
10.6 Handlingars inbördes ordning	77
10.7 Lagar, förordningar, föreskrifter, policy och riktlinjer	78

10.8 Ersättningsvillkor	78
10.9 Samarbetsformer	78
10.10 Ansvarsförsäkring	78
10.11 Skadestånd.....	79
10.12 Ändrade ägarförhållanden.....	79
10.13 Överlåtelse.....	79
10.14 Ändringar i avtalet.....	79
10.15 Brister och sanktioner	79
10.16 Tillämpning och tvister	80
10.17 Konkurs	80
10.18 Avtalets upphörande på leverantörens begäran.....	81
10.19 Uppsägning av avtalet på beställarens begäran.....	81
10.20 Force majeure.....	81
10.21 Efter avtalets upphörande.....	82
10.22 Bilagor.....	82
10.23 Underskrifter	82

1. Vision och övergripande mål

1.1 Vision för Region Jönköpings län

För ett bra liv i en attraktiv region.

1.2 Övergripande mål

Målet för hälso- och sjukvården i Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och god och jämlik vård oavsett var i länet man bor. Länets invånare ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver den. Region Jönköpings län vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- En personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- Skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- Arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- Är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- Är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- Har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- Använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- Innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård



Region Jönköpings läns strategi för nära vård är att ställa om hälso- och sjukvården från slutenvård till öppenvård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

Den nära vården är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter, för att skapa en sammanhållen vårdkedja.

För att ”Esther” ska få bästa möjliga vård utifrån sina behov stärks samverkan med kommunerna. För en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län stödja invånaren i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa.

Region Jönköpings län är aktiv i utveckling och implementering av välfärdsteknik och e-hälsa. Digitala vårdsbesök ska vara en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Förstärkningen i primärvården ska öka läkartätheten, som leder till ökad kontinuitet och förbättrar medarbetarnas arbetsmiljö. Region Jönköpings län antar ett långsiktigt bemanningsmål inom primärvården med ett genomsnitt med 1500 listade invånare per distriktsläkare

I Jönköpings län är vårdcentralen invånarnas självklara förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvård. Vårdcentralen är den naturliga koordinatören som samordnar invånarnas behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Invånarna känner tilltro och upplever att de är trygga och säkra i sina kontakter med vårdcentralen.

Vården ska bedrivas personcentrerad. I den personcentrerade vården ska andra behov än enbart de fysiska behoven lyftas fram. En viktig framgångsfaktor är den personcentrerade vården som innebär att se och möta hela människan och där individens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Även anhöriga och närståendes hälsa och delaktighet ska finnas med och ha en tydligare roll vid varje kontakt med vårdgivare.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård innefattar planen sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

1.3 Vårdval i primärvård

Utifrån budget och flerårsplan fastställer och reviderar regionfullmäktige årligen mål, uppdrag och ersättningsvillkor för vården som avtalas och drivs inom ramen för Lag om valfrihetssystem (2008:962). Proposition 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform kan komma att påverka regelbokens innehåll.

Fokusområden är:

- stödja det hälsofrämjande arbetet, stärka invånarnas förmåga till egenvård och öka användandet av digitala verktyg för att möta välfärdsutmaningen
- att tidigt upptäcka och behandla psykisk ohälsa
- kroniskt sjuka
- samverkan

Mål och grundläggande principer

Vårdvalsmodellen för Region Jönköpings län:

1. Stärker invånarnas inflytande genom att

- invånarna väljer vårdgivare
- ersättningen följer invånaren

- redovisning av kvalitet och resultat är offentliga
- vården ges med kontinuitet och bred kompetens
- vården ges på lika villkor i hela länet
- vården är personcentrerad och utförs i samarbete med patienten
- vårdgivaren upprättar patientkontrakt och samordnad individuell vårdplan
- stärka invånarnas förmåga till egenvård

2. Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens genom att

- stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus
- systematiskt fördela arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens som främjar personcentrerad vård, kvalitet och effektivitet
- sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig kompetensutveckling
- utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens
- stimulera mångfald av vårdgivare
- delta aktivt i forskning och utveckling
- handleda och utbilda studenter, AT-, ST-läkare samt PTP psykologer.

3. Styr mot önskvärda resultat genom att

- ge störst ersättning för invånare med störst vårdbehov
- premiera goda kliniska resultat
- premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- vara patientsäker
- ha hög tillgänglighet
- stimulera samverkan och utveckling av nya arbetssätt
- stimulera digitalisering och e-hälsa
- säkerställa kostnadseffektiv vård
- stimulera aktivt deltagande i klinisk forskning

2. Allmänna villkor

2.1 Utgångspunkter

Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering

Leverantören ska följa gällande lagstiftning för lika rättigheter och möjligheter och antidiskriminering.

- Diskrimineringslagen (2008:567)
- Förbud mot missgynnande behandling av arbetstagare eller arbetssökande som är, ska vara eller har varit föräldraledig. Omfattar även vård av sjukt barn. Föräldraledighetslagen (1995:584).
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Förordningen (2006:260) om antidiskrimineringsvillkor i upphandlingskontrakt

Leverantören ska på begäran redovisa åtgärder, upprättade planer med mera som vidtagits med anledning av ovanstående.

Barnkonventionen

Leverantören ska följa lagen gällande barnkonventionen och Region Jönköpings läns riktlinjer som utgår från denna. Utsett barnrättsombud ska stödja verksamhetschefen att säkerställa att barns och ungas rättigheter beaktas.

Barn som anhöriga

Leverantören ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor ihop med:

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning
- har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar
- utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp

Detsamma gäller om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Hållbar utveckling

Leverantören ska:

- följa Region Jönköpings läns Hållbarhetsprogram 2021-2025.
- årligen rapportera åtgärder som vidtagits under året och hur hållbarhetsmålen kommunicerats i verksamheten.

Informationsansvar

Leverantören och Region Jönköpings län har ett ömsesidigt ansvar att samråda och informera om verksamhetsförändringar som påverkar invånarnas tillgång till vård och service eller samarbetet mellan leverantören och Region Jönköpings län.

Leverantören ska bland annat informera Region Jönköpings län om:

- ändrade ägarförhållanden
- överlåtelse av LOV-avtal till annan vårdenhet/leverantör
- byte av marknadsnamn eller firma för verksamheten
- byte av verksamhetschef
- byte av medicinskt ledningsansvarig läkare
- underleverantörer, konsulter och samverkanspartners
- risk för kapacitetsbrist

Leverantören ska representeras på informationsmöten som Region Jönköpings län kallar till.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är vårdens gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare har förutsättningar att:

- använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte
- följa upp och analysera patientmöten både på individnivå och på gruppnivå
- använda nationella kvalitetsregister för att systematiskt förbättra sin verksamhet
- tillämpa nationella och lokala kunskaps- och beslutstöd som Region Jönköpings län anvisar
- snabbt och systematiskt omsätta ny kunskap
- identifiera och prioritera förbättringsområden tillsammans med patienten

Marknadsföring och information till invånare

Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486). All marknadsföring ska vara saklig och korrekt.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje Marknadsföring av hälso- och sjukvård och tandvård, övriga riktlinjer inom informationsområdet och standard för kallelser.

Leverantören ansvarar för eventuella underleverantörers marknadsföring. I all marknadsföring ska tydligt framgå vem som ansvarar för verksamheten eller tjänsten och hur man kontaktar ansvarig.

Leverantören ska tydligt informera om att hela eller delar av verksamheten finansieras och drivs på uppdrag av Region Jönköpings län enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Jönköpings läns symbol för vårdval används för att signalera vilka vårdenheter som är godkända och möjliga att välja. Symbolen ska användas på vårdenhetens webbplats och i informationsprodukter där det är relevant. Symbolen får användas i marknadsföring, men i brev och kallelser, på kuvert, visitkort, tidkort och liknande produkter ska symbolen inte användas.

Leverantören förutsätts ha en egen webbplats/webbsida som 1177 Vårdguiden (1177.se) kan länka till och som i sin tur länkar tillbaka till 1177 Vårdguiden. Leverantören ska dessutom leverera kontaktuppgifter och administrera vårdcentralens kontaktsida på 1177 Vårdguiden. Leverantörens webbplats ska uppfylla krav på tillgänglighet enligt EU direktiv 2016/2102 och Lagen om tillgänglighet till digital offentlig service (2018:1937).

Om leverantören har verksamhet och utbud utanför LOV så ska informationen vara tydligt separerad. Detta innebär exempelvis behov av separata webbsidor för verksamhet inom LOV och verksamhet utanför LOV.

Leverantörens ska medverka i Region Jönköpings läns informationskampanjer.

Patientens rättigheter

Leverantören ska ha goda kunskaper om och tillämpa patientens rättigheter utifrån patientlagen (2014:821).

Leverantören ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska vara jämlik och jämställd och ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Vården ska utformas i samarbete med patienten. Leverantören ska ta vara på patientens och närståendes erfarenheter och möjligheter att medverka i vården utifrån deras önskan och förutsättningar.

Patientkontrakt

Leverantören ska kunna erbjuda patienten ett patientkontrakt enligt region Jönköpings läns riktlinjer.

Patientkontrakt är en överenskommelse som vårdgivare och patient skapar tillsammans där innehållet ska spegla vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till.

Patientkontraktet består av:

- Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt
- Överenskommen tid
- Sammanhållen plan där alla insatser kring en patient synliggörs oavsett vårdgivare

Patientkontaktets delar dokumenteras i Cosmic enligt gällande rutin

Samordnad individuell plan (SIP)

Leverantören ska erbjuda patienter som behöver vård och omsorg från både leverantören och kommunen en samordnad individuell plan (SIP) enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Fast vårdkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821)-utse en fast vårdkontakt för de patienter som behöver eller begär det, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

I Region Jönköpings län är det leverantörens Vårdsamordnare i avsnitt 3.6 som innehar uppdraget att vara den fasta vårdkontakten när individen behöver det.

Fast vårdkontakt registreras i Cosmic enligt gällande rutin.

Fast läkarkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) ge patienten möjlighet väja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Region Jönköping län målsättning är att varje invånare i länet ska ha en namngiven fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska bland annat svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.

En fast läkarkontakt ska vara legitimerad läkare men behöver inte ha specialistkompetens i allmänmedicin. Den som har en fast läkarkontakt ska, så långt det är möjligt, få träffa samma läkare vid varje besök på vårdcentralen.

Patienten har inte rätt välja vilken läkare som ska vara fast läkarkontakt. En patients önskemål om att en viss läkare ska vara hans eller hennes fasta läkarkontakt bör däremot tillgodoses om det är möjligt.

Att en patient erbjuds en fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar i sig risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren får dessutom en bättre

överblick över pågående aktiviteter vilket underlättar arbetet. Att läkaren ges möjlighet att följa en enskild patient och ta del av resultat från de olika undersökningar, behandlingar och förlopp som planeras och genomförs bidrar till en känsla av sammanhang – inte bara för patienten utan även för läkaren

Fast läkarkontakt registreras i Cosmic enligt gällande rutin. Fast läkarkontakt dokumenteras med namn och titel.

Kontinuitet

Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.

Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett vårdteam med flera olika professioner. Graden av kontinuitet ska anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser då till exempel inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

Klagomål

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Vårdgaranti

Leverantören ska uppfylla den lagstadgade nationella vårdgarantin och Region Jönköpings läns krav på tillgänglighet.

Patientsäkerhet

Leverantören ska följa lagar och föreskrifter om patientsäkerhet, exempelvis:

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns chefläkarorganisation och delta i riskanalyser och händelseanalyser vid utredning av händelser som berör egen verksamhet och verksamheter där Region Jönköpings län är vårdgivare.

Leverantören ska ha rutiner för registrering och hantering av avvikelser. Leverantören ska anmäla, följa upp och analysera egna avvikelser i Region Jönköpings läns avvikelshanteringssystem Synergi. Leverantören ska kunna delta i systemövergripande analyser och uppföljning av avvikelser samt vara behjälplig i spridningen av resultaten.

Leverantören ska i enlighet med Patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Leverantören kan få stöd i sin utredning från Region Jönköpings läns chefläkarorganisation. Leverantören ska skicka en avidentifierad kopia på den kompletta anmälan, eventuell händelseanalys och beslut från Inspektionen för vård och omsorg till vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska skicka en kopia på verksamhetstillsyn och andra beslut från Inspektionen för vård och omsorg till vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska förse patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Leverantören ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden.

Leverantören ska beakta Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet som det uttrycks i budget och flerårsplan. Leverantörens medarbetare bör ha kännedom om de kunskapsområden som beskrivs i ”Säker vård – alla gånger”, Region Jönköpings läns riktlinjer för aktiviteter i patientsäkerhet.

Leverantören ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

Leverantören ska delta i regionala kvalitetsindikationsmätningar och beakta de utbildningsaktiviteter Region Jönköpings län erbjuder medarbetare i patientsäkerhet.

Samverkan

Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer

Leverantören ska samverka med funktioner och verksamheter inom Region Jönköpings län, kommuner och andra myndigheter enligt lagar, föreskrifter, förordningar, överenskommelser och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Samverkan kan gälla enskilda patienters vård och rehabilitering men också planering, utveckling, uppföljning av verksamheten och kompetensutveckling.

Samverkan med kommunerna regleras bland annat i dokumentet ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner”. Region Jönköpings län och kommunerna ska utgå från patientens behov och ska med respekt och tillit samarbeta aktivt över organisations- och huvudmannagränserna.

Patientråd

Leverantören ska samverka med patienter genom ett patientråd eller liknande för att förbättra och utveckla verksamheten utifrån patientperspektivet.

Verksamhetschefen ansvarar för formerna.

Medicinsk programgrupp primärvård

Medicinsk programgrupp primärvård är en mötesplats för uppföljning och styrning av primärvården i Jönköpings län.

Programgruppen har hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag att:

- följa primärvårdens resultat
- föreslå uppdragsförändringar
- initiera och fastställa styrande dokument i Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta
- fördela uppdrag och utse primärvårdsrepresentanter i olika samverkansorgan
- samverka med andra programgrupper inom Region Jönköpings län
- samverka med programområden och samverkansgrupper inom sydöstra sjukvårdsregionen

Programgruppen består av representanter för leverantörer i privat och offentlig regi och vårdval Region Jönköpings län som leder och samordnar gruppens arbete.

Under avtalsperioden kan så väl organisation som uppdrag komma att ändras.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9). Leverantören ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta.

Leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Alla verksamheter som finansieras av Region Jönköpings län ska kännetecknas av kund- och processorientering. Kunskap om andras kompetens i vårdkedjan är en förutsättning. Ta ansvar för ert steg, ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.

Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ska vara långsiktigt och bedrivs enligt vetenskapligt säkrade metoder. Arbetet ska präglas av ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt, ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan.

2.2 Invånarnas val

Invånaren väljer vårdcentral

Vårdval är en överenskommelse mellan invånare och vårdcentralen. Invånaren är fri att söka vård på vilken vårdcentral som helst i Sverige oavsett om individen är listad på aktuell vårdcentral eller inte. Invånaren åtar sig dock att i första hand

vända sig till den valda vårdcentralen och medger att Region Jönköpings län ger ekonomisk ersättning till den valda vårdcentralen. Invånaren kan när som helst välja att lista sig på en annan vårdcentral. Vårdvalet innebär att man väljer vårdcentral, inte enskilda medarbetare.

Alla som fyllt 18 år har rätt att välja vårdcentral. För barn och ungdomar under 18 år väljer vårdnadshavaren. Barn och vårdnadshavare kan välja olika vårdcentraler.

Invånarnas val administreras av Region Jönköpings län. Invånaren väljer vårdcentral via 1177 Vårdguidens e-tjänster eller på Region Jönköpings läns blankett för vårdval. Region Jönköpings län registrerar invånarens val. Region Jönköpings län godkänner endast omval genomförda via 1177 Vårdguidens e-tjänster och via Region Jönköpings läns pappersblankett med fysisk signering. Ansvar för invånarens vård övergår till den nya vårdcentralen så snart valet registrerats.

Nyinflyttade och nyfödda

Region Jönköpings län ansvarar för att nyinflyttade till länet och vårdnadshavare till nyfödda får information om hur valet går till och vilka vårdcentraler som kan väljas. Region Jönköpings län ansvarar för att nyinflyttade och nyfödda registreras på en vårdcentral nära bostaden till dess de gjort ett eget val.

Invånare som flyttar inom Jönköpings län

Invånare som flyttar inom Jönköpings län ansvarar själva för att välja en annan vårdcentral, om de så önskar. Om man flyttar till ett särskilt boende kan man stanna kvar hos sin nuvarande vårdcentral eller välja en annan.

Invånare med skyddade personuppgifter

Invånare med skyddade personuppgifter kan inte lista sig på en vårdcentral. För dessa invånare gäller samma rätt till vård som listade invånare.

Personer som inte är folkbokförda i Sverige

Personer som inte är folkbokförda i Sverige kan inte lista sig på en vårdcentral. Dessa personer ska erbjudas vård enligt Region Jönköpings läns riktlinjer för aktuell patientgrupp.

Anmälan av kapacitetsbrist

Det finns inga begränsningar för hur många invånare som kan välja en specifik vårdcentral.

I en situation där många invånare under mycket kort tid väljer en vårdcentral kan Region Jönköpings län bevilja leverantören uppskov att ta emot nya invånare under maximalt tre månader. Villkor för uppskov är en skriftlig anmälan från verksamhetschefen att eventuell kapacitetsbrist utgör en risk för patienternas säkerhet eller allvarliga arbetsmiljöproblem.

När en vårdcentral upphör

När en vårdcentral upphör ansvarar Region Jönköpings län för att informera berörda invånare om rätten att välja en ny vårdcentral. Vårdcentralens tidigare geografiska områdesansvar kommer omfördelas till andra närliggande vårdcentraler. Invånare som inte väljer ny vårdcentral eller filial inom angiven tid registreras på en vårdcentral inom det nya geografiska områdesansvaret.

När en filial upphör

Beslut om eventuell nedläggning av en filial fattas i samråd med Region Jönköpings län. När en filial upphör ansvarar Region Jönköpings län för att informera berörda invånare om rätten att välja en ny vårdcentral eller filial. Invånare som inte väljer ny vårdcentral inom angiven tid registreras på en vårdcentral inom det nya geografiska områdesansvaret.

2.3 Ansvar och skyldigheter

Kris och katastrofmedicinsk beredskap

Leverantören ska följa gällande föreskrifter för kris och katastrofmedicinsk beredskap.

Särskild händelse definieras av socialstyrelsen som en händelse som är så omfattande eller krävande att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Exempel på särskilda händelser är olyckor med flera skadade, bränder, spridning av farliga ämnen, utbrott av allvarlig smitta, störningar i IT funktioner, el eller vattenförsörjning samt händelser med psykosocial påverkan på samhället.

Region Jönköpings läns Tjänsteman i beredskap (TiB) avgör om en händelse ska klassas som ”särskild händelse”. Vid en särskild händelse tillsätts en regional särskild sjukvårdsledning (RSSL). Vid särskild händelse ska leverantören följa Region Jönköpings läns direktiv från tjänsteman i beredskap eller regional särskild sjukvårdsledning.

Leverantören ska kunna ta emot lindrigt skadade, oskadade och personer i behov av krisstöd.

Leverantören ska upprätta en plan för särskild händelse enligt Region Jönköpings länsriktlinjer och framtagna mall. Planen ska innehålla larmrutiner, telefonnummer till närboende personal som kan öppna vårdcentralen på jourtid samt reservrutiner för telefoni- och IT-störningar. Uppgifterna ska regelbundet och vid behov uppdateras. Planen ska på anmodan kunna uppvisas för Region Jönköpings län.

Leverantören ska ha en utsedd representant för samverkan med psykiatrins krisstödssamordnare på lokalt sjukhus och kommunens grupp för psykiskt och socialt omhändertagande (POSOM).

Leverantören ska delta i utbildning, träning och övning tillsammans med andra vårdgivare och kommuner i sådan omfattning att en fortsatt verksamhet kan bedrivas även i kritiska lägen.

Personal som behövs för att driva verksamheten ska vara krigsplacerade på sin arbetsplats. Beredskapschefen ansvarar för krigsplaceringen i samråd med leverantörens verksamhetschef.

Dödsfall utanför sjukhus

Vid dödsfall i hemmet (undantaget äldreboende och korttidsboende, där särskilda regler gäller) vardagar 08:00-17:00 ansvarar vårdcentralen som invånaren är listad på.

Vid dödsfall utanför hemmet och sjukhus vardagar 08:00-17:00 ansvarar vårdcentralen med geografiskt ansvar för platsen där kroppen påträffats för läkarmedverkan.

Vid dödsfall utanför sjukhus vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördagar, söndagar och helgdagar ansvarar primärvårdens läkare i beredskap.

Insyn

Leverantören ska på begäran lämna ut relevant information för att Region Jönköpings län enligt kommunallagen ska kunna tillgodose invånarnas önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs. Leverantören är inte skyldig att lämna information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning.

Intyg

Leverantören ansvarar för att utfärda vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, utlåtande till Försäkringskassan och andra patientrelaterade intyg via Region Jönköpings läns IT-stöd.

Läkemedel

Läkemedelsbehandling ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas. Leverantören ska följa läkemedelskommitténs och Stramas rekommendationer för förskrivning och medverka till att Region Jönköpings läns mål för läkemedelsförskrivning uppfylls.

Leverantören ska följa läkemedelskommitténs riktlinjer om ordination och hantering av läkemedel, vilka bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37). Särskilt fokus ska läggas på att:

- det vid alla vårdbesök som rör läkemedel finns en korrekt och aktuell läkemedelslista hos vårdgivaren och vårdtagaren.
- aktuella läkemedel dokumenteras i Cosmic. Vid förskrivning av läkemedel ska motivering till insatt behandling, indikation och diagnos dokumenteras

i Cosmic. Ordinationsförändring ska dokumenteras under sökordet ”läkemedelsförändring” i Cosmic.

- genomföra läkemedelsgenomgångar. Det innebär bland annat att leverantören ska erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång. Leverantören ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enkel läkemedelsgenomgång. Patienter som efter en enkel läkemedelsgenomgång har kvarstående läkemedelsrelaterade problem eller där det finns en misstanke om sådana problem ska erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.
- genomföra extern kvalitetsgranskning. Inom Region Jönköpings län erbjuds verksamheterna detta genom Område Läkemedelsförsörjning. Denna, eller motsvarande kvalitetsgranskning, ska genomföras och rapporteras till Område Läkemedelsförsörjning minst en gång per år.
- kassation av läkemedel ska göras på ett miljömässigt korrekt sätt.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje för beställning av läkemedel.

Förskrivning till patient med dosdispenserade läkemedel ska enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) utfärdas i elektroniskt systemstöd avsett för detta. Aktuella läkemedel ska dokumenteras enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska minst en gång om året analysera, kommentera och rapportera sin förskrivning av antibiotika med hjälp av Region Jönköpings läns uppföljningsrapporter och eventuellt ytterligare underlag från läkemedelskommittén eller Strama. Leverantören ska avsätta tid för samtliga läkare samt sjuksköterskor i telefonrådgivningen att delta i ett årligt uppföljningsmöte om enhetens förskrivning av antibiotika.

Leverantören ska följa överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Läkemedelsindustriföreningen om samverkansformer mellan medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården och läkemedelsföretagen och principer för kliniska prövningar. Leverantören ska även följa Region Jönköpings läns riktlinjer ”Regelverk avseende samverkan mellan hälso- och sjukvård och läkemedels-, medicinteknisk-, och laborieteknisk industri. Lokal anpassning Region Jönköpings län”.

Medicinsk service/diagnostik

Leverantören kan teckna avtal med Region Jönköpings läns enheter för medicinsk service eller annan underleverantör för medicinsk service som är ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring. Medicinsk service omfattar klinisk

fysiologi, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi, medicinsk radiologi och transfusionsmedicin.

Eventuella laboratorier och övrig patientnära analysverksamhet i egen regi ska vara ackrediterade av Swedac eller ha motsvarande kvalitetssäkring. Patientnära analysverksamhet innefattar provtagning, preanalys, analys eller postanalys som utförs av vårdpersonal.

Kvalitetssäkrade laboratorier och övrig patientnära analysverksamhet i egen regi ska följa Regelverket för patientnära analysverksamhet från Laboratoriemedicin. Leverantören som i egen regi bedriver laboratorier och övrig patientnära analysverksamhet i egen regi ska utföra internrevision en gång per år enligt Regelverket för patientnära analysverksamhet.

Vårdcentralens närakut dagtid, vardagar, ska kunna utföra patientnära analyser så som P-CRP, P-Glukos, B-Hb, urinsticka, Strep A Test, Graviditetstest U-hCG under vårdcentralens hela öppettid.

Leverantören ansvarar för att relevant verksamhetsdata görs tillgänglig enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

Remisser som utfärdas i samband med digitala vårdmöten ska innehålla relevant information för frågeställningar och hälsoproblem och utformas enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Leverantören ansvarar för att upprätta och förankra rutiner kring remiss- och svarshantering med berörd leverantör av medicinsk service.

Medicintekniska produkter

Medicinskteknisk utrustning

Leverantören har det övergripande medicintekniska ansvaret för sin verksamhet och ansvarar för att i förekommande fall den medicinsktekniska servicen är ackrediterad av Swedac eller motsvarande kvalitetssäkring samt att utrustningen uppfyller vedertagna normer, standarder och krav på tillgänglighet, prestanda och kvalitet enligt gällande lagar och regler.

Leverantören ansvarar för att verksamheten har den medicintekniska utrustning som behövs för uppdraget och att utrustningen uppdateras och kompletteras vid förändringar i uppdraget.

Obligatorisk utrustning är EKG-apparat med tolkningsprogram 12 SL, dermatoskop med möjlighet till bildöverföring, spirometer, defibrillator, bladderscan, blodtrycksmätare för utlåning och alkomätare samt övrig utrustning som behövs för uppdraget.

Hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Leverantörens förskrivare ska göra individuella bedömningar och förskrivningar av hjälpmedel.

Inom diabetes, inkontinens samt nutrition ska förskrivaren bedöma, prova ut, förskriva och följa upp hjälpmedel och förbrukningsprodukter enligt förskrivningsprocessen och Region Jönköpings läns riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser. Förskrivaren ska informera patient och anhöriga om hjälpmedel och eventuella avgifter.

Vid förskrivning i samverkan ansvarar förskrivande part för uppföljning av förskrivningen om inget annat avtalats vid överrapporteringen. Överrapportering och uppföljning ska ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer, gällande avtal och överenskommelser.

Samtliga nya förskrivare ska ha gått Socialstyrelsens förskrivarutbildning (webbutbildning). Förskrivande sjuksköterskor av inkontinens- och nutitionsprodukter ska ha gått regional utbildning för förskrivare som erbjuds via Hjälpmedelscentralen. Innan nya förskrivare kan påbörja denna utbildning behöver de genomgått Socialstyrelsens förskrivarutbildning enligt ovan.

Förskrivaren ska använda hjälpmedelscentralens upphandlade sortiment och IT-stöd för beställning och registrering av hjälpmedel.

Patientjournalen

Leverantören ska upprätta och hantera patientjournalen enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter.

Patientjournalen omfattar ”Patientens väg genom vården” och innefattar moduler för remissflöde, planering/bokning, vårdkontaktregistrering, avgiftshantering, journaldokumentation, vårdplanering och läkemedel. Vårdinformationen hanteras i Cosmic och övriga komplementsystem och bygger på en fastställd struktur och standard för Region Jönköpings län. Fokus ligger på att rätt information ska finnas på rätt plats, i rätt tid, som underlag för rätt beslut – för att trygga patientsäkerhet och uppföljningsbarhet.

Leverantören ska registrera diagnoser, KVÅ-koder och vårdkontakter i patientjournalen enligt Region Jönköpings läns riktlinjer, terminologi, struktur, rutinbeskrivningar och mallar.

Leverantören ska ha utsedda superanvändare för Cosmics olika moduler. Superanvändarna ansvarar för intern utbildning och förankring av fastställda riktlinjer, manualer och rekommenderade arbetssätt samt ansvarar för kontakter med Folkhälsa och sjukvård i ärenden kring support, nyheter och utbildning.

Behandlingen av personuppgifter ska uppfylla de krav som ställs i patientdatalagen (2008:355), Allmänna dataskyddsförordningen (GDPR), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och tryckfrihetsförordningen (1949:105). Privata vårdgivare är personuppgiftsansvariga vilket innebär att denne ensam ska bestämma ändamålen med, och medlen för behandlingen av personuppgifter.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och anvisningar för sammanhållen journalföring. Region Jönköpings län tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen journalföring, inklusive den nationella patientöversikten, med privata vårdgivare.

Leverantören ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan vårdgivare och patient vid överföring av personuppgifter till annan vårdgivare. Leverantören ska lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Jönköpings läns regler.

Patientskadeförsäkring

Leverantören ska informera patient om möjligheten att anmäla en vårdskada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) respektive läkemedelsskada till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF).

Leverantören ska tillhandahålla intyg, utredning och analys som behövs för handläggning av anmälda ärenden.

Patientförsäkring

Region Jönköpings län har tecknat en patientförsäkring hos Löf, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Den patientförsäkringen gäller även om patienten har skadats hos en privat vårdgivare som har vårdavtal med en region.

Patientförsäkringen gäller enligt vad som framgår i patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkring

Läkemedelsförsäkring är en försäkring som läkemedelsindustrin i Sverige har gemensamt. Läkemedelsförsäkringen gäller vid personskador som med övervägande sannolikhet orsakats av läkemedelsbiverkningar som man inte kunnat förutse.

Sjukskrivning

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjukskrivning och använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Smittskydd

Leverantören ska utan dröjsmål rapportera anmälningspliktiga sjukdomar via SmiNet, samt följa smittskyddslagen (SFS 2004:168), smittskyddsförordningen (SFS 2004:255) och Region Jönköpings läns riktlinjer för smittskydd.

Leverantören ska samarbeta med smittskyddsenheten vid utbrott av smittsamma sjukdomar på förskolor, skolor och arbetsplatser inom sitt geografiska närområde. Vid utbrott av smittsamma sjukdomar ska leverantören ordinera och ta prover, undersöka, smittspåra, behandla och remittera patienter. Leverantören med ansvar för ett särskilt boende eller anläggningsboende ansvarar för boendets smittskydd, provtagning, behandling och remittering.

Leverantören ansvarar för provtagning och uppföljning eller remittering av enskilda personer som valt vårdcentralen i samband med smittspårning av exempelvis tarmsjukdomar, multiresistenta bakterier, STI-sjukdomar eller stick- och skärskador.

Remisser

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), Region Jönköpings läns riktlinjer och allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Sjuk- och behandlingsresor

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

Tolk

Leverantören ansvarar för att tillhandhålla tolk till patienter som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska. Leverantören ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

Vårdhygien

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10), Region Jönköpings läns vårdhygieniska riktlinjer och rutiner för MRB-screening. Leverantören ska registrera, följa upp och analysera vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt åtgärda avvikelser.

Leverantören ska bedriva verksamhet på ett sådant sätt att Hälso- och sjukvårdslagens krav på god hygienisk standard uppfylls. Detta innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Leverantören ska inför ny- och ombyggnation, installation av medicinteknisk utrustning eller andra förändringar som kan påverka vårdhygienien involvera vårdhygienisk expertis i ett tidigt skede.

Leverantören ska beakta möjligheten till rengöring och desinfektion av medicinteknisk utrustning och inredning vid inköp.

2.4 Arbetsgivaransvar

Arbetsgivaransvar

Leverantören ska upprätthålla god arbetsmiljö och följa de lagar, avtal och regler som gäller för arbetsmarknaden.

Bemanning och kompetens

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med den formella eller reella kompetensen som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Verksamheten ska ha en bemanning som främjar kontinuiteten i verksamheten.

Leverantören ansvarar för att verksamhetschefen och medicinskt ledningsansvarig läkare uppfyller villkoren i avsnitt 8.3 Verksamhetsförutsättningar.

Verksamheten behöver en tvärprofessionell bemanning där olika professioner kompletterar varandra inom vård, rehabilitering och psykosocialt stöd. Vårdcentralen ska ha minst två läkare, med specialistkompetens i allmänmedicin.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare får den fortbildning som behövs för att upprätthålla kompetens för att ge god och säker vård.

Leverantören ska vara delaktig i och bidra till en långsiktig personalförsörjning för att säkerställa att rätt kompetens finns både kortsiktigt och långsiktigt genom att bland annat upprätthålla god klinisk utbildning i enlighet med riktlinjer och föreskrifter från Socialstyrelsen och avtal med lärosäten.

Leverantören ska vid förfrågan lämna uppgifter om bemanning och kompetens.

Meddelarfrihet och meddelarskydd

Personal vid privat drivna vårdcentraler ska omfattas av samma meddelarfrihet och meddelarskydd avseende den medicinska vården som anställda i offentlig verksamhet.

Sociala avgifter och skatt

Leverantören ska fullfölja samtliga skyldigheter avseende inbetalning av sociala avgifter enligt socialförsäkringen såsom arbetsgivaravgift samt inbetala skatt.

Tystnadsplikt och sekretess

Leverantören ska se till att all personal omfattas av sekretesskrav motsvarande de som ställs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta gäller även icke hälso- och sjukvårdspersonal.

2.5 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget undantaget kravet på öppettider om inte särskild överenskommelse (skriftlig) finns med Region Jönköpings län.

När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om var och när vårdcentralens utbud är tillgängligt och vem som ansvarar för verksamheten. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Leverantören ansvarar för att all vårddokumentation sker enligt lagar och föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Överenskommelse inom samma vårdgivare

Överenskommelse inom samma vårdgivare används när en leverantör med vårdgivaransvar för flera vårdcentraler inom Jönköpings län samarbetar för att exempelvis kunna erbjuda invånarna god vård och tillgänglighet enligt villkoren för vårdval.

Samarbetet ska dokumenteras i en skriftlig överenskommelse.

Konsultavtal

Konsultavtal används för inhyrd personal som utför uppdrag genom leverantörens verksamhet. Inhyrd personal ska arbeta på plats i leverantörens lokaler.

Leverantören har det juridiska vårdgivaransvaret.

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt konsultavtal.

Underleverantörsavtal

Underleverantörsavtal används när ett företag utför uppdrag (exempelvis sjukgymnastik eller medicinsk fotvård) åt leverantören genom sin egen verksamhet.

Underleverantören har det juridiska vårdgivaransvaret för den hälso- och sjukvård som utförs i underleverantörens verksamhet.

Underleverantörer som utför hälso- och sjukvårdsuppdrag ska vara anmälda till vårdgivarregistret.

Leverantören är juridiskt ansvarig gentemot beställaren och ansvarig för att underleverantören uppfyller beställaren krav och villkor för uppdraget. Leverantören ska kontinuerligt kontrollera och följa upp underleverantörens kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Leverantören ska på begäran kunna redovisa exempelvis underleverantörens kompetens, lokaler, utrustning och följsamhet till lagar och föreskrifter, nationella vårdprogram och riktlinjer samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

All kommunikation, rapportering, fakturering med mera från eventuell underleverantör ska ställas till leverantören.

Underleverantörer får endast agera genom sin avtalspart, och äger inte rätt att marknadsföra sina tjänster på ett sätt som kan uppfattas att de har avtal med Region Jönköpings län.

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt underleverantörsavtal.

Om avtalet gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

2.6 Avtal enligt avtal lagen om valfrihetssystem

Ytterligare avtalsreglering framgår av avsnitt 10. *Mall för avtal enligt lagen om valfrihet.*

3. Vårdcentralens uppdrag

3.1 God vård och jämlik hälsa

I Jönköpings län har vårdcentralen ett stort ansvar för att alla invånare får den hälso- och sjukvård de behöver, när de behöver den och på det sätt som de behöver den.

Vårdcentralens uppdrag utgår från definitionen av god vård och Region Jönköpings läns vision och övergripande mål för hälso- och sjukvården.

Vårdcentralen ska:

- ge hälso- och sjukvård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och klinisk uppföljning utifrån invånarnas behov och Region Jönköpings läns riktlinjer och allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta
- stärka invånarnas förmåga att själva kunna påverka och främja sin hälsa genom att identifiera behov, lära känna och aktivt hålla kontakt med invånarna
- bedöma och behandla sjukdomstillstånd där vård inte kan anstå hos alla som vänder sig till vårdcentralen
- erbjuda vårdsamordnaren som fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose individens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
- erbjuda patienten möjligheten att välja en fast läkarkontakt
- samordna invånarnas vårdbehov och samverka för en väl sammanhållen vårdkedja för de invånare som valt vårdcentralen.
- organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses
- utveckla effektiva arbetsätt tillsammans med andra delar av hälso- och sjukvården, kommuner och andra samhällsaktörer
- i varje patientmöte arbeta utifrån patientkontraktets delar; överenskommelse, sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskommen tid.

Uppdraget kräver samverkan i multiprofessionella team.

Vårdcentralen ska ha bemanning, kompetens, lokaler, medicinteknisk utrustning och tillgänglighet som krävs för hela uppdraget eller teckna överenskommelser och avtal med andra aktörer för delar av uppdraget.

3.2 Geografiskt närområde

Region Jönköpings län fördelar ansvar för geografiska närområden till vårdcentralerna. Fördelningen av närområden bygger på kommunernas system med nyckelkodsområde.

Leverantören ansvarar för att medverka inom ett antal samhällsviktiga funktioner i sitt geografiska närområde enligt respektive avsnitt i ”Primärvård inom vårdval i Jönköpings län”. Leverantören ska bistå polis och andra myndigheter enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

I händelse av att nya vårdcentraler etableras reviderar Region Jönköpings län ansvaret för geografiska närområden utifrån den nya situationen. Revisionen påverkar inte invånarnas val.

I händelse av att en vårdcentral upphör se avsnitt 2.2 Invånarna val- När en vårdcentral upphör.

3.3 Tillgänglighet

Öppettider

Vårdcentralen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar. Vårdcentralen ska vara öppen för fysiska besök, tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov. Under öppettiden bedriver vårdcentralen närakut.

Det är tillåtet att stänga en vårdcentral som mest nio timmar i veckan. Öppettiden för en vårdcentral får dock inte understiga 36 timmar i veckan. Om vårdcentralen är stängd hel/del av dag mellan 08:00-17:00 (vardagar), ska invånarna informeras och hänvisas till närliggande vårdcentral eller filial i länet som vårdcentralen samarbetar med. Samarbetsparten ska ha kapacitet att uppfylla vårdcentralens uppdrag inklusive ansvaret för det geografiska närområdet.

Region Jönköpings län uppmuntrar leverantörer att utöka sina öppettider som service till invånarna. Under avtalsperioden kan det bli aktuellt med krav på utökade öppettider.

Telefon

Invånaren ska kunna kontakta vårdcentralen via telefon enligt vårdgarantin samt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och krav på öppettider.

Den som ringer 08:00-16:59 ska kunna välja att bli uppringd samma dag. Efter klockan 17:00 ska den som ringer kunna välja att bli uppringd av vårdcentralen nästkommande vardag.

Det ska finnas möjlighet att lämna återbud och förnya recept dygnet runt via röstbrevlåda.

E-tjänster

Leverantören ska vara ansluten till de nationella tjänsterna, kontaktinformation och journalen via nätet som tillgängliggörs via 1177 Vårdguiden.

När den nationella tjänsten för symtombeskrivning, hänvisning och digitala dialog (chatt) som tillgängliggörs via 1177 Vårdguiden ska samtliga leverantörer vara anslutna till tjänsten.

Leverantören ska erbjuda följande e-tjänster via 1177 Vårdguiden. Invånaren/patienten ska få svar på sitt ärende inom en (1) arbetsdag.

- Av- och omboka tid
- Boka tid – Samtliga yrkeskategorier enligt ”Basutbud för webbtidbokning i primärvården”
- Begär intyg
- Fråga sjuksköterskan
- Förnya hjälpmedel
- Förnya recept
- Kontakta mig
- Synpunkter och klagomål på vården

Leverantören ska ha tillgång till utbildad personal för att kunna erbjuda följande stöd- och behandlingsprogram eller motsvarande via 1177 Vårdguiden:

- KBT-behandling mot stress, ångest, depression, oro och sömn
- Livsbalansen – Stress och oro
- Tobakshjälpen
- Hälsosamma matvanor
- Artrosskolan
- Hjärtskola

Leverantören ska erbjuda digitala vårdmöten i form av videobesök, digitala meddelanden (chat) via någon av Region Jönköpings läns appar/plattformar eller motsvarande.

Leverantören ska kunna genomföra samordnad vårdplanering via video i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns överenskommelse med länets kommuner.

Leverantören ska erbjuda patienter med kronisk sjukdom möjlighet till egenmonitorering i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdcentralens uppdrag inom e-hälsoområdet. Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan leverantören ansöka om att bedriva en filial. Med filial menas en underavdelning till leverantörens huvudmottagning (vårdcentral) som bedriver verksamhet i annan lokal än där huvudmottagningen finns. En befintlig vårdcentral inom LOV kan inte omvandlas till filial.

En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är verksamhetschef för filialen också.

Filialer får endast öppnas och bedrivas inom Region Jönköpings läns länsgränser.

En huvudmottagning (vårdcentral) vars filial geografiskt tillhör ett annat jourområde för Gemensamt Närakut än huvudmottagningen är även ansvarig för jouruppdag kopplat till filialens geografiska jourområde. En huvudmottagning kan därmed ansvara för jouruppdag på fler än en Gemensam Närakut.

Verksamhetschefen ansvarar för att filialen har den utrustning och bemannas med den kompetens som behövs för uppdraget. Kravet på fysisk tillgänglighet är densamma som för huvudmottagningen.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om filialens utbud. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Om filialen inte har öppet eller erbjuder vård i samma omfattning som kravet för en vårdcentral ska leverantören erbjuda detta via huvudmottagningen.

Invånare kan välja att lista sig på en filial som är med i Region Jönköpings läns förteckning över valbara enheter.

Verksamheten får starta när Region Jönköpings län verifierat och godkänt filialen.

Vård vid en filial rapporteras och ska kunna följas upp på samma sätt som vård på huvudmottagningen.

Beslut om eventuell nedläggning av en filial fattas i samråd med Region Jönköpings län.

3.4 Närakut

Vårdcentralens närakut

Vårdcentralen bedriver närakut vardagar 08:00-17:00. Invånare som kontaktar vårdcentralen och bedöms vara i behov av akut vård och behandling på primärvårdsnivå ska omhändertas på vårdcentralen samma dag. Endast patienter som söker vård efter 17:00 får hänvisas till gemensam närakut.

Vårdcentralen ska under hela öppettiden kunna erbjuda fysiska besök och utföra patientnära analyser så som P-CRP, P-Glukos, B-Hb, urinsticka, Strep A Test, Gravitetstest U-hCG.

Gemensam närakut

Leverantörerna inom vårdval Region Jönköpings län ansvarar tillsammans för tre gemensamma närakutmottagningar i länet.

- Eksjö (Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda)
- Jönköping (Habo, Jönköping, Mullsjö)
- Värnamo (Gislaved, Gnosjö Vaggeryd, Värnamo)

Öppettider:

- vardagar 17:00-22:00 med utringningstid från 16:30
- lördag, söndag samt övrig helgdag 10:00-22:00 med utringningstid från 08:00.

Vårdcentralerna i respektive område bemannar den gemensamma mottagningen i proportion till hur många av vårdcentralens invånare som besökt mottagningen. För jouruppdraagsansvar kopplat till filial som geografiskt inte ligger i samma jourområde som huvudmottagningen (vårdcentralen) se avsnitt 3.3 Filial

Ansvarig vårdcentral bemannar mottagningen med de kompetenser som behövs. Respektive vårdcentral har verksamhetschefsansvar och det medicinska ledningsansvaret för sina arbetspass.

Region Jönköpings läns samordnare för de tre gemensamma närakutmottagningarna ansvarar bland annat för gemensamma arbetssätt och rutiner, schema, beställning av läkemedel och förbrukningsmaterial samt dialog med vårdcentralernas verksamhetschefer och andra samarbetsparter.

Utöver bemanning av de gemensamma närakutmottagningarna ska leverantören ha läkare i beredskap vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördag, söndag och helgdag. Bemanningen av läkare i beredskap ska vara i proportion till hur många invånare som valt vårdcentralen inom respektive område. Läkare i beredskap ska kunna tjänstgöra på gemensam närakut vid behov.

3.5 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Leverantören ska bedriva både hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Hälsöfrämjande arbete innebär insatser för att stärka eller bibehålla invånarnas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Sjukdomsförebyggande arbete innebär insatser för att minska risken för sjukdom och för tidig död.

Arbetsätt och insatser skapas i samråd med invånaren och anpassas efter dennes förutsättningar och behov. Insatserna ska vara väl underbyggda, evidensbaserade och ha tydliga mål.

Region Jönköpings län uppmuntrar innovation och insatser där flera aktörer samverkar för att stödja invånarnas hälsa. Leverantören ska bidra i det hälsofrämjande arbetet genom samverkan med kommunen och andra aktörer, med utgångspunkt från befolknings- och patientgrupper med störst behov.

Levnadsvanor

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Leverantören ska uppmärksamma invånarnas tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor samt erbjuda stöd och uppföljning om behov och önskemål finns enligt Region Jönköpings läns Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd.

Leverantören ska ha resurspersoner med de kvalifikationer som krävs för att ge det stöd som rekommenderas enligt Region Jönköpings läns Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd.

Leverantören bör enligt Socialstyrelsens riktlinjer prioritera att ge stöd till grupper med särskild risk att förbättra ohälsosamma levnadsvanor.

Levnadsvanor, biologiska riskmarkörer och åtgärder ska dokumenteras enligt Region Jönköpings läns Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd.

Hälsosamtal

Leverantören ska erbjuda alla invånare ett riktat hälsosamtal genom en personlig inbjudan det år de fyller 40, 50, 60 och 70 år enligt Region Jönköpings läns fastställda rutiner i Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd.

Vårdprevention

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för prevention av fallskador, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.

Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden

Arbetet är ett utökat uppdrag att målmedvetet och strukturerat arbeta i utsatta områden och/eller befolkningsgrupper som har störst behov utifrån exempelvis socioekonomiska förutsättningar med fokus på fysisk, psykisk och social ohälsa. Detta ska ske i samverkan med kommunen, civilsamhället och andra aktörer i länet.

Uppdraget tilldelas leverantörer med en listad befolkning med hög CNI tyngd.

3.6 Vårdsamordning

Vårdcentralen har uppdraget att samordna vården för invånare med kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar, sammansatta och komplexa behov, oavsett ålder, diagnos och boendeform. Leverantören ska ha namngivna medarbetare i funktionen som vårdsamordnare. Vårdsamordnaren innehar funktionen som fast vårdkontakt. Funktionen ska ha tid avsatt för uppdraget.

Vårdsamordnarens uppdrag

Vårdsamordnaren ska:

- vara anträffbar på ett särskilt direktnummer vardagar 08:00-17:00 för patient, närstående och vårdpersonal för exempelvis rådgivning, tidsbokning och samordning av hälso- och sjukvård.
- för de patienter som behöver eller begär det, vara fast vårdkontakt för att tillgodose invånarens behov av samordning, trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den fasta vårdkontakten bistår patienten i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Fast vårdkontakt registreras i Cosmic enligt rutin.
- samordna vårdplaneringsprocessen när individen, oavsett ålder, diagnos och boendeform, har behov av samordnad individuell planering och samordnad individuell plan (SIP).
- dokumentera och följa upp patientens samordnade individuella plan (SIP) och ansvarar för att den är aktuell och uppdaterad.
- ha kännedom om vilka listade invånare som är inskrivna i hemsjukvård och i samråd med patientens fasta läkarkontakt och kommunens hälso- och sjukvård initiera invånarens behov av hälso- och sjukvård i hemmet.
- samordna läkarbesök i hemmet tillsammans med kommunal hälso- och sjukvård.
- utveckla vårdcentralens arbetssätt och rutiner för att tidigt upptäcka patienter med samordningsbehov
- utveckla och säkerställa vårdcentralens arbetssätt och rutiner för vårdsamordning
- medverka i nätverksträffar och utbildning för vårdsamordnare

3.7 Läkaruppdrag i hemmet

Leverantören ska under vardagar 08:00-17:00 bemanna och avsätta tid för konsultation och läkarbesök i hemmet när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren onödig sjukhusvistelse.

Kvällar, helger och nätter ansvarar läkare i beredskap för läkarinsatser i hemmet (se avsnitt 3.8 Läkare i beredskap).

Invånare ska efter läkarbedömning och då medicinskt behov föreligger, kunna erhålla akut läkarbesök inom 4 timmar i hemmet dygnet runt.

Leverantören ska i samverkan med kommun stärka det tvärprofessionella samarbetet i vården med fokus på gemensam planering på såväl en övergripande ledningsnivå, mellan kommun och vårdcentral, som ända ner till den direkta personcentrerade vården. Samverkan mellan kommun och vårdcentral ska vara välorganiserad med tydliga mötesplatser där närmare struktur och innehåll ska beslutas av båda parter. Att kontinuerligt tillsammans identifiera det gemensamma patientunderlagets behov är en förutsättning för proaktiv planering och insatser, vilket är prioriterat.

Ordinärt boende

Leverantören ska avsätta tid för läkarbesök i hemmet enligt ovan.

Ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård

Leverantören ska under vardagar 8:00-17:00 bemanna och avsätta tid för konsultation och läkarbesök i hemmet både när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren onödig sjukhusvistelse. Patienter som valt vårdenheten ska erhålla minst ett årligt läkarbesök med läkemedelsgenomgång samt läkarbesök vid behov.

Läkarbesök i hemmet ska ske i samverkan med patientansvarig sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård och kan samordnas av vårdsamordnare. Ansvar och omfattning definieras i ”*Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende*” och regleras i lokala avtal mellan leverantören och kommunen.

Läkare och vårdsamordnare ska initiera invånarens behov av hälso- och sjukvård i hemmet i samråd med kommunens hälso- och sjukvårdspersonal samt ha kännedom och kunskap om vilka invånare som är registrerade i hemsjukvården.

Läkare och kommunens hemsjukvård är ett team tillsammans med patienten. Läkare ska ha en aktiv roll i vård och planering hos invånare som har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.

Särskilda boendeformer och korttidsboenden

Särskilda boendeformer är det gemensamma namnet för flera boendeformer som anpassats för exempelvis äldre eller personer med funktionsnedsättning med stort behov av omsorg. Korttidsplats är en tillfällig boendeform som beviljas för en begränsad tid.

Särskilt boende för äldre och korttidsboende

Kommunen tecknar avtal om läkaruppdrag på korttidsplatser och särskilda boendeformer för äldre med valfri vårdcentral. Leverantören har rätt att tacka nej till avtal med kommunen för boenden utanför vårdcentralens geografiska närområde. Ansvar definieras i ”*Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende*”

Leverantör med avtal ska ha planerad läkarmottagning minst en gång i veckan på särskilda boenden för äldre, om inget annat är överenskommet. Frekvensen och tidsomfattningen på den planerade läkarmottagningen ska vara dimensionerad på sådant sätt att patienternas huvudsakliga behov av vård tillgodoses så att behov av akuta läkarbesök undviks.

Leverantören ska även bemanna och avsätta tid för konsultation och läkarbesök vid behov på boendet när invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren onödig sjukhusvistelse. Patienterna på särskilt boende för äldre ska erbjudas en fast läkarkontakt för att säkerställa kontinuitet och erhålla minst ett årligt läkarbesök med läkemedelsgenomgång samt.

I de fall patienten valt annan vårdcentral än den som kommunen tecknat avtal med gällande särskilt boende, ska patientens val av vårdgivare respekteras.

Leverantörer med avtal med kommunen där korttidsboende ingår har ansvar för alla patienter under deras vistelse på korttidsboendet oavsett vilken vårdcentral patienten valt. Patientens vårdkedja säkerställs i samverkan mellan vårdcentralen med ansvar för korttidsboendet och vårdcentralen som patienten valt.

Läkare ska ge övergripande råd i medicinska frågor och vara ett konsultativt stöd.

Kommunen ansvarar för utbildning och kompetensutveckling för sin personal. Leverantörer med avtal ska medverka i utbildningen när det behövs läkarkompetens.

Övriga särskilda boendeformer

Läkaruppdrag för övriga särskilda boendeformer regleras enligt samma principer som läkaruppdrag i ”ordinärt boende” och läkaruppdrag ”ordinärt boende med kommunal hälso- och sjukvård”. Läkare ska ge övergripande råd i medicinska frågor och vara ett konsultativt stöd.

3.8 Läkare i beredskap

Utöver bemanningen av de gemensamma närakutmottagningarna ska leverantören ha läkare i beredskap vardagar 17:00-08:00 och dygnet runt lördag, söndag och helgdag. Bemanningen av läkare i beredskap ska vara i proportion till hur många invånare som valt vårdcentralen inom respektive område.

Läkare ska under sin beredskapstjänstgöring ha tillgång till Cosmic (exempelvis via mobil lösning) för att kunna bedriva en god och säker vård.

Läkare i beredskap ska:

- ge övergripande råd i medicinska frågor och vara ett konsultativt stöd
- göra besök i hemmet då invånarens tillstånd kräver det eller då det kan antas förhindra en för invånaren onödig sjukhusvistelse.
- efter läkarbedömning och då medicinskt behov föreligger, göra akuta läkarbesök i hemmet inom 4 timmar dygnet runt
- göra akuta vårdintygsbedömningar och utfärda dödsbevis
- vid behov tjänstgöra på gemensam närakut

3.9 Läkaruppdrag i palliativ vård

Leverantören ansvarar för läkaruppdrag och samverkan i palliativ vård enligt Region Jönköpings läns processbeskrivning för palliativ vård, det allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta och ”*Läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende*”.

Leverantören ska initiera och ha en aktiv roll i teamarbete och i vården av de patienter som är i behov palliativ vård, både i ordinärt och särskilt boende.

Leverantören ansvarar till exempel för att det utses en fast läkarkontakt och att det finns uppdaterade individuella behandlingsstrategier i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård. För patienter i palliativ vård med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov kan SSIH kontaktas för konsultation enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Registrering i Svenska palliativregistret ska ske i förekommande fall där vårdcentralen har det huvudsakliga hälso- och sjukvårdsansvaret om inget annat är överenskommet med annan aktör exempelvis kommunen. Gemensam resultatuppföljning ska ske kontinuerligt.

3.10 Läkarmedverkan i barnhälsovården

Leverantören kan teckna avtal med barnhälsovården om läkarmedverkan enligt det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Uppdraget kan komma att förändras under avtalsperioden.

Under avtalsperioden kan formerna vårdcentralernas läkarmedverkan på BVC komma att utredas.

3.11 Psykisk hälsa

Leverantören ska arbeta med att tidigt upptäcka, behandla och följa upp psykisk ohälsa enligt nationella riktlinjer och Region Jönköpings läns allmänna kunskapsstöd Fakta.

Leverantören ska samverka och erbjuda insatser enligt ”Huvudriktlinjer för samverkan mellan primärvård och psykiatri”, ”Vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna, Region Jönköpings län” och ”Överenskommelse kring samverkan gällande vård och stöd för personer med riskbruk, missbruk och beroende mellan kommunerna i Jönköpings län och Region Jönköping”.

Leverantören ska tillsammans med den specialiserade vården och kommunen bidra till förbättrad somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom.

Som en del i ett effektivt, personcentrerat arbete med psykisk ohälsa ska leverantören:

- ha ett psykosocialt team som motsvarar listade invånares behov. Lämpliga kompetenser i teamet är kurator, psykolog, psykiatrisjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och läkare.
- bedriva vårdsamordning enligt avsnitt 3.6
Vårdcentralen har uppdraget att samordna vården för invånare med kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar, sammansatta och komplexa behov, oavsett ålder, diagnos och boendeform.
I vårdsamordnarens uppdrag ingår bland annat att samordna vårdplaneringsprocessen när individen, oavsett ålder, diagnos och boendeform, har behov av samordnad individuell planering och samordnad individuell plan (SIP).
- erbjuda patienten ett patientkontrakt enligt avsnitt 2.1

Som en del i att främja vårdcentralens arbete med psykisk ohälsa:

- har leverantören möjlighet att ansöka om särskild ersättning enligt avsnitt 6.6 för PTP psykolog, utbildning i KBT samt utbildning av specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård.
- styr även regionens ersättnings modell utifrån ACG och CNI mot högre ersättning i kapiteringen utifrån större vårdtyngd, där psykiatriska diagnoser ingår men även utifrån sämre socioekonomiska förhållanden och hög ålder som också kan utgöra en risk för psykisk ohälsa.

3.12 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Rehabilitering

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser i form av bedömning, utredning, behandling, träning och uppföljning enligt Socialstyrelsens riktlinjer, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, andra nationella och regionala riktlinjer och Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Vårdcentralen ska erbjuda fysisk tillgång till fysioterapeut och arbetsterapeut och samverka med andra aktörer i rehabiliteringskedjan. Vårdcentralen ska ha en aktiv

roll i en sammanhållen rehabiliteringsprocess för individen samt delta i utarbetandet av gemensamma planer.

Rehabiliteringsinsatserna ska bidra till att invånare med sjukdom eller skada uppnår och behåller bästa möjliga funktion, aktivitet och förmåga. Rehabiliteringen ska ge förutsättningar för delaktighet i samhällslivet oavsett invånarens ålder och om sjukdomen eller skadan är permanent eller tillfällig, somatisk eller psykisk.

Leverantören ska ge evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser för långvarig smärta samt lindrig och medelsvår psykisk ohälsa i enlighet med Region Jönköpings län faktadokument, nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap. Leverantören ska säkerställa en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna.

Leverantören ska genomföra förebyggande insatser för att minska risken för att skada och sjukdom utvecklas och genomföra insatser för att invånare med funktions- och aktivitetsnedsättning inte ytterligare försämras.

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser av arbetsterapeut och fysioterapeut i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård enligt ”Avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende”.

Habilitering

Leverantören ansvarar för att invånare som valt vårdcentralen, som har en medfödd eller tidigt förvärvad skada, får habiliteringsinsatser på primärvårdsnivå enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Leverantören ska samverka med habiliteringscentrum i de fall invånaren har kompletterande insatser från habiliteringscentrum.

Försäkringsmedicin

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och rutiner för försäkringsmedicin.

Leverantören ansvarar för att det finns kompetens inom försäkringsmedicinska kunskapsområdet och ska utveckla arbetsätt och rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Hälso- och sjukvården ska enligt Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297) erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter där återgång till eller inträde i arbetslivet är eller kommer bli aktuellt.

Namn given rehabkoordinator ska finnas hos leverantören.

Koordineringsinsatser ges efter behov och består av personligt stöd, intern samordning och samverkan med externa aktörer. En stor del av uppdraget riktar sig till patienter som är sjukskrivna på grund av lättare och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta. Koordineringsinsatserna ska utformas och

genomföras i samråd med patienten. Diagnosen är inte avgörande, inte heller vilken ersättning eller försörjning patienten har. Hälso- och sjukvården ansvarar inte för behov som ska tillgodoses av andra aktörer.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av vårdcentralens aidentifierade sjukskrivningsstatistik som erhålls genom Ineras *Intygsstatistik*.

3.13 Vaccinationer

Leverantören ansvarar för vaccinationer enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Vaccinationer ska dokumenteras enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

3.14 Medicinsk fotvård

Leverantören ska erbjuda medicinsk fotvård enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta. Medicinsk fotvård utgör hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vid anlitan av underleverantör för medicinsk fotvård måste leverantören säkerställa att det finns adekvata remisshanteringsrutiner så att journalinformation som behövs för fortsatt god och säker vård (exempelvis fotografier, status, behandling) överförs till patientens journal. Fotvårdsterapeuten ska ha utbildning inom medicinsk fotvård om minst 1-3 terminer och ha praktiserat medicinsk fotvård på heltid i minst tre (3) år de senaste fem (5) åren. Fotvårdsterapeut bör ha utbildning och erfarenhet av diabetesfotvård.

3.15 Hälsoundersökning och vård av flyktingar och migranter

Leverantören ska inom sitt geografiska närområde erbjuda hälsoundersökning till flyktingar och migranter samt till personer som vistas i Sverige utan tillstånd enligt Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Leverantören ska bedöma och behandla sjukdomstillstånd för flyktingar och migranter samt för personer som vistas i Sverige utan tillstånd med behov av akut, omedelbar vård eller behov av vård som inte kan anstå.

Alla barn under 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård i samma omfattning och på samma villkor som folkbokförda barn som är bosatta i Sverige. I det ingår vaccinationer enligt det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Undantag är de barn vars vistelse i Sverige är avsedd att vara tillfällig.

3.16 Utbildning och forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning.

Leverantören ska tillhandahålla:

- praktikplatser (LIA, APL) för elever på yrkesutbildningar, gymnasium och grundskola

- utbildningsplatser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för studenter från universitet och högskolor
- utbildningstjänstgöring för AT-, BT- (bastjänstgöring) och ST-läkare
- praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns samordningsansvariga för grundutbildning, studierektororganisation och ansvariga för akademisering av primärvården under ledning av Futurum.

Grundutbildning

Studenter och elever

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns avtal med universitet, högskolor, gymnasieskolor, yrkesutbildningar och andra utbildningssamordnare om att ta emot och handleda elever och studenter i lärande i arbetslivet (LIA), arbetsplatsbaserat lärande (APL) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt fältstudiedagar. Med APL, LIA och VFU menas såväl sammanhängande perioder av deltagande i vårdcentralens arbete, liksom kortare moment i syfte att nå lärandemålen. Leverantören ska medverka i moment för interprofessionellt lärande med inriktning mot förbättringskunskap.

Leverantören ska tillhandahålla kliniska utbildningsplatser, lokaler och basal utrustning enligt gällande kursplaner och Region Jönköpings läns avtal med universitet och högskolor.

Leverantören ansvarar för att kvalitet och inriktning följer målbeskrivningar för respektive utbildning och överenskomna krav på handledarkompetens. Handledarna ska följa gällande handledarinstruktioner och känna till lärandemålen för utbildningen.

Klinisk undervisningsmottagning (KUM)

Region Jönköpings län tecknar tilläggsuppdraagsavtal med leverantörer för att bedriva klinisk undervisningsmottagning för studenter i Jönköpings län.

Vidareutbildning

Allmäntjänstgöring (AT) för läkare

Region Jönköpings läns organisation för AT (Futurum) samordnar AT-tjänstgöringen och uppdrar till leverantörer att ansvara för AT-läkares tjänstgöring inom allmänmedicin enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (AT-koncept).

AT-läkarna är anställda av Region Jönköpings län under hela tjänstgöringen inom allmänmedicin. Eventuell jour betalas av den organisation där AT-läkaren tjänstgör.

Bastjänstgöring (BT) för ST läkare inom andra specialiteter

Enligt HSLF-FS 2021:8 ska ST inom samtliga specialiteter inledas med BT. Region Jönköpings läns organisation för BT (Futurum) samordnar BT-tjänstgöringen och uppdrar till leverantörer att ansvara för BT i primärvård.

BT ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer (ST-koncept). BT inom primärvård genomförs under minst 3 månader. Leverantören ska ha minst två verksamma läkare inom allmänmedicin på enheten, varav minst en specialist. För att vara handledare av BT krävs specialistkompetens inom allmänmedicin eller att man är ST-läkare i allmänmedicin. Dessutom skall man ha genomgått handledarutbildning. Eventuell jour betalas av den organisation där BT/ST-läkaren tjänstgör.

Specialisttjänstgöring (ST) för läkare

Region Jönköpings län kan efter en ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av en läkares ST (inklusive BT). Under närmaste åren kommer två förordningar som reglerar ST förekomma parallellt.

- Specialisttjänstgöring enligt förordning HSLF-FS 2015:8 (gamla förordningen)
- Specialisttjänstgöring enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen där BT ingår i ST)

ST ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer (ST-koncept) och verksamhetslokala riktlinjer för ST i allmänmedicin samt Socialstyrelsens föreskrifter.

Enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ska leverantören ha minst två verksamma specialister inom allmänmedicin för uppdraget. En av dessa ska vara utsedd huvudansvarig handledare och ha genomgått Region Jönköpings läns handledarutbildning. För att vara handledare krävs specialist i allmänmedicin och minst fem års klinisk tjänstgöring efter läkarlegitimation. Leverantören ska ha tillräcklig medicinskt teknisk utrustning för uppdraget enligt avsnitt 2.3 samt ögonmikroskop/spaltlampa och öronmikroskop. Enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ansvarar studierektorerna bland annat för att ge utlåtanden om vårdenheten som utbildningsplats inför anställning av ST-läkare, planering och samordning av ST tjänstgöring samt uppföljning och kvalitetssäkring av utbildningsplatser.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkare. Inför anställning av ST-läkare ska verksamhetschef samråda med ST-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen.

Enligt särskilt beslut från Futurum kan leverantörens enskilda medarbetare åta sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST läkare i allmänmedicin.

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU- eller EES-land

Region Jönköpings län tecknar avtal med leverantörer om fortbildning av läkare med läkarexamen, från EU eller EES-land, som fått automatisk specialistkompetens i allmän medicin i Sverige i samband med ansökan om svensk legitimation. Fortbildningen får pågå i två år. I särskilda fall kan Region Jönköpings län godkänna en längre period.

Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)

Region Jönköpings läns studierektororganisation samordnar Region Jönköpings läns PTP-program.. Tjänstgöringen sker enligt gällande lag och Socialstyrelsens föreskrifter om praktisk tjänstgöring för psykologer (SOSFS 2008:34 M). Tjänstgöringen ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer

Region Jönköpings län kan efter en ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av utbildningen. Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för PTP-psykologer.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för sjuksköterskor som ansökt och antagits till utbildningstjänst som specialistsjuksköterska med inriktning till distriktssköterska alternativt psykiatrisk vård.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för aktuell sjuksköterska. Anställningen ska vara tillsvidare.

KBT – Kognitiv beteendeterapi

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för medarbetare som ansökt och antagits till grundläggande utbildning i kognitiv beteendeterapi, KBT steg 1, 45/60 hp. Utbildningen ska motsvara de krav som ställs av Socialstyrelsen.

Forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning. Leverantören kan själv ta initiativ till klinisk forskning eller medverka i forskning som föreslås av Akademisk primärvård. Leverantören ska informera Region Jönköpings län/Futurum om forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Leverantören kan även medverka i industrifinansierade kliniska prövningar. Leverantören ska i dessa fall även inhämta godkännande från Region Jönköpings län/Futurum enligt regionens riktlinjer och riktlinjerna för genomförande av forskningen.

Leverantören kan få tillgång till Region Jönköpings läns infrastruktur för forskning som exempelvis handledning, statistikkonsultationer och bibliotekstjänster. Medarbetare hos leverantörer har rätt att söka forskningsmedel från FORSS, Futurum och andra organisationer. Leverantören kan få råd och stöd

om lagar, föreskrifter och rutiner vid klinisk forskning inklusive klinisk läkemedelsprövning och annan uppdragsforskning.

Akademisering av primärvården

Region Jönköpings Län strävar efter att akademisera primärvården och har en ambition att primärvården ska bli en universitetssjukvårdsenhet. Alla leverantörer har en möjlighet att bidra i arbetet. De tre delarna grundutbildning (3.18 grundutbildning), utveckling av vården (3.19) samt forskning (3.18 forskning) ingår och arbetet leds från Futurum. Akademiska vårdcentralen är noder i detta arbete.

För att bli en akademisk vårdcentral ska man uppfylla Region Jönköpings läns krav. Akademiska vårdcentraler kommer regelbundet att utvärderas. Futurum i samråd med Vårdvalsenheten utser akademiska vårdcentraler.

3.17 Systematiskt förbättringsarbete

Leverantören ska systematiskt förbättra sin verksamhet utifrån invånarnas behov. Exempel på områden som hälsa- och sjukvårdssystemet just nu har i fokus är demografins betydelse, nära vård och kunskapsstyrning. Förbättringsarbeten bör i första hand fokusera på medicinsk kvalitet, utveckling av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt samt följsamhet till nationella och lokala riktlinjer.

För att sprida kunskap och bidra till hälso- och sjukvårdens gemensamma lärande;

- ska leverantören årligen redovisa ett eget systematiskt förbättringsarbete med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv, vid Region Jönköpings läns konferens Utvecklingskraft
- främjas deltagande i regionala systematiska förbättringsarbeten med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv, exempelvis Tillsammans-projekt, Fakta, Medicinska programgrupper, Regionala medicinska programområden.
- främjas vårdcentralen till deltagande som pilotverksamhet i utvecklingsprojekt med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv
- främjas vårdcentralen att bedriva utveckling och implementering av nya arbetssätt för kroniskt sjuka med stöd av befintliga och nya digitala hjälpmedel. Framtagna arbetssätt och processer ska främja patientens egenvård och leda till ökad delaktighet och egenmakt för individen.

3.18 Resurs för utveckling av nära vård – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Leverantören ska i funktionen ha en namngiven medarbetare som är kliniskt verksam på vårdcentralen.

Uppdraget innebär att:

- stödja, leda och samordna vårdcentralens utveckling- och förbättringsarbete inom nära vård – personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.
- Individen ska representera primärvården i regionala förbättringsarbeten inom området.
- Medverka i nätverksträffar och utbildning som erbjuds.

4. Informationshantering och IT

4.1 Inledning

Leverantören ska följa tillämpliga delar av Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för IT. Varje vårdenhet ska ha en namngiven kontaktperson för IT, telefoni och katalogtjänsten HSA.

4.2 Informationssäkerhet

Leverantören ska i sitt arbete med informationssäkerhet, förhålla sig till aktuella rättsliga krav i form av lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns ledningssystem för informationssäkerhet med tillhörande policy, riktlinjer, regler och stöddokument för informationssäkerhet.

Leverantören ska utbilda nya användare i informationssäkerhet t.ex. med hjälp av introduktionsutbildning i informationssäkerhet som finns publicerad på Region Jönköpings läns intranät. Leverantören ska också informera ny personal om det personliga ansvaret att följa policy och riktlinjer.

All användning av IT-systemen loggas. Leverantören ska följa upp loggar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

4.3 Personuppgifter

Leverantören ska hantera personuppgifter enligt gällande lagstiftning.

Leverantören är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas inom leverantörens organisation.

4.4 Verksamhetsdata

Leverantören ska registrera vårdkontakter samt tillhörande vårddokumentation enligt Region Jönköpings läns riktlinjer i de system som Region Jönköpings län anvisar. Leverantören ska vid angiven tidpunkt leverera elektroniskt läsbar data för uppföljning och fakturaunderlag enligt specifikationer. Leverantören ska följa

Socialstyrelsens och Region Jönköpings läns riktlinjer för registrering av diagnos- och åtgärds-koder.

Leverantören ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av regionanställd eller forskare som Region Jönköpings län samarbetar med.

I kommunikation med Region Jönköpings län eller andra vårdgivare ska leverantören använda definitioner och termer i IT-systemen som fastställs av Region Jönköpings län.

Leverantören ska i förekommande fall följa de särskilda regler som gäller för hantering av information vid verksamhetsövergång.

Leverantören ska upprätta, säkerställa och upprätthålla manuella reservrutiner för verksamheten som tillämpas vid ett eventuellt avbrott.

Leverantören ska årligen fylla i och skicka in dokumentet ”Kvalitetsindikatorer för god och säker patientadministration och kliniskt verksamhetsstöd” samt utföra aktiviteter i enlighet med dokumentet.

4.5 IT-system och infrastruktur

Leverantören ska enbart använda utrustning i IT-infrastrukturen som är godkänd av Region Jönköpings län. Datorer och skrivare tillhandahålls av Region Jönköpings län. Eventuellt kan medicinteknisk utrustning eller annan utrustning anslutas efter samråd och godkännande. Leverantören ska kontinuerligt kontrollera att skyddet mot skadlig kod, virus och spionprogram är aktuellt på verksamhetens utrustning.

Region Jönköpings län levererar kommunikationslösning mot Region Jönköpings läns nätverk inklusive nätverksutrustning. Leverantören ansvarar för det interna fastighetsnätet för data och telefoni, inklusive förbindelsen mellan avlämningspunkt och verksamhetens lokaler. Fastighetsnätet ska följa Region Jönköpings läns standard för kabelsystem.

Region Jönköpings län kan komma att leverera annan IT-uppkoppling till utlagd mottagning och filial än för leverantörens huvudmottagning. Region Jönköpings län tillhandahåller inte IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Leverantören ska använda sig av Region Jönköpings läns behörighetskontrollsystem och utse lokal ansvarig kortadministratör för elektronisk tjänstelegitimation (SITHS). Leverantören ansvarar för att användarna inte har tillgång till fler programvaror och system än nödvändigt.

Leverantören ska ansluta sig till Region Jönköpings läns säkerhetslösningar för tillgång till IT-tjänster.

Leverantören debiteras kostnader för IT-infrastruktur och utrustning.

Leverantören förbinder sig att använda IT-system enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Region Jönköpings län tillhandahåller system och utbildning av superanvändare i förhållande till verksamhetens storlek.

Region Jönköpings län ansvarar för underhåll av berörda system och leverantören ansvarar för dess innehåll. För administrativa dokument ska PDF och Office-kompatibla filformat användas.

Leverantören ges åtkomst till Region Jönköpings läns tjänst för befolkningsregister. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för användning inklusive reglerna för personer som har sekretessmärkning i befolkningsregistret.

Leverantören har rätt att använda egna stödsystem under förutsättningar att det inte krävs någon installation/förändring av eller stör andra delar av IT-miljön. Region Jönköpings län lämnar ingen support för dessa.

System och program som används för andra ändamål än Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören ska inte användas i den av Region Jönköpings län tillhandahållna IT-miljön.

System, program och utrustning som tillhandahålls av Region Jönköpings län får bara användas för verksamhet inom vårdval Region Jönköpings län.

Vid införande av nya IT-tjänster eller vid större utbyggnader av Region Jönköpings läns befintliga IT-tjänster som kan komma att ingå i utbudet till leverantören upprättas ett nytt avtal.

Region Jönköpings län tillhandahåller inte infrastruktur, IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Region Jönköpings län avser att under avtalsperioden se över hur IT-infrastruktur och stödsystem ska tillhandahållas till leverantörerna.

4.6 Support och IT-konsulttjänster

Leverantören har rätt att använda Region Jönköpings läns supportorganisation i frågor om Region Jönköpings läns IT-infrastruktur och fastställda IT-system. Servicenivåer för respektive IT-tjänst fastställs av systemägare, vilket innebär att olika system har olika inställelsetider gällande support.

Leverantören ska använda IT-beställningssystem och de blanketter som Region Jönköpings län tillhandahåller för beställningar. Leverantören ska göra felanmälningar på utrustning och program till Region Jönköpings läns kundcenter på IT-centrum. Region Jönköpings län har rätt att ha planerade avbrott för systemuppdateringar, nyinstallationer, service och underhåll.

Leverantören kan, efter överenskommelse, köpa IT-konsulttjänster från Region Jönköpings län inom systemområden som är relevanta för Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören.

5. Uppföljning och Rapportering

5.1 Avtalsuppföljning

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor.

5.2 Uppdragsuppföljning

Region Jönköpings läns uppföljningsmodell speglar den kvalitet i vården som Region Jönköpings län vill förmedla till invånarna utifrån svensk lag. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska:

- vara säker
- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid

Uppföljningen ska bidra till en positiv utveckling av befolkningens hälsa och leverantörernas verksamhet.

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av verksamhetsdata från vårdens IT-stöd som ingår i månadsuppföljning, delårsrapporter och årsredovisning. Nyckeltal och kvalitetsindikatorer kan revideras årligen i samband med regionfullmäktiges beslut om budget.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Jönköpings läns IT-stöd för analys- och rapportuttag.

Ett urval av vårdcentralernas resultat kan komma att redovisas publikt för att ge invånare insyn i verksamheten och underlag för att välja vårdcentral.

Patientenkäter

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings län om patientenkäter och i förekommande fall delta i den nationella patientenkäten. Region Jönköpings län har rätt att ta del av allt grundmaterial från gemensamma patientenkäter.

Rapportering

Leverantören ska på begäran rapportera uppgifter avseende måluppfyllelse för uppdraget som inte fångas av vårdens IT-stöd.

Region Jönköpings län har rätt att följa upp volymer och kostnader för leverantörens läkemedelsförskrivning och användning av medicinsk service.

Kvalitetsregister och andra register

Leverantören ska rapportera till:

- PrimärvårdsKvalitet (när införandet är klart)
- Nationella diabetesregistret (NDR)
- Svenska Demensregistret (SveDem)
- Nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg (Senior Alert), i förekommande fall där primärvården har det huvudsakliga hälso- och sjukvårdsansvaret.
- Svenska Palliativregistret i förekommande fall där primärvården har det huvudsakliga hälso- och sjukvårdsansvaret om inget annat är överenskommet med annan aktör, exempelvis kommunen.
- Nationellt kvalitetsregister för bättre omhändertagande av patienter med Artros (BOA)
- Luftvägsregistret
- Nationellt hjärtsviktsregister (RiksSvikt)

Kvalitetsregister som leverantören ska rapportera till kan komma att kompletteras under innevarande år.

5.3 Dialog

Uppföljningen sker i dialog med leverantören utifrån inhämtade uppgifter.

Region Jönköpings län kallar leverantören en gång om året för genomgång av verksamheten. Inför genomgången ska leverantören gjort en egen analys av sin verksamhet inklusive medicinska resultat.

Förutom den årliga genomgången kan Region Jönköpings län kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

5.4 Fördjupad uppföljning och revision

Region Jönköpings län har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos enskilda leverantörer eller inom specifika områden. Fördjupad uppföljning sker bland annat genom verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser.

Region Jönköpings län har rätt att självt eller genom ombud revidera leverantörens verksamhet, exempelvis av medicinsk kvalitet, ekonomiska och juridiska förhållanden. Möjligheten till revision omfattar även underleverantörer som leverantören anlitar för genomförande av uppdraget. Leverantören ska utan kostnad för Region Jönköpings län biträda vid revision bland annat genom att – men inte begränsat till – ställa nödvändig dokumentation till förfogande.

6. Ersättningsvillkor

6.1 Budgetram

Regionfullmäktige fördelar årligen resurser på områdesnivå utifrån behovsbeskrivningar, nationella jämförelser, demografi och socioekonomiska faktorer, medicinsk utveckling och kunskapsstyrning, löne- och prisutveckling samt rationaliseringsbehov.

För löne- och prisutveckling kompenseras leverantörerna med utgångspunkt från Sveriges Kommuner och Regioners prisindex. Ersättning för läkemedel justeras separat efter faktisk och förväntad kostnadsutveckling. Om läkemedelskostnaderna under året totalt visar sig över- eller underskrida fem miljoner kronors skillnad jämfört med den totala läkemedelsbudgeten kan nivåerna för läkemedelsersättningen retroaktivt komma att justeras under pågående år. Förändringar i kostnadsansvar mellan Region Jönköpings läns olika verksamheter påverkar budgetramen enligt principen att ett utökat kostnadsansvar motsvaras av en utökad ersättning och vice versa. Ändrade kostnader som faller inom ramen för befolkningens förändrade konsumtion, eller härrör från ändrade arbetssätt hos leverantörerna, medför inte någon förändring i ersättningsramen. Ökat demografibehov täcks inte av utökad budget utan ska i första hand mötas med effektiviserad verksamhet genom förändrade arbetssätt.

Region Jönköpings läns inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen jämfört med övriga län/regioner avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

Centrala överskott som beror på oväntade utfall kan komma att betalas ut retroaktivt fördelat via ACG och CNI under året. Vissa ersättningar kan vara villkorade av kommande uppdrag från Region Jönköpings län. Om inte uppdrag motsvarande avsatta medel kommer från Region Jönköpings län kan medlen fördelas via ACG och CNI under året.

6.2 Ersättningsmodell

Region Jönköpings läns ersättningsmodell för vårdval primärvård utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Modellen ska vara transparent så att det är tydligt på vilka grunder ersättning ges. Ersättningsnivåerna revideras årligen.

Den samlade ersättning som utbetalas till en leverantör förväntas täcka samtliga kostnader för uppdraget enligt regelboken för Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län.

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vård av patienter som valt en vårdcentral i Region Jönköpings län, men som är folkbokförda i annat län, på

samma sätt som patienter folkbokförda i Jönköpings län, med undantag för läkemedelsersättningar.

Ersättningsmodellen förutsätter att Region Jönköpings län och leverantörerna tar gemensamt ansvar för att upprätthålla modellens intentioner och normer.

Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter.

Parterna ska samverka kring modellens tillämpning och utveckling. Den totala ersättningen är högre än den budgetram som regionfullmäktige beslutat i Region Jönköpings läns budget med flerårsplan. Detta beror på att ersättningsmodellen även innehåller andra finansieringskällor.

Vissa specifika ersättningar kan användas under ett eller ett par år för att stimulera införandet av nya arbetssätt. Därefter kan arbetssättet anses infört och vårdenheterna ersätts fortsättningsvis enligt vårdtyngd och socioekonomiska faktorer.

För primärvårdsuppdrag som lämpar sig att centraliseras i Region Jönköpings län av kompetens- och effektivitetsskäl kan tilläggsuppdrag utlysas.

Specifika ersättningar som tas bort eller tillkommer vid årsskiftet och regleras med en månads eftersläp hanteras genom att kapiteringen ökar eller minskar beroende på den specifika ersättningens uppbyggnad. På så sätt minimeras effekten av en månads eftersläp över årsskiftet.

6.3 Ersättning 2023

Ersättning	Totalbelopp tkr
Patientrelaterad ersättning	
Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)	1 206 891
Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)	212 981
Läkemedel	455 500
Vårdsamordning	22 500
Läkarbesök i hemmet	18 700
Läkaruppdrag särskilda boendeformer och korttidsboenden	17 700
Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården	16 200
Resurs för utveckling av nära vård och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	10 100

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	8 500
Tolk	6 800
Hälsosamtal	5 400
Särskilt kostnadskrävande patienter	300
Kvalitetsersättning	
Systematiskt förbättringsarbete	7 400
Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten	2 200
Hälsöfrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden	5 000
Utveckling och implementering av nya arbetssätt kroniskt sjuka	3 000
Särskild ersättning	
ST-läkare	93 500
Specialistutbildning för sjuksköterskor	5 000
PTP-psykolog	4 000
KBT-utbildning	1 000
KUM	2 200
Centrala utbildningsmedel	4 000
Utökade öppettider	10 100
Besök hos läkare och sjukgymnaster med nationell taxa	7 900
Läkarmedverkan i barnhälsovården	2 700
Glesbygd	4 100
Samordnare gemensam närakut	1 290
Summa ersättningar	2 134 962
Vårdval primärvård centrala kostnader/intäkter samt patientavgifter	53 450
Budget Vårdval primärvård	2 081 512

6.4 Patientrelaterad ersättning

Vårdtyngd enligt ACG (Adjusted Clinical Groups)

ACG är en metod för att kategorisera patienters sjukdomar genom att gruppera diagnoser i öppen vård. ACG-grupperna representerar hälsotillstånd och är definierade utifrån sjukdomsbörda, ålder och kön. ACG-grupperna tilldelas olika vikter beroende på resursåtgång.

Ersättningen grundas på invånarnas registrerade diagnoser i både öppen och slutenvård de senaste 18 månaderna.

Leverantören får ersättning för de invånare som valt vårdcentralen. Leverantören får inte bygga sitt listningsunderlag på utomlänsvånare. Listade utomlänsvånare får endast utgöra en mindre andel av listningsunderlaget.

År 2023 är ersättningen för 1,0 relativ ACG-poäng 3 245 kronor.

Socioekonomiska faktorer, CNI (Care Need Index)

CNI är en metod att kategorisera vårdtyngd utifrån socioekonomiska faktorer. Leverantören får ersättning för sin genomsnittliga CNI-poäng per invånare som

valt vårdcentralen. Statistiska centralbyrån (SCB) beräknar CNI på vårdcentralsnivå varje månad.

År 2023 är ersättningen för 1,0 CNI-poäng 240 kronor.

Variabler	CNI-poäng
Ensamboende äldre än 65 år	6,15
Utlandsfödd	5,72
Arbetslös	5,13
Ensamstående förälder	4,19
Flyttningar senaste året	4,19
Lågutbildad	3,97
Barn yngre än fem år	3,23

Läkemedel

Leverantören får ersättning för basläkemedel för listade invånare som är folkbokförda i Jönköpings län.

15 procent av ersättningen fördelas enligt CNI och 1,0 CNI-poäng är 72 kronor.

85 procent av ersättningen fördelas enligt ålder:

Ålder	Ersättningsvikt	Ersättning per person, kr
0-41	0,21	256
42-53	0,51	622
54-63	1,00	1 220
64-70	1,53	1 867
71-76	2,04	2 489
77-	2,91	3 550

Vårdsamordning

Region Jönköpings län ersätter leverantören för vårdsamordnarens samordning och deltagande i samordnad individuell plan (SIP) enligt avsnitt 3.6.

- Ersättning för vårdsamordning är 200 kronor per invånare för listade patienter äldre än 74 år.
- Samordning och deltagande i SIP innefattar hela vårdplaneringsprocessen, och inte enbart upprättandet av SIP. Upprättande av SIP ska ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Ersättningen är 4 000 kronor per patient och vårdplaneringsprocess.

Läkarbesök i hemmet

Region Jönköpings län ersätter leverantören för läkarbesök i hemmet enligt avsnitt 3.7.

Leverantören kan även erhålla ersättning för hembesök på annan plats än folkbokföringsadressen om den enskilda invånaren på grund av komplex livssituation och utanförskap av olika slag inte nås av primärvården.

Fysiska besök av läkare ersätts med 3 000 kronor.

Läkaruppdrag i särskilda boendeformer och korttidsboenden

Region Jönköpings län ersätter leverantören som har avtal om läkarmedverkan på korttidsplatser och särskilda boendeformer för äldre enligt avsnitt 3.7 Korttidsboenden och särskilda boendeformer.

Ersättningen för permanentboendeplats är 4 000 kronor och för korttidsplats 12 000 kronor per år.

För att erhålla den särskilda ersättningen för läkarbesök i hemmet på 3 000 kronor krävs att det föreligger ett akut medicinskt behov som inte kan hanteras på distans (exempelvis telefon eller digitalt) eller under planerad läkarmottagning på boendet. Det vill säga det ska finnas ett akut behov av ett fysiskt läkarbesök som inte kan anstå.

Läkaruppdrag och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården

Region Jönköpings län ersätter leverantören med 400 kronor per invånare för listade patienter äldre än 74 år.

Ersättningen avser att garantera invånare inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende motsvarande resurser som boende i särskilt boende.

Resurs för utveckling av nära vård och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Leverantören får ersättning för utsedd kontaktperson enligt avsnitt 3.18

Regionen ersätter leverantören med en grundersättning på 75 000 kr samt 19 kr per listad invånare och år.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Region Jönköpings län ersätter leverantören för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen enligt avsnitt 3.12.

Ersättning utgår för framtagande och årlig revidering av rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 10 000 kronor.

Ersättning utgår för rehabkoordinering enligt särskild modell.

Ersättning utgår för primärvårdens rehabiliteringsutredning i team (PR-team) med 10 000 kronor per utredning enligt Region Jönköpings riktlinjer för PR-team efter att inrapportering skett till ansvarig på Folkhälsa och sjukvård. Region Jönköping län ersätter totalt 160 utredningar per år för hela primärvården

Ersättningen betalas ut kvartalsvis.

Tolk

Leverantören får ersättning för månadsvis redovisade tolkarvoden. Ersättning medges för max tre månader gamla fakturor.

Hälsosamtal

Region Jönköpings län ersätter leverantören för hälsosamtal som genomförs med hjälp av hälsokurvan enligt avsnitt 3.5 med 900 kronor.

Särskilt kostnadskrävande patienter

Region Jönköpings län kan besluta om ersättning till leverantörer med ansvar för vård av särskilt kostnadskrävande patienter. Ersättningen ska garantera god vård för ett fåtal patienter med behov av mycket stora volymer eller särskilt dyra sjukvårdsmaterial.

Leverantörer ansöker om ersättningen och Region Jönköpings län beslutar i varje enskilt fall. Ersättningen täcker leverantörens redovisade kostnader för sjukvårdsmaterial utöver 60 000 kronor per år och patient.

Vård av patient som är listad på annan vårdcentral

Ersättning gäller alla invånare folkbokförda i Sverige.

Fysiska besök

Region Jönköpings län ersätter leverantören för fysiska besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen.

	Ersättning*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Ersättning inklusive medicinsk diagnostik. Erlagd patientavgift tillfaller inte leverantören enligt avsnitt 6.7.

Digitala besök

Region Jönköpings län ersätter leverantören för digitala besök av patienter som inte är listade på vårdcentralen.

	Ersättning*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Ersättning inklusive medicinsk diagnostik. Erlagd patientavgift tillfaller inte leverantören enligt avsnitt 6.7.

Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar

Leverantören får ersättning för vård av personer bosatta i EU- eller EES-land. Underlag för utbetalning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (exempelvis kopia på giltigt EU-kort) ska skickas in till Region Jönköpings län. Saknas fullständigt underlag betalas inte någon ersättning ut.

För vård av utländska medborgare och utlandssvenskar bosatta i länder utanför EU och EES gäller särskilda regler. I flera fall betalar patienten själv sin vård.

Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.

Leverantören får ersättning för vård av asylsökande.

Kvotflyktingar och anknytningsflyktingar har rätt till en kostnadsfri hälsoundersökning inom en tolv månadersperiod efter ankomst till Sverige.

För att ersättning ska utbetalas ska registrering ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. I aktuella fall måste uppgifter om LMA-kortets dossiernummer framgå. Saknas detta betalas ingen ersättning ut.

6.5 Kvalitetsersättning

Eget systematiskt förbättringsarbete

Region Jönköpings län betalar ut ersättning i samband med godkända riktmärken (2 stycken). Ersättningen är 20 kronor per listad invånare och år.

Deltagande i utvecklings- och kvalitetsarbeten

I grunduppdraget ingår att leverantören ska delta aktivt i förbättrings- och utvecklingsarbeten som kan ske i samverkan internt och externt.

Region Jönköpings län ersätter uppdrag och deltagande i MPG, RPO, Tillsammans-projekt och grupper enligt Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner. Ersättningen ska inte ses som en heltäckande ersättning för uppdraget utan ett sätt att premiera och främja deltagande.

Vilka uppdrag som ersätts fastställs av vårdval Region Jönköpings län.

Uppdragen ersätts beroende på omfattning i två nivåer:

- Enkelt uppdrag kräver tidsåtgång på ungefär en heldag per månad under en längre period. Ersätts med 3 000 kronor per månad.
- Dubbelt uppdrag kräver ungefär två heldagar per månad. Ersätts med 6 000 kronor per månad.

För specialistläkare gäller dubbla ersättningsnivåer. För administrativ personal gäller halva ersättningsnivåerna.

Vid särskilda uppdrag, såsom regionledda projekt eller dylikt som kräver större engagemang, kan en särskild ersättning utgå som bestäms från fall till fall. Alla ersättningar förutsätter att leverantören meddelat vårdval Region Jönköpings län om leverantörens deltagande i projekt, grupp eller annat utfört uppdrag. Detta ska göras kvartalsvis.

Ersättning för deltagande i pilot

Region Jönköpings län ersätter leverantören som deltar som pilot i syfte att testa nya arbetssätt som sedan kan spridas i Region Jönköpings län. En särskild ersättning som bestäms i förväg betalas ut från fall till fall. Ersättningen baseras på antal listade på vårdcentralen och pilotverksamhetens storlek.

Deltagande i Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd

Samtliga leverantörer har i uppdrag att bemanna grupperna inom FAKTA – allmänt kliniskt kunskapsstöd i proportion till sin andel ersättning för ACG. Ingen särskild ersättning utgår.

Hälsofrämjande arbete i socioekonomiskt utsatta områden

Region Jönköpings län tilldelar och ersätter sju leverantörer med högst CNI i kombination med antal listade CNI-tunga personer samt spridning av uppdraget i länsdelarna. Arbetet är ett utökat uppdrag och löper under tre år 2020-2023 och kommer därefter utvärderas.

Utveckling och implementering av nya arbetssätt kroniskt sjuka

Region Jönköpings län beviljar ersättning för utveckling och implementering av nya arbetssätt för kroniskt sjuka patienter med stöd av befintliga och nya digitala hjälpmedel. Framtagna arbetssätt och processer ska främja patientens egenvård och leda till ökad delaktighet och egenmakt för individen.

Kvalitetsindikatorer kopplad till ersättning

Under avtalsperioden kan Region Jönköpings län komma att, med hjälp av medicinsk programgrupp primärvård och representanter för leverantörerna, ta fram förslag till kvalitetsindikatorer för nästkommande verksamhetsår utifrån ett patient- och producentperspektiv. Samtliga leverantörer ska kunna medverka i arbetet att ta fram och följa upp kvalitetsindikatorer.

Region Jönköpings län beskriver hur indikatorerna ska mätas, redovisas, följas upp och ersättas. Kvalitetsindikatorerna ska vara klara senast tre månader före nästa verksamhetsår.

6.6 Särskild ersättning

Utbildning

Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2015:8 (gamla förordningen)

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST-tjänstgöring, vilket normalt innebär fem år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 60 månaders heltidstjänstgöring (eventuell provanställning inräknad) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning med AT utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Leverantören får maximalt ersättning med 60 600 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen)

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST tjänstgöring, vilket normalt innebär 5,5 år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 66 månaders heltidstjänstgöring (eventuell tillgodoräknas tjänstgöring på Nässjö utbildningscenter) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Leverantören får maximalt ersättning med 60 600 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Pre-ST via Nässjö utbildningscenter för specialisttjänstgöring allmänmedicin enligt förordning HSLF-FS 2021:8

Leverantören kan efter ansökan få ersättning retroaktivt för den pre-ST tid läkaren fullgjort via Nässjö utbildningscenter under max 3 månader heltidstjänstgöring.

Leverantören får maximalt ersättning med 40 000 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vetenskaplig handledning av ST-läkare

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för anställd som åtar sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST-läkare i allmänmedicin enligt särskilt beslut.

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU eller EES land

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för fortbildning av läkare med läkarexamen, från EU eller EES-land, som fått automatisk specialistkompetens i allmän medicin i Sverige i samband med ansökan om svensk legitimation. Ersättningen är densamma som för ST-läkare i ST-utbildning under den tid som kompletterande utbildning sker. Ersättning utgår under 2 år, vid särskilda skäl kan ersättningen förlängas med upp till 6 månader.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning med 40 000 kronor per månad för specialistutbildning till distriktssköterska och 45 000 kronor per månad för specialistutbildning till psykiatrisjuksköterska beräknat på heltidsstudier.

PTP-psykolog

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning med 40 000 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

För att en vårdcentral ska kunna anställa en PTP-psykolog med central finansiering krävs att vårdcentralen är bemannad med minst en legitimerad psykolog med dokumenterad erfarenhet av tjänstgöring i primärvårdsverksamhet samt att vårdcentralen kan erbjuda PTP-handledning av psykolog med minst tre års erfarenhet av yrket.

KBT-utbildning steg 1

Leverantören kan efter godkänd ansökan och genomförd godkänd termin få ersättning med 50 000 kronor per termin

Klinisk undervisningsmottagning (KUM)

Leverantören kan efter godkänd ansökan teckna avtal med Region Jönköpings län gällande tilläggsuppdrag för att bedriva klinisk undervisningsmottagning i Jönköpings län. Uppdraget ersätts enligt särskild modell.

Centrala utbildningsmedel

Region Jönköpings län har avsatt fyra miljoner till centrala utbildningsmedel som en del i omställningen av den nära vården till primärvården. Avsatta medel hanteras centralt och är inte ansökningsbara. Avsatta medel är till regionalt arrangerade utbildningar för primärvården för merkostnader som till exempel externa föreläsare och inköpta utbildningar.

Utökade öppettider

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för utökade öppettider utöver 9 timmar per dag 08:00-17:00 vardagar. Under den utökade öppettiden ska vårdenheten:

- ta emot akuta patienter enligt sitt närakutsuppdrag
- ha bokningsbara tider för planerade fysiska läkarbesök
- bedriva telefonrådgivning.

De utökade öppettiderna ska gälla under en längre period och kommuniceras tydligt till invånarna. Region Jönköpings län ska i god tid meddelas utökade öppettider eller förändring av utökade öppettider.

Ersättningen är 3 000 kronor per timme.

Läkarmedverkan i barnhälsovården

Leverantören får ersättning efter inskickat giltigt avtal med barnhälsovården. Ersättningen är 300 kronor per avtalad timme utöver den ersättning vårdenheten får från barnhälsovården.

Modell för ökad tillgänglighet utanför kommunernas huvudorter

Leverantören kan efter ansökan få ersättning för att bedriva utlagd mottagning minst en gång per vecka på orter som annars saknar mottagning. Region Jönköpings län bedömer vilka utlagda mottagningar som ger rätt till ersättning.

Ersättning gäller orter från vilkas invånare har mer än 20 minuter till vårdcentralen med bil. Ersättningen 2023 är 300 000 kronor per ort och år för vårdcentraler/mottagningar som förbättrar tillgängligheten för mer än 2 500 invånare, under 2 500 invånare 200 000 kronor. Region Jönköpings län ersätter även sjuksköterskemottagning på Visingsö på motsvarande sätt.

Invånare som har längre än 20 minuter med bil till vårdcentral i någon av kommunernas huvudorter genererar extra kapitering, oavsett listning, om en vårdcentral/mottagning utanför någon av kommunens huvudorter gör att invånarens avstånd till primärvården minskar.

Läkarmottagning genererar 120 kr i extra kapiteringsersättning per år, mottagning utan läkare genererar 72 kr i extra kapiteringsersättning per år.

För att få full ersättning krävs att mottagningen är öppen fem dagar i veckan minst fyra timmar per dag. Vid mindre öppettid minskas ersättningen med 1/5 del för varje dag under fem dagar i veckan. Stängning under t ex sommaren medför utebliven ersättning.

Om flera vårdcentraler/mottagningar finns på samma ort delas ersättningen.

Samordnare med ansvar för gemensam närakut

Leverantören kan efter godkänd ansökan teckna avtal med Region Jönköpings län gällande tilläggsuppdrag samordnare för gemensam närakut.

Ersättningen är 3,50 kronor per invånare och år och länsdel.

Riktade statsbidrag

Regeringen använder särskilda statsbidrag för att stimulera utveckling inom viktiga områden i regionernas och kommunernas verksamhet. Villkoren för statsbidragen beslutas vanligen för ett eller två år i taget.

Leverantören förväntas delta i relevanta förbättringsområden kopplat till statsbidrag. Modellerna för ersättning varierar.

Momskompensation

En privat leverantör får momskompensation genom att ersättningen räknas upp med 5 procent på nettoutbetalningen.

Enligt nuvarande moms­lagstiftning har landstingskommunala leverantörer avdragsrätt för ingående moms. Motsvarande gäller inte privata leverantörer som i stället måste kostnadsföra ingående moms. För att privata och landstingskommunala leverantörer ska kunna konkurrera på lika villkor får de privata leverantörerna därför kompensation för sina merkostnader för moms.

6.7 Avdrag/Kostnader

Patientavgifter

Leverantören är skyldig att ta ut de patientavgifter som fastställts av Region Jönköpings län. Följsamheten till detta är grundläggande för att Region Jönköpings läns patienter ska behandlas lika.

Patientavgifter räknas av mot den ersättning som betalas ut. Patientavgifterna är en delfinansiering av ersättningsmodellen.

Månadsvis sker avstämning mellan budgeterade patientintäkter och faktiskt utfall. Vid större avvikelser kan en justering av ersättning göras i proportion till ACG.

Vårdcentralen ersätts inte för uteblivna patientintäkter till följd av att patienten låter bli att betala avgift enligt Region Jönköpings läns avgiftsregler. Leverantören får inte heller ersättning för återbetald patientavgift, exempelvis den som en patient som vid planerat besök får vänta mer än 30 minuter har rätt till.

Läkemedel

Leverantören betalar förmånskostnaden för basläkemedel (läkemedel på recept) för listade invånare folkbokförda i Jönköpings län (oavsett förskrivare). För listade invånare som inte är folkbokförda i Jönköpings län betalar personens hemlandsting. Läkemedelskommittén reviderar listan med basläkemedel årligen. Nyregistrerade läkemedel kan tillföras listan under året.

Förmånskostnaden för basläkemedel belastar (en månad i efterskott) vårdcentralen med följande undantag:

- Läkemedel som uppenbart är sjukhusspecifika.

- Läkemedel (7-ställig ATC-kodsnivå) där riktlinjerna är att Region Jönköpings läns årskostnad för enskilt läkemedel ska överstiga 0,5 miljoner kronor och primärvårdens förskrivning vara mindre än 30 procent. Båda kriterierna ska vara uppfyllda.
- Kostnader för läkemedel (med undantag för syrgas) i akutförråd på särskilda boendeformer inom kommunal hälso- och sjukvård.

NOAK-läkemedel (Dabigatranetexilat, Rivaroxaban, Apixaban och Edoxaban) belastar vårdcentralen med halva förmånskostnaden.

Leverantören har även kostnadsansvar för de rekvisitionsläkemedel som behövs i vårdcentralens verksamhet.

Medicinsk service inom Region Jönköpings län

Leverantören har kostnadsansvar för alla typer av medicinsk diagnostik som beställs av vårdcentralen.

Avdrag för besök på annan vårdcentral i Region Jönköpings län

Leverantören får avdrag när listad patient får vård på annan vårdcentral i Region Jönköpings län. Avdragen inkluderar kostnader för medicinsk diagnostik. Avdragen görs i samband med den månatliga utbetalningen av ersättning.

Fysiska besök

	Avdrag*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Digitala besök

	Avdrag*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

I de fall leverantören har tecknat avtal om att köpa vård från en annan leverantör, där avtalet även reglerar ersättning och denna avviker från prislistan, ska leverantören betala ersättning till den leverantör som har tillhandahållit vården. Avtalsparterna administrerar och ansvarar själva för de ekonomiska mellanhavandena.

Avdrag för besök i andra regioner

Leverantören får avdrag för besök när listad patient får vård på primärvårdsnivå i andra regioner.

Avdrag för besök utanför länet sker i samband med att den besökta regionen fakturerar Region Jönköpings län. Den besökta regionen ska fakturera patientens hemregion senast sex månader efter besöket.

Fysiska besök

	Avdrag*
Läkarbesök	650 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Digitala besök

	Avdrag*
Digital läkarkontakt	250 kr
Digital kontakt hos andra yrkeskategorier	200 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Avdrag för besök hos privat vårdgivare på nationella taxan eller vårdavtal på primärvårdsnivå

Leverantören får avdrag när listad invånare har besökt läkare eller fysioterapeut/sjukgymnast som arbetar enligt nationella taxan, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL-lagen) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF-lagen) eller som har vårdavtal på primärvårdsnivå.

- Avdrag för de 5 första läkarbesöken per person per år
- Avdrag för de 20 första besöken hos fysioterapeut/sjukgymnast per person och år

Besök hos läkare och fysioterapeut/sjukgymnast enligt nationella taxan eller vårdavtal (primärvårdsnivå)	Avdrag
Läkarbesök inklusive telefonrådgivning*	650 kr
Sjukgymnastbesök*	450 kr

* Inklusive medicinsk diagnostik, exklusive patientavgift

Kostnadsansvar för närakutmottagning

Leverantören har kostnadsansvar för laboratorieprover och radiologi som ordinerats av leverantörens personal på närakutmottagningen. Leverantören ansvarar för samtliga sina personalkostnader, inklusive resor och logi, när personalen tjänstgör på närakutmottagningen.

Region Jönköpings län ansvarar för lokalhyra, städning, vaktmästeri, telefoni, läkemedelsförråd, förbrukningsmaterial och investeringar av nödvändig utrustning

samt sjukresor. Patientavgifter på närakutmottagningen tillfaller och bokförs på Region Jönköpings län.

Kostnadsansvar för smittskydd

Leverantören har kostnadsansvar för provtagning av enskilda personer i samband med smittspårning av exempelvis tarmsjukdomar, STI-sjukdomar eller stick- och skärskador.

Leverantören har kostnadsansvar för provtagning och behandling i samband med utbrott av smittsamma sjukdomar. Vid större utbrott kan samråd ske med Region Jönköpings läns smittskyddsläkare för kostnadsfördelning.

Kostnader för IT och telefoni

För de obligatoriska IT-stöden debiteras ingen kostnad för leverantören.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för IT-infrastruktur och eventuell hyra av IT-utrustning.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för TeleQ som innefattar infrastruktur, licenser, samtalskostnader, eventuell hyra av telefoner. Leverantören får avropa TeleQ enligt Region Jönköpings läns leveransavtal med tjänsteleverantören.

Kostnader för hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Leverantören debiteras inte kostnader för diabetes- och inkontinenshjälpmedel samt medicinska behandlingshjälpmedel inklusive förbrukning (pumpar med tillbehör, tensapparat).

Kostnader för förbrukningsmaterial

Leverantören erbjuds att köpa förbrukningsmaterial från Materialförsörjningen. Leverantören debiteras för dessa kostnader.

6.8 Underlag för utbetalning

Region Jönköpings län hämtar de flesta uppgifter som ligger till grund för utbetalning av ersättning från Master och Cosmic. Reglering för utbetalning baseras på samtliga vårddata som registrerats vid avstämningstidpunkten. Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från vårdcentraler inom Vårdval Primärvård. Leverantören är ansvarig för att leverera efterfrågade indata av god kvalitet. Systemet för inrapportering bygger i stor utsträckning på förtroende för leverantörens integritet och noggrannhet och leverantören ska lojalt fullgöra sina skyldigheter i detta avseende. Det är av yttersta vikt för förtroendet mellan parterna, liksom för kontraktets fortlevnad, att Region Jönköpings län får korrekt indata från vårdcentralen.

I de fall då leverantörerna ska lämna in underlag för ersättning till Region Jönköpings län måste det ske senast den åttonde i varje månad för att komma med i nästa utbetalning.

Utbetalning av ersättning sker den 19:e varje månad. Om den 19:e infaller på en helgdag sker utbetalning på efterföljande vardag.

Ersättning som uteblir på grund av felaktig registrering i Cosmic kompenseras inte i efterhand. Region Jönköpings län korrigerar inte heller tillägg och avdrag för besök på annan vårdenheter som skett på grund av utebliven eller felaktig inrapportering av underleverantörsavtal.

7. Anvisningar för ansökan

7.1 Ansökan om godkännande

Intresserade bjuds in att ansöka om godkännande för att få driva vård inom vårdvalet. Ansökan sker genom att ansökan tillsammans med övriga begärda handlingar lämnas in till Region Jönköpings län. En leverantör kan ansöka om godkännande för flera enheter. En ansökan ska lämnas per enhet.

Det finns inget sista datum för ansökan. Det innebär att ansökan kan lämnas tills det aktuella vårdvalet upphör. Inför en ny avtalsperiod ansöker även sedan tidigare godkända leverantörer.

7.2 Ansökan och begärda handlingar

Ansökan och begärda handlingar ska vara skrivna på svenska. Ansökan och begärda handlingar lämnas via upphandlingsverktyget Tendsign (www.tendsign.com).

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid avtalets tecknande. Företaget ska vid samma tillfälle vara skatteregistrerat och uppvisa registreringsbevis utfärdat av Bolagsverket.

Sökande som lämnar anbud under formen företag under bildande, ska till anbudet bifoga stiftelseurkund för ett aktiebolag under bildande alternativt ifylld ansökan om nyregistrering av enskild näringsidkare. Av den bifogade handlingen ska namn på företrädare för sökanden och personnummer framgå.

Handlingar att bifoga ansökan:

- registreringsbevis utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bolagsverket). Registreringsbeviset får inte vara äldre än 1 år.
- intyg på anmälan om bedrivande av verksamhet (Vårdgivarregistret) enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Intyget får inte vara äldre än 3 månader.
- verksamhetsbeskrivning

- CV för verksamhetschef/vd
- CV för medicinskt ledningsansvarig läkare
- giltigt intyg om ansvarsförsäkring
- finansieringsplan
- referenser

Sökanden måste inte bifoga årsredovisning, men Region Jönköpings län kan komma att ta ut eller begära in tidigare årsredovisningar för att säkra sökandens ekonomiska förutsättningar.

För att bekräfta sin kapacitet att utföra uppdraget ska sökanden lämna uppgift omfattande minst en referent för vilka sökanden under de senaste tre åren har utfört uppdrag av liknande/motsvarande/jämförbar art.

Region Jönköpings län kan komma att kontakta referenterna för att förvissa sig om att sökanden har den tekniska förmåga och kapacitet som krävs för uppdragets genomförande. Förfrågan kan gälla bland annat sökandens tekniska förmåga (omfattande bland annat utbildning och kompetens) samt kapacitet och resurser i förhållande till uppdragets omfattning.

Uppgift om referensuppdrag ska lämnas på följande sätt:

- kortfattad beskrivning av respektive uppdrags omfattning
- tidsperiod
- kontaktpersoner med telefonnummer och e-postadress

Sökanden ska ha kontrollerat att angivna kontaktpersoner är aktuella och går att nå på angivna telefonnummer och e-postadresser. Region Jönköpings län förbehåller sig rätten att söka egna referenser.

För utlandsregistrerade bolag även intyg om skatteregistrering från Skatteverket och kreditupplysning.

Med sin ansökan intygar sökanden att:

- kraven enligt förfrågningsunderlaget är uppfyllda
- att hela åtagandet enligt avtalet kan utföras från driftstarten
- sökanden accepterar att beställaren i samband med verifiering inför driftstarten har rätt att ensidigt fatta beslut om att senarelägga driftstarten eller säga upp avtalet

7.3 Offentlig handling

Inkommen ansökan är som huvudregel offentlig handling. Om sökanden anser att någon del i ansökan bör omfattas av sekretess ska detta anges i ansökan och motiveras med hänvisning till relevant lagrum. Beställaren kommer att i varje

enskilt fall och vid varje förfrågan göra en prövning av huruvida en specifik uppgift omfattas av sekretess.

7.4 Frågor om ansökan

Frågor om ansökan ställs till Region Jönköpings läns område inköp via upphandlingsverktyget Tendsign (www.tendsign.com).

7.5 Komplettering eller rättning av ansökan

Beställaren kan begära kompletteringar om ansökan inte är fullständig eller om begärda underlag saknas. Vid komplettering kan handläggningstiden förlängas.

Region Jönköpings län kan medge att sökande får rätta en uppenbar felskrivning, felräkning eller annat uppenbart fel i ansökan.

8. Villkor för godkännande

8.1 Handlingar

Sökanden ska fylla i ansökan och lämna intyg, handlingar och andra underlag enligt anvisningarna.

8.2 Ekonomiska förutsättningar

Leverantören ska under hela avtalsperioden ha en stabil ekonomisk bas och tillgång till resurser som svarar mot uppdragets omfattning och innehåll.

Sökanden ska anses ”kreditvärdig” med en ratingpoäng om minst 40 poäng enligt Creditsafe AB:s eller motsvarande bedömning vid tiden för ansökan. Utländska sökanden kan komma att bedömas efter en annan skala som motsvarar den angivna.

I det fall kreditvärdigheten inte går att bedöma eller inte når upp till 40 poäng, ska sökanden lämna en förklaring till varför kravet inte nås och med ytterligare information styrka en stabil ekonomisk bas. I det fall den ekonomiska stabiliteten garanteras av moderbolag, bank eller annan garant, ska intyg om detta bifogas ansökan och vara undertecknad av behörig företrädare för garanten. Kreditlöftet ska avse första avtalsåret.

Beställaren har tolkningsföreträde i bedömningen av leverantörens ekonomiska förutsättningar.

8.3 Verksamhetsförutsättningar

Sökanden ska ha en organisation med kapacitet att hantera och leverera de efterfrågade tjänsterna.

Beställaren kommer att bedöma om sökanden kan uppfylla verksamhetskraven utifrån beskrivningarna i ansökan och eventuella tidigare uppdrag inom området.

Verksamhetschef

Sökanden ska ha en för uppdraget ansvarig verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, 4 kap. 2§). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med verksamheten och de lagar, förordningar, riktlinjer, föreskrifter från Socialstyrelsen och de allmänna råd som gäller för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ledningsansvarig läkare

Verksamheten ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare med minst tre års erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten allmänmedicin efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning. Medicinskt ledningsansvarig läkare ska vara regelbundet kliniskt verksam vid vårdenheten och där emellan vara tillgänglig för vårdenheten vid behov.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha erforderlig legitimation och kompetens i enlighet med avsnitt 2.4 Arbetsgivaransvar- Bemanning och kompetens.

Lokaler

Leverantören ska ha för verksamheten ändamålsenliga och godkända lokaler i Jönköpings län. Lokalerna ska uppfylla gällande lagkrav och föreskrifter för vårdverksamhet. Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Boverkets riktlinjer för tillgängliga lokaler. Med lokaler avses vårdcentralens samtliga verksamheter. Vårdcentral som anlitar underleverantör ansvarar att säkerställa att den fysiska tillgängligheten är uppfylld. Som stöd i arbetet hänvisas till checklista för tillgängliga lokaler

Leverantören ska ha de hjälpmedel som krävs för att förflytta besökande patienter på ett säkert sätt exempelvis personlyft, överflyttningsplattform eller liknande.

Lokalisering

Inom vårdval Region Jönköpings län är det inte tillåtet att öppna vårdcentraler, filialer eller andra former av utlagda mottagningar i andra län för att bedriva fysiska utomlänsbesök.

9. Beslut om godkännande

9.1 Villkor

För att sökanden ska bli godkänd måste samtliga obligatoriska krav och övriga villkor som anges i detta förfrågningsunderlag och i ansökan vara uppfyllda.

Sökanden kommer inte att godkännas om:

- sökanden inte uppfyller villkoren för godkännande enligt Lag om valfrihetssystem 7 kap § 1
- sökanden i något väsentligt hänseende har låtit bli att lämna begärda upplysningar eller lämnat felaktiga upplysningar
- sökanden inte kan redovisa en finansieringsplan som beställaren bedömer visar på förutsättningar att bedriva verksamheten

Sökanden kan komma att inte godkännas om:

- sökanden eller en eller flera företrädare för sökanden tidigare haft uppdrag åt beställaren, annan region eller annan uppdragsgivare och avtalet till följd av brister i sökandens agerande sagts upp i förtid
- sökanden undersöks för allvarliga brister i annat uppdrag
- sökande är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller föremål för ackord eller tillsvidare har inställt sina betalningar eller underkastats näringsförbud, eller om sökande är föremål för ansökan om ovanstående
- företrädare för sökande är dömd för eller föremål för utredning av brott som av beställaren anser påverka förtroendet för vården

Sökanden ska på begäran från beställaren tillhandhålla uppgifter och utdrag ur misstanke- och belastningsregistret för styrelseledamöter och andra företrädare för sökanden.

9.2 Beslut om godkännande

Beslut om godkännande meddelas inom 60 dagar efter det att komplett ansökan inkommit till Region Jönköpings län.

9.3 Ingående av avtal

Avtal ingås så snart som möjligt när beställaren godkänt leverantören.

9.4 Verifiering inför driftstarten

Leverantören förbinder sig att ha verksamhet färdigställd senast 14 dagar före driftstarten så att beställaren kan verifiera att leverantören är klar med alla förberedelser samt att lokaler och utrustning uppfyller kraven.

Beställaren äger ensidigt rätt att besluta om ett senare datum för driftstarten om leverantören bedöms sakna förutsättningar att utföra åtagandet i avtalad omfattning vid angivet datum. Vid väsentliga brister äger Region Jönköpings län rätt att frånträda avtalet.

Leverantören äger inte rätt till någon form av skadestånd till följd av Region Jönköpings läns beslut, enligt ovan. Region Jönköpings län däremot har rätt till ersättning från leverantören för kostnader som beror på dennes brister.

9.5 Återkallande av godkännande

Godkännandet av en leverantör gäller i sex månader. Därefter äger Region Jönköpings län rätt att återkalla godkännande om inget avtal undertecknats.

9.6 Överklagande

Sökande som gör gällande att Region Jönköpings län brutit mot en bestämmelse i Lag (2008:962) om valfrihetssystem får ansöka om rättelse hos förvaltningsrätten i Jönköping.

Endast den sökande som inte godkänts får ansöka om rättelse av den upphandlande myndighetens beslut.

En ansökan om rättelse ska inges skriftligen. Ansökan om rättelse ska ha kommit in till allmän förvaltningsdomstol (förvaltningsrätten i Jönköping) inom tre veckor från det att underrättelse lämnats.

10. Mall för avtal enligt lagen om valfrihetssystem

10.1 Avtalsparter

Beställare: Region Jönköpings län

Organisationsnummer: 232100-0057

Leverantör: <leverantörens namn>

Organisationsnummer: <organisationsnummer>

10.2 Avtalets omfattning

I detta avtal regleras leverantörens bedrivande av primärvård vid < namn och adress för verksamheten>. Med avtalet förstås bestämmelserna i detta avtal och ”Primärvård inom vårdval i Jönköpings län”.

10.3 Avtalsperiod

Avtalet gäller från och med dag för avtalets undertecknande <datum> till och med 2025-12-31. Med möjlighet till förlängning med två (2) år i taget, om inte avtalet sagts upp skriftligen av endera part senast tolv månader före avtalstidens slut.

Utförandet av uppdraget inleds vid överenskommet datum för driftstart. Före driftstarten äger leverantören inte rätt att utföra vård enligt detta avtal.

10.4 Kontaktpersoner

Parterna ska utse var sin kontaktperson. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten utan dröjsmål.

Region Jönköpings län: <namn, efternamn, adress, postadress, e-postadress, telefonnummer>

<Leverantör>: <namn, efternamn, adress, postadress, e-postadress, telefonnummer>

10.5 Meddelanden

Meddelanden i anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller fax.

10.6 Handlingars inbördes ordning

”Primärvård inom vårdval i Jönköpings län” är en del av avtalet. De i denna punkt nämnda handlingar utgör avtalsinnehåll.

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder annat, sinsemellan i följande ordning:

1. skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
2. detta avtal med bilagor
3. Region Jönköpings läns eventuella kompletteringar av förfrågningsunderlaget
4. förfrågningsunderlag med bilagor
5. eventuella kompletteringar av ansökan
6. leverantörens ansökan

10.7 Lagar, förordningar, föreskrifter, policy och riktlinjer

Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Jönköpings läns styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser och kliniska kunskapsstöd. Beställaren ska tillhandhålla relevanta styrande dokument.

10.8 Ersättningsvillkor

Leverantörens ersättning framgår av avsnitt 6 i ”Primärvård inom vårdval i Jönköpings län”.

10.9 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget, undantaget kravet på öppettider, om inte särskild överenskommelse (skriftlig) finns med Region Jönköpings län.

När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren. Utförligare reglering av de olika samarbetsformerna framgår av avsnitt 2.5.

10.10 Ansvarsförsäkring

Leverantören ska teckna och under hela avtalsperioden vidmakthålla en egendoms-, allrisk- och ansvarsförsäkring i den omfattning verksamheten kräver. Leverantörens ansvar är inte begränsat till de belopp som omfattas av de försäkringar leverantören har tecknat.

10.11 Skadestånd

Leverantören har fullt ansvar för sitt åtagande enligt avtalet och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas av leverantörens handlande eller brist på handlande. Leverantören ska hålla beställaren skadeslös om skadeståndskrav väcks från tredje man direkt mot beställaren som en följd av leverantörens handlande eller brist på handlande.

10.12 Ändrade ägarförhållanden

Väsentliga förändringar avseende ägarförhållandena hos leverantören eller eventuella moderbolag, ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till beställaren. På begäran av beställaren ska leverantören lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om leverantörens möjligheter att uppfylla avtalet. Beställarens godkännande av den nya ägaren krävs för avtalets fortsatta giltighet.

10.13 Överlåtelse

Leverantören får inte överlåta hela eller delar av avtalet utan beställarens skriftliga godkännande. Den nya leverantören ska efter överlåtelsen informera berörda invånare/patienter om förändringen.

10.14 Ändringar i avtalet

Beställaren har rätt att besluta om ändringar av villkoren som ska tillämpas. Beställaren ska omgående informera leverantören om ändrade villkor.

Vardera parten har rätt att yrka på ändringar av villkoren i händelse av finansiell kris, ekonomiska omvälvningar eller om Region Jönköpings län tvingas utfärda besparingsbeting för verksamhetsområdet.

Leverantör som inte vill bli bunden av ändrade villkor ska inom 60 dagar skriftligen meddela beställaren att de ändrade villkoren inte accepteras. Om sådant meddelande inte mottagits av beställaren inom den angivna tidsfristen blir leverantören bunden av de ändrade villkoren från och med den dag beställaren angivit i ändringsmeddelandet, dock tidigast 60 dagar efter det att ändringsmeddelandet är avsänt.

Om leverantören meddelar beställaren att den inte accepterar de ändrade villkoren och Region Jönköpings län vidhåller ändringen i förhållande till leverantören, upphör avtalet att gälla tolv månader efter utgången av 60-dagarsfristen. Under den återstående avtalstiden gäller avtalet i sin lydelse före ändringarna.

10.15 Brister och sanktioner

Leverantören ansvarar för att hålla den avtalade kvaliteten under hela avtalsperioden.

Båda parter har en skyldighet att göra motparten uppmärksam på sådant som kan uppfattas som avtalsbrott eller avvikelse från avtalet.

Leverantören ska åtgärda fel och brister efter skriftligt påpekande från beställaren.

Om leverantören inte uppfyller avtalade villkor har Region Jönköpings län rätt att ta ut ekonomiska sanktioner. Beloppet på sanktionen fastställs av Region Jönköpings län.

Vid brister/avtalsbrott har Region Jönköpings län rätt att:

- Hålla inne hela eller del av ersättningen som senare kan betalas ut vid åtgärdad brist
- Minska ersättningen, betalas ej ut senare
- Ej betala ut ersättningen i sin helhet
- Utkräva vite
- Säga upp avtal enligt avsnitt 10.19 Uppsägning av avtalet på beställarens begäran.

10.16 Tillämpning och tvister

Om någon bestämmelse i avtalet skulle vara ogiltig innebär det inte att avtalet i sin helhet ska anses ogiltigt. Om sådan ogiltighet väsentligt påverkar någon av parternas utbyte av avtalet ska skälig jämkning ske. Part som anser att något i avtalet ska anses ogiltigt har att omgående och skriftligen meddela och ange skäl till motparten.

Twist med anledning av detta avtal ska avgöras med tillämpning av svensk rätt av svensk allmän domstol med Jönköpings tingsrätt som första instans.

10.17 Konkurs

Leverantör som går i konkurs ska omedelbart informera beställaren enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Vid en konkurs är leverantören oförändrat ansvarig för verksamheten och patientsäkerheten. Leverantören ska exempelvis hantera remiss- och provsvar till dess att tingsrätten godkänt konkursen och utsedd konkursförvaltare tagit kontakt med leverantören.

Leverantören ska snarast informera konkursförvaltaren om:

- att konkursförvaltaren enligt hälso- och sjukvårdslagen tar över vårdgivaransvaret även om fysiska patientbesöken upphör
- att kvarvarande patientadministrativt arbete ska fortsätta för att säkra patientsäkerheten enligt patientsäkerhetslagen
- att konkursförvaltaren snarast ska kontakta beställaren

10.18 Avtalets upphörande på leverantörens begäran

Leverantören har möjlighet att i förtid säga upp avtalet under förutsättning att det föreligger särskilda skäl som hindrar leverantören att fortsätta bedriva verksamheten. Begäran ska skriftligen lämnas till beställaren senast sex månader innan verksamheten upphör.

När ett avtal om att driva vårdcentral sagts upp kommer vårdcentralens geografiska närområde fördelas till andra vårdcentraler. För hantering av tidigare listade invånare se avsnitt 2.2 *Invånarnas val – När en vårdcentral upphör*.

10.19 Uppsägning av avtalet på beställarens begäran

Beställaren har rätt att i förtid säga upp avtalet om leverantören inte kan uppfylla eller säkerställa de obligatoriska krav som ställs i avtalet.

Uppsägning ska ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten. Vid uppsägning av avtalet gäller en uppsägningstid om sex månader.

Beställaren har rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan om leverantören omfattas av någon av de omständigheter som räknas upp i lagen om valfrihetssystem 7 kap § 1 punkt 1-4 och som innebär att leverantören skulle ha uteslutits vid tilldelning av avtal.

Beställaren har rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan om leverantören väsentligt bryter mot någon del av avtalet till men för patienter, eller om leverantören grovt åsidosatt sina skyldigheter, agerat vårdslöst eller grovt åsidosatt sina ekonomiska skyldigheter mot myndighet eller beställaren.

Beställaren har rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan om det sker en direkt eller indirekt förändring av ägandet av en majoritet av aktierna i leverantörens företag, eller att det bestämmande inflytandet över leverantörens företag förändras direkt eller indirekt på ett sätt som Region Jönköpings län inte skäligen kan godta.

Beställaren har vid avtalets omedelbara upphörande rätt att omedelbart ta över delar eller hela leverantörens verksamhet med egen personal för att rätta till förhållandena och upprätthålla kontinuitet för berörda invånare.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott kan beställaren även ha rätt till skadestånd.

10.20 Force majeure

Parterna har rätt att gentemot varandra åberopa underlåtenhet att fullgöra avtalet om fullgörandet hindras till följd av omständighet utanför parternas kontroll såsom naturhändelse, svenskt eller utländskt lagbud, svensk eller utländsk

myndighets åtgärd, krigshändelse, strejk, blockad, bojkott, lockout eller annan liknande omständighet.

Motpart ska omedelbart underrättas om det föreligger omständigheter som kan föranleda tillämpning av denna bestämmelse. Det åligger part, som önskar åberopa force majeure, att utan uppskov skriftligen underrätta motparten om uppkomst därav och hålla part underrättad och meddela motparten när force majeure upphör.

För det fall force majeure varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

10.21 Efter avtalets upphörande

Leverantören ska när avtalet upphör samverka med beställaren kring hantering av patientdokumentation, lokaler och utrustning, förekommande avtal och allt i övrigt som förutsätter att en övergång av verksamheten till annan kan komma till stånd på ett patientsäkert sätt.

Leverantören ska inhämta patientens medgivande till överföring av information och ansvarar för att patientdokumentationen säkerställs enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

10.22 Bilagor

- Bilaga 1 - Sammanhållen journalföring
- Bilaga 2 – Personuppgiftsbiträdesavtal
- Bilaga 3 –Tredjepartsavtal HSA och SITHS
- Bilaga 4 – Uppdragsavtal om spärrtjänst

10.23 Underskrifter

Jönköping <datum>

Region Jönköpings län

<Namn Efternamn>

<Titel>

<Ort, datum>

<Leverantör>

<Namn Efternamn>

<Titel>

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 110

Bilaga till budget 2023 - Regelbok ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2022/75

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

1. Förlänga Regelboken för ögon 2022 att gälla för 2023.
2. Ge ett uppdrag om att arbeta fram ett alternativt förslag på hur ST-utbildning och jouruppdraget kan utformas med start 2023 som lämnas till budgetberedningen i september 2022.

Sammanfattning

Regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län är framtagen för 2023.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-01
- Regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2022

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Presidiet föreslår att nämnden vid sammanträdet den 21 juni beslutar

1. Förlänga Regelboken för ögon 2022 att gälla för 2023.
2. Ge ett uppdrag om att arbeta fram ett alternativt förslag på hur ST-utbildning och jouruppdraget kan utformas med start 2023 som lämnas till budgetberedningen i september 2022.

Thomas Bäuml (M) avstår från att delta i beslutet.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Bilaga till budget 2023 - Regelbok ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2023 till regionstyrelsen.

Sammanfattning

Regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län är framtagen för 2023.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-01
- Regelbok för ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län 2022

Beslut skickas till

Regionstyrelsen

Regionledningskontoret - folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län

Regelbok 2023

Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem

Innehåll

1. Vision och övergripande mål	9
1.1 Vision för Region Jönköpings län.....	9
1.2 Övergripande mål.....	9
1.3 Vårdval i ögonsjukvård.....	11
Mål och grundläggande principer.....	11
2. Allmänna villkor	13
2.1 Utgångspunkter	13
Hållbar utveckling	13
Informationsansvar	13
Kunskapsstyrning	13
Marknadsföring och information till invånare	14
Patientens rättigheter	15
Patientkontrakt.....	15
Samordnad individuell plan (SIP)	15
Fast vårdkontakt	15
Fast läkarkontakt	16
Kontinuitet.....	16
Klagomål	16
Vårdgaranti	16
Patientsäkerhet.....	16
Samverkan	17
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	18
2.2 Ansvar och skyldigheter.....	19
Kris och katastrofmedicinsk beredskap.....	19
Handlingsplan för plötsligt omfattande bemanningsbortfall	19
Insyn	19
Intyg.....	20
Läkemedel	20
Medicinsk service/diagnostik	21
Medicintekniska produkter.....	21
Hjälpmedel och förbrukningsprodukter	21
Förbrukningsmaterial via Materialförsörjningen	22

Patientjournalen	22
Patientskadeförsäkring	23
Sjukskrivning.....	23
Smittskydd.....	23
Remisser	23
Sjuk- och behandlingsresor	23
Tolk.....	23
Vårdhygien	23
2.3 Arbetsgivaransvar	24
Arbetsgivaransvar.....	24
Bemanning och kompetens.....	24
Meddelarfrihet och meddelarskydd.....	25
Sociala avgifter och skatt.....	25
Tystnadsplikt och sekretess	25
2.4 Samarbetsformer	25
Överenskommelse inom samma vårdgivare.....	25
Konsultavtal.....	25
Underleverantörsavtal.....	26
2.5 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem.....	26
3. Ögonsjukvårdens uppdrag.....	27
3.1 God vård och jämlik hälsa.....	27
3.2 Ögonmottagning.....	27
Ögonbottenfotografering av diabetiker	28
Kataraktoperationer	29
Polikliniska operationer.....	31
Laserbehandling i ögats främre segment.....	31
Jour i beredskap	31
3.3 Tillgänglighet	32
Öppettider	32
Telefon.....	32
E-tjänster.....	33
Filial.....	33
3.4 Vårdsamordning.....	34

3.5 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	34
3.6 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.....	34
Rehabilitering	34
Habilitering.....	35
Försäkringsmedicin	35
3.7 Vård av flyktingar och migranter	35
3.8 Utbildning och forskning	35
Utbildning.....	35
Grundutbildning	35
Vidareutbildning.....	36
Forskning.....	37
3.9 Systematiskt förbättringsarbete	38
4. Informationshantering och IT	39
4.1 Inledning	39
4.2 Informationssäkerhet.....	39
4.3 Personuppgifter	39
4.4 Verksamhetsdata	39
4.5 IT-system och infrastruktur.....	40
4.6 Support och IT-konsulttjänster.....	41
5. Uppföljning och Rapportering.....	43
5.1 Avtalsuppföljning.....	43
5.2 Uppdragsuppföljning.....	43
Patientenkäter	43
Rapportering	43
5.3 Dialog.....	44
5.4 Fördjupad uppföljning och revision	44
6. Ersättningsvillkor.....	45
6.1 Budgetram.....	45
6.2 Ersättningsmodell.....	45
Kostnadskontroll.....	46
6.3 Ersättning 2023	46
Allmänt	46
Fördelning av ersättning	46

6.4 Patientrelaterad ersättning	46
Ersättningsvillkor	46
Ersättning för basuppdrag ögonmottagning	47
Kataraktoperationer	47
Polikliniska operationer	48
Laserbehandling i ögats främre segment	48
Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar	48
Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.	48
6.5 Särskild ersättning	49
Kompensation för utebliven patientavgift	49
Utbildning	49
Jour i beredskap	50
Tolk	50
6.6 Resultatrelaterad ersättning	51
Kvalitetsersättning	51
6.7 Övrigt	51
Ersättning för deltagande i pilot	51
Riktade statsbidrag	51
Momskompensation	51
Medicinsk service inom Region Jönköpings län	52
Kostnadsansvar för jour i beredskap	52
Kostnader för IT och telefoni	52
Kunskapsstyrning	52
Läkemedel	52
6.8 Underlag för utbetalning	52
7. Anvisningar för ansökan	54
7.1 Ansökan om godkännande	54
7.2 Ansökan och begärda handlingar	54
7.3 Offentlig handling	55
7.4 Frågor om ansökan	55
7.5 Komplettering eller rättning av ansökan	55
8. Villkor för godkännande	57
8.1 Handlingar	57

8.2 Ekonomiska förutsättningar	57
8.3 Verksamhetsförutsättningar	57
Verksamhetschef	57
Medicinskt ledningsansvarig läkare	57
Hälso- och sjukvårdspersonal.....	58
Lokaler.....	58
Lokalisering.....	58
9. Beslut om godkännande.....	59
9.1 Villkor	59
9.2 Beslut om godkännande	59
9.3 Ingående av avtal.....	59
9.4 Verifiering inför driftstarten.....	59
9.5 Återkallande av godkännande	60
9.6 Överklagande	60
10. Mall för avtal enligt lagen om valfrihetssystem	61
10.1 Avtalsparter	61
10.2 Avtalets omfattning.....	61
10.3 Avtalsperiod	61
10.4 Kontaktpersoner	61
10.5 Meddelanden	61
10.6 Handlingars inbördes ordning	61
10.7 Lagar, förordningar, föreskrifter, policy och riktlinjer	62
10.8 Ersättningsvillkor	62
10.9 Samarbetsformer	62
10.10 Ansvarsförsäkring	62
10.11 Skadestånd.....	63
10.12 Ändrade ägarförhållanden	63
10.13 Överlåtelse.....	63
10.14 Ändringar i avtalet.....	63
10.15 Brister och sanktioner	63
10.16 Tillämpning och tvister	64
10.17 Konkurs	64
10.18 Avtalets upphörande på leverantörens begäran.....	65

10.19 Uppsägning av avtalet på beställarens begäran.....	65
10.20 Force majeure.....	65
10.21 Efter avtalets upphörande.....	66
10.22 Bilagor.....	66
10.23 Underskrifter	66

1. Vision och övergripande mål

1.1 Vision för Region Jönköpings län

För ett bra liv i en attraktiv region.

1.2 Övergripande mål

Målet för hälso- och sjukvården i Jönköpings län är bästa möjliga hälsa hos hela befolkningen och god och jämlik vård oavsett var i länet man bor. Länets invånare ska få den vård de behöver, när de behöver den och på det sätt de behöver den. Region Jönköpings län vill uppnå en jämlik hälso- och sjukvård som prioriterar de med störst behov.

Nära vård är en viktig del i arbetet med hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården börjar med det som patienten eller brukaren kan ge sig själv och med hjälp av sina nätverk, egenvården, samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

Region Jönköpings län beskriver den nära vården som:

- en personcentrerad vård och omsorg som utgår från patienten/brukarens och närståendes behov och förmåga att hantera sin sjukdom.
- skapas tillsammans mellan patient och vårdgivare.
- arbetar preventivt och proaktivt och möter problemen uppströms. Det vill säga att arbeta förebyggande för att lösa grundproblemet.
- är det stöd kommuner, regioner och civilsamhälle kan ge för att möjliggöra en personcentrerad vård.
- är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter för att skapa en sammanhållen vårdkedja.
- har vårdcentralen som bas, och specialiserad sjukhusvård tillgänglig när den behövs.
- använder e-hälsans alla möjligheter att möta patientens behov.
- innebär att delar av den vård som idag ges i slutenvård kan ges i annan form nära patienten.

Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård



Region Jönköpings läns strategi för nära vård är att ställa om hälso- och sjukvården från slutenvård till öppenvård, från sjukhus till vårdcentral och från vård till hälsofrämjande insatser tillsammans med andra samhällsaktörer och invånarna själva.

Den nära vården är en kultur av tillit och samverkan, där var och en tar ansvar för sitt arbete och underlättar för steget före och efter, för att skapa en sammanhållen vårdkedja.

För att ”Esther” ska få bästa möjliga vård utifrån sina behov stärks samverkan med kommunerna. För en bättre folkhälsa ska Region Jönköpings län stödja invånaren i att själva kunna ta ansvar för sin vård och hälsa.

Region Jönköpings län är aktiv i utveckling och implementering av välfärdsteknik och e-hälsa. Digitala vårdsbesök ska vara en naturlig del i utvecklingen av vården, och vården blir allt mer digifysisk, det vill säga att vården innehåller både digitala och fysiska kontakter. Utökning av digitala tjänster sker genom att de digitala besöken ses som ett naturligt alternativ till fysiska besök.

I Jönköpings län är vårdcentralen invånarnas självklara förstahandsval när de har behov av hälso- och sjukvård. Vårdcentralen är den naturliga koordinatören som samordnar invånarnas behov av hälso- och sjukvård under hela livet. Invånarna känner tilltro och upplever att de är trygga och säkra i sina kontakter med vårdcentralen.

Vården ska bedrivas personcentrerad. I den personcentrerade vården ska andra behov än enbart de fysiska behoven lyftas fram. En viktig framgångsfaktor är den personcentrerade vården som innebär att se och möta hela människan och där individens berättelse är utgångspunkten för partnerskap, gemensam planering och ömsesidig respekt för varandras kunskap. Även anhöriga och närståendes hälsa

och delaktighet ska finnas med och ha en tydligare roll vid varje kontakt med vårdgivare.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård innefattar planen sex övergripande strategier:

1. Förstärka invånarens egna resurser och bidra till ett samhälle som stödjer hälsosamma val i vardagen
2. Öka tryggheten genom jämlik, säker och personcentrerad vård
3. Enklare vardag för patienter och medarbetare med stöd av anpassat tjänsteutbud och ökad digitalisering
4. Primärvården är basen, specialiserad och högspecialiserad diagnostik och sjukhusvård finns tillgänglig när den behövs
5. Utveckling av framtidens arbetsplats med fokus på medarbetarskap och kompetensutveckling
6. Leda och utveckla för att förstärka goda relationer som bidrar till sömlös samverkan där värde skapas tillsammans

1.3 Vårdval i ögonsjukvård

Utifrån budget och flerårsplan fastställer och reviderar regionfullmäktige årligen mål, uppdrag och ersättningsvillkor för vården som avtalas och drivs inom ramen för Lag om valfrihetssystem (2008:962).

Mål och grundläggande principer

Vårdvalsmodellen för Region Jönköpings län:

1. Stärker invånarnas inflytande genom att

- invånarna väljer vårdgivare
- ersättningen följer invånaren
- redovisning av kvalitet och resultat är offentliga
- vården ges med kontinuitet och bred kompetens
- vården ges på lika villkor i hela länet
- vården är personcentrerad och utförs i samarbete med patienten
- vårdgivaren upprättar patientkontrakt och samordnad individuell vårdplan
- stärka invånarnas förmåga till egenvård

2. Tillvaratar och utvecklar de professionella gruppernas kompetens genom att

- stimulera kreativitet och innovation med invånarens behov i fokus
- systematiskt fördela arbetsuppgifter, ansvar och roller utifrån personalens kompetens som främjar personcentrerad vård, kvalitet och effektivitet
- sörja för att det finns rätt kompetens och kontinuerlig kompetensutveckling

- utgå från teamsamverkan och tillvarata alla medarbetares kompetens
- stimulera mångfald av vårdgivare
- delta aktivt i forskning och utveckling
- handleda och utbilda studenter, AT-, ST-läkare samt PTP psykologer.

3. Styr mot önskvärda resultat genom att

- ge störst ersättning för invånare med störst vårdbehov
- premiera goda kliniska resultat
- premiera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- vara patientsäker
- ha hög tillgänglighet
- stimulera samverkan och utveckling av nya arbetssätt
- stimulera digitalisering och e-hälsa
- säkerställa kostnadseffektiv vård
- stimulera aktivt deltagande i klinisk forskning

2. Allmänna villkor

2.1 Utgångspunkter

Lika rättigheter och möjligheter - antidiskriminering

Leverantören ska följa gällande lagstiftning för lika rättigheter och möjligheter och antidiskriminering.

- Diskrimineringslagen (2008:567)
- Förbud mot missgynnande behandling av arbetstagare eller arbetssökande som är, ska vara eller har varit föräldraledig. Omfattar även vård av sjukt barn. Föräldraledighetslagen (1995:584).
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Förordningen (2006:260) om antidiskrimineringsvillkor i upphandlingskontrakt

Leverantören ska på begäran redovisa åtgärder, upprättade planer med mera som vidtagits med anledning av ovanstående.

Hållbar utveckling

Leverantören ska:

- följa Region Jönköpings läns Hållbarhetsprogram 2021-2025.
- årligen rapportera åtgärder som vidtagits under året och hur hållbarhetsmålen kommunicerats i verksamheten.

Informationsansvar

Leverantören och Region Jönköpings län har ett ömsesidigt ansvar att samråda och informera om verksamhetsförändringar som påverkar invånarnas tillgång till vård och service eller samarbetet mellan leverantören och Region Jönköpings län.

Leverantören ska bland annat informera Region Jönköpings län om:

- ändrade ägarförhållanden
- överlåtelse av LOV-avtal till annan vårdenhet/leverantör
- byte av marknadsnamn eller firma för verksamheten
- byte av verksamhetschef
- byte av medicinskt ledningsansvarig läkare
- underleverantörer, konsulter och samverkanspartners
- risk för kapacitetsbrist

Leverantören ska representeras på informationsmöten som Region Jönköpings län kallar till.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är vårdens gemensamma system för att kunna leverera en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga

kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare har förutsättningar att:

- använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte
- följa upp och analysera patientmöten både på individnivå och på gruppnivå
- använda nationella kvalitetsregister för att systematiskt förbättra sin verksamhet
- tillämpa nationella och lokala kunskaps- och beslutstöd som Region Jönköpings län anvisar
- snabbt och systematiskt omsätta ny kunskap
- identifiera och prioritera förbättringsområden tillsammans med patienten

Marknadsföring och information till invånare

Leverantören ska följa marknadsföringslagen (2008:486). All marknadsföring ska vara saklig och korrekt.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje Marknadsföring av hälso- och sjukvård och tandvård, övriga riktlinjer inom informationsområdet och standard för kallelser.

Leverantören ansvarar för eventuella underleverantörers marknadsföring. I all marknadsföring ska tydligt framgå vem som ansvarar för verksamheten eller tjänsten och hur man kontaktar ansvarig.

Leverantören ska tydligt informera om att hela eller delar av verksamheten finansieras och drivs på uppdrag av Region Jönköpings län enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Region Jönköpings läns symbol för vårdval används för att signalera vilka vårdenheter som är godkända och möjliga att välja. Symbolen ska användas på vårdenhetens webbplats och i informationsprodukter där det är relevant. Symbolen får användas i marknadsföring, men i brev och kallelser, på kuvert, visitkort, tidkort och liknande produkter ska symbolen inte användas.

Leverantören förutsätts ha en egen webbplats/webbsida som 1177 Vårdguiden (1177.se) kan länka till och som i sin tur länkar tillbaka till 1177 Vårdguiden. Leverantören ska dessutom leverera kontaktuppgifter och administrera vårdenhetens kontaktsida på 1177 Vårdguiden. Leverantörens webbplats ska uppfylla krav på tillgänglighet enligt EU direktiv 2016/2102 och Lagen om tillgänglighet till digital offentlig service (2018:1937).

Om leverantören har verksamhet och utbud utanför LOV så ska informationen vara tydligt separerad. Detta innebär exempelvis behov av separata webbsidor för verksamhet inom LOV och verksamhet utanför LOV.

Leverantörens ska medverka i Region Jönköpings läns informationskampanjer.

Patientens rättigheter

Leverantören ska ha goda kunskaper om och tillämpa patientens rättigheter utifrån patientlagen (2014:821).

Leverantören ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Vården ska vara jämlik och jämställd och ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Vården ska utformas i samarbete med patienten. Leverantören ska ta vara på patientens och närståendes erfarenheter och möjligheter att medverka i vården utifrån deras önskan och förutsättningar.

Patientkontrakt

Leverantören ska kunna erbjuda patienten patientkontrakt enligt region Jönköpings läns riktlinjer.

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som innehåller bestämmelser om vad som ska gälla mellan parterna, vem ska göra vad, när och hur. Patientkontraktet består av:

- Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt
- Överenskommen tid
- Sammanhållen plan där alla insatser kring en patient synliggörs oavsett vårdgivare

Patientkontraktets delar dokumenteras i Cosmic enligt gällande rutin.

Samordnad individuell plan (SIP)

Leverantören ska erbjuda patienter som behöver vård och omsorg från både leverantören och kommunen en samordnad individuell plan (SIP) enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Fast vårdkontakt

Leverantören ska enligt patientlagen (2014:821) utse en fast vårdkontakt för de patienter som behöver eller begär det, för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

I Region Jönköpings län är det generellt sett vårdsamordnaren på vårdcentralen som innehar uppdraget att vara den fasta vårdkontakten när individen behöver det. Fast vårdkontakt registreras i Cosmic enligt gällande rutin.

Fast läkarkontakt

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Region Jönköping län målsättning är att varje invånare i länet ska ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården.

Den fasta läkarkontakten ska bland annat svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.

Kontinuitet

Kontinuitet gynnar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.

Kontinuitet i vården kan utgå från en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt eller ett vårdteam med flera olika professioner. Graden av kontinuitet ska anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser då till exempel inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.

Klagomål

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Vårdgaranti

Leverantören ska uppfylla den lagstadgade nationella vårdgarantin och Region Jönköpings läns krav på tillgänglighet.

Patientsäkerhet

Leverantören ska följa lagar och föreskrifter om patientsäkerhet, exempelvis:

- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40)
- Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (HSLF-FS 2017:41)

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns chefläkarorganisation och delta i riskanalyser samt händelseanalyser vid utredning av händelser som berör egen verksamhet och verksamheter där Region Jönköpings län är vårdgivare.

Leverantören ska ha rutiner för registrering och hantering av avvikelser. Leverantören ska anmäla, följa upp och analysera egna avvikelser i Region Jönköpings läns avvikelshanteringssystem Synergi. Leverantören ska kunna delta i systemövergripande analyser och uppföljning av avvikelser samt vara behjälplig i spridningen av resultaten.

Leverantören ska i enlighet med Patientsäkerhetslagen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg. Leverantören kan få stöd i sin utredning från Region Jönköpings läns chefläkarorganisation. Leverantören ska skicka en avidentifierad kopia på den kompletta anmälan, eventuell händelseanalys och beslut från Inspektionen för vård och omsorg till Vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska skicka en kopia på verksamhetstillsyn och andra beslut från Inspektionen för vård och omsorg till Vårdval Region Jönköpings län.

Leverantören ska förse patientnämnden med de uppgifter som nämnden behöver för att kunna fullgöra sitt uppdrag. Leverantören ska utan kostnad tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs vid granskning av enskilda ärenden.

Leverantören ska beakta Region Jönköpings läns arbete med patientsäkerhet som det uttrycks i budget och flerårsplan. Leverantörens medarbetare bör ha kännedom om de kunskapsområden som beskrivs i ”Säker vård – alla gånger”, Region Jönköpings läns riktlinjer för aktiviteter i patientsäkerhet.

Leverantören ska upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

Leverantören ska delta i regionala kvalitetsindikationsmätningar och beakta de utbildningsaktiviteter Region Jönköpings län erbjuder medarbetare i patientsäkerhet.

Samverkan

Vårdgivare, huvudmän och andra aktörer

Leverantören ska samverka med funktioner och verksamheter inom Region Jönköpings län, kommuner och andra myndigheter enligt lagar, föreskrifter, förordningar, överenskommelser och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Samverkan kan gälla enskilda patienters vård och rehabilitering men också planering, utveckling, uppföljning av verksamheten och kompetensutveckling.

Samverkan med kommunerna regleras bland annat i dokumentet ”Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner”. Region Jönköpings län och kommunerna ska utgå från patientens behov och ska med respekt och tillit samarbeta aktivt över organisations- och huvudmannagränserna.

Patientråd

Leverantören ska samverka med patienter för att förbättra och utveckla verksamheten utifrån patientperspektivet. Verksamhetschefen ansvarar för formerna.

Medicinsk programgrupp

Medicinsk programgrupp ögonsjukvård är en mötesplats för uppföljning och styrning av ögonsjukvården inom vårdval i Jönköpings län.

Programgruppen har hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag att:

- följa ögonsjukvårdens resultat
- föreslå uppdragsförändringar
- initiera och fastställa styrande dokument i Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta
- fördela uppdrag och utse representanter från ögonverksamhet till samverkansorgan
- samverka med andra programgrupper inom Region Jönköpings län
- samverka med programområden och samverkansgrupper inom sydöstra sjukvårdsregionen

Programgruppen består av verksamhetscheferrepresentanter från leverantörer i privat- och offentlig regi och Vårdval Region Jönköpings län som leder och samordnar gruppens arbete.

Under avtalsperioden kan så väl organisation som uppdrag komma att ändras.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9). Leverantören ska ha ett ändamålsenligt system för internkontroll och på begäran kunna redogöra för detta.

Leverantören ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Alla verksamheter som finansieras av Region Jönköpings län ska kännetecknas av kund- och processorientering. Verksamhetens processer ska ledas med utgångspunkt från vad som är bäst för patienten.

Kunskap om andras kompetens i vårdkedjan är en förutsättning. Ta ansvar för eget steg, ge feedback till steget före och underlätta för steget efter.

Det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ska vara långsiktigt och bedrivs enligt vetenskapligt säkrade metoder. Arbetet ska präglas av ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt, ständiga förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan.

2.2 Ansvar och skyldigheter

Kris och katastrofmedicinsk beredskap

Leverantören ska följa gällande föreskrifter för kris- och katastrofmedicinsk beredskap och regionens beredskapsplaner.

Vid särskild händelse ska leverantören följa Region Jönköpings läns direktiv från tjänsteman i beredskap eller regional särskild sjukvårdsledning.

Leverantören ska delta i utbildning, träning och övning i samverkan med andra vårdgivare och kommuner i sådan omfattning att den viktigaste verksamheten kan bedrivas även i kritiska lägen.

Personal som behövs för att driva verksamheten ska vara krigsplacerade på sin arbetsplats. Beredskapschefen ansvarar för krigsplaceringen i samråd med leverantörens verksamhetschef.

Leverantör som bedriver verksamhet på regionens sjukhus gäller även sjukhusets kris och katastrofmedicinska beredskapsplan.

Handlingsplan för plötsligt omfattande bemanningsbortfall

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med den formella eller reella kompetensen som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Varje verksamhet har därmed även ett långtgående ansvar för att planera och leda verksamheten så det finns en bemanning för att kunna bedriva de delar av uppdraget som inte kan anstå vid t.ex. sjukfrånvaro. Exempel på prioriterade uppdrag är akuta patientfall dagtid och jouruppdrag, men det kan även finnas andra specifika arbetsuppgifter som ur ett patientsäkerhetsperspektiv också måste säkerställas.

Verksamheten ska ha en handlingsplan i händelse av ett plötsligt omfattande bemanningsbortfall som innebär att verksamheten inte kan bedriva prioriterade uppdrag. Verksamheten ska i första hand lösa situationen genom samarbete med annan geografiskt närliggande vårdenhet.

Verksamhet som erhåller hjälp av annan vårdenhet ansvarar för att så snart som möjligt vidta åtgärder för att inte belasta hjälparens vårdenhet längre än nödvändigt.

Insyn

Leverantören ska på begäran lämna ut relevant information för att Region Jönköpings län enligt kommunallagen ska kunna tillgodose invånarnas önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs. Leverantören är inte skyldig att lämna information om utlämnandet strider mot lag eller annan författning.

Intyg

Leverantören ansvarar för att utfärda för uppdraget patientrelaterade intyg samt utlåtande till Försäkringskassan via Region Jönköpings läns IT-stöd.

Läkemedel

Läkemedelsbehandling ska ske på ett rationellt, säkert och kostnadseffektivt sätt med ett helhetsperspektiv där patientens och samhällets bästa beaktas.

Leverantören ska följa läkemedelskommitténs och Stramas rekommendationer för förskrivning och medverka till att Region Jönköpings läns mål för läkemedelsförskrivning uppfylls.

Leverantören ska följa läkemedelskommitténs riktlinjer om ordination och hantering av läkemedel, vilka bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:37). Särskilt fokus ska läggas på att:

- det vid alla vårdbesök som rör läkemedel finns en korrekt och aktuell läkemedelslista hos vårdgivaren och vårdtagaren.
- aktuella läkemedel dokumenteras i Cosmic. Vid förskrivning av läkemedel ska motivering till insatt behandling, indikation och diagnos dokumenteras i Cosmic. Ordinationsförändring ska dokumenteras under sökordet ”läkemedelsförändring” i Cosmic.
- genomföra extern kvalitetsgranskning. Inom Region Jönköpings län erbjuds verksamheterna detta genom *Område Läkemedelsförsörjning*. Denna, eller motsvarande kvalitetsgranskning, ska genomföras och rapporteras till *Område Läkemedelsförsörjning* minst en gång per år.
- kassation av läkemedel ska göras på ett miljömässigt korrekt sätt.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinje för beställning av läkemedel.

Förskrivning till patient med dosdispenserade läkemedel ska enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) utfärdas i elektroniskt systemstöd avsett för detta. Aktuella läkemedel ska dokumenteras enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska följa överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Läkemedelsindustriföreningen om samverkansformer mellan medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården och läkemedelsföretagen och principer för kliniska prövningar. Leverantören ska även följa Region Jönköpings läns riktlinjer ”Regelverk avseende samverkan mellan hälso- och sjukvård och läkemedels-, medicinteknisk-, och laboratorieteknisk industri. Lokal anpassning Region Jönköpings län”.

Medicinsk service/diagnostik

Leverantören kan teckna avtal med Region Jönköpings läns enheter för medicinsk service eller annan underleverantör för medicinsk service som är ackrediterad av Swedac eller har motsvarande kvalitetssäkring. Medicinsk service omfattar klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, nuklearmedicin, klinisk kemi, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi, medicinsk radiologi och transfusionsmedicin.

Leverantören har möjlighet att beställa enskilda transporter av Länstransporter, vid behov av mer regelbundenhet finns även möjlighet att teckna avtal.

Eventuella laboratorier och övrig patientnära analysverksamhet i egen regi ska vara ackrediterade av Swedac eller ha motsvarande kvalitetssäkring. Patientnära analysverksamhet innefattar provtagning, preanalys, analys eller postanalys som utförs av vårdpersonal.

Kvalitetssäkrade laboratorier och övrig patientnära analysverksamhet i egen regi ska följa Regelverket för patientnära analysverksamhet från Laboratoriemedicin. Leverantören som i egen regi bedriver laboratorier och övrig patientnära analysverksamhet i egen regi ska utföra internrevision en gång per år enligt Regelverket för patientnära analysverksamhet.

Leverantören ansvarar för att relevant verksamhetsdata görs tillgänglig enligt Region Jönköpings läns specifikationer.

Remisser som utfärdas i samband med digitala vårdmöten ska innehålla relevant information för frågeställningar och hälsoproblem och utformas enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. Leverantören ansvarar för att upprätta och förankra rutiner kring remiss- och svarshantering med berörd leverantör av medicinsk service.

Medicintekniska produkter

Medicinteknisk utrustning

Leverantören har det övergripande medicintekniska ansvaret för sin verksamhet och ansvarar för att i förekommande fall den medicintekniska servicen är ackrediterad av Swedac eller motsvarande kvalitetssäkring samt att utrustningen uppfyller vedertagna normer, standarder och krav på tillgänglighet, prestanda och kvalitet enligt gällande lagar och regler.

Leverantören ansvarar för att verksamheten har den medicintekniska utrustning som behövs för uppdraget och att utrustningen uppdateras och kompletteras vid förändringar i uppdraget.

Hjälpmedel och förbrukningsprodukter

Leverantören ska informera patient samt vid behov även anhöriga om hjälpmedel och eventuella avgifter.

Leverantören ska vid behov remittera patient till syncentralen för individuella bedömningar och förskrivningar av hjälpmedel, förbruknings- och sjukvårdsmaterial enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och gällande avtal och överenskommelser.

Förbrukningsmaterial via Materialförsörjningen

Leverantören erbjuds att köpa förbrukningsmaterial från Materialförsörjningen.

Patientjournalen

Leverantören ska upprätta och hantera patientjournaler enligt gällande lagar och förordningar. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård enligt gällande lagar och föreskrifter.

Patientjournalen omfattar ”Patientens väg genom vården” och innefattar moduler för remissflöde, planering/bokning, vårdkontaktregistrering, avgiftshantering, journaldokumentation, vårdplanering och läkemedel. Vårdinformationen hanteras i Cosmic och övriga komplementsystem och bygger på en fastställd struktur och standard för Region Jönköpings län. Fokus ligger på att rätt information ska finnas på rätt plats, i rätt tid, som underlag för rätt beslut – för att trygga patientsäkerhet och uppföljningsbarhet.

Leverantören ska registrera diagnoser, KVÅ-koder och vårdkontakter i patientjournalen enligt Region Jönköpings läns riktlinjer, terminologi, struktur, rutinbeskrivningar och mallar.

Leverantören ska ha utsedda superanvändare för Cosmics olika moduler. Superanvändarna ansvarar för intern utbildning och förankring av fastställda riktlinjer, manualer och rekommenderade arbetssätt samt ansvarar för kontakter med Folkhälsa och sjukvård i ärenden kring support, nyheter och utbildning.

Behandlingen av personuppgifter ska uppfylla de krav som ställs i patientdatalagen (2008:355), Allmänna dataskyddsförordningen (GDPR), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och tryckfrihetsförordningen (1949:105). Privata vårdgivare är personuppgiftsansvariga vilket innebär att denne ensam ska bestämma ändamålen med, och medlen för behandlingen av personuppgifter.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och anvisningar för sammanhållen journalföring. Region Jönköpings län tecknar särskilt avtal avseende sammanhållen journalföring, inklusive den nationella patientöversikten, med privata vårdgivare.

Leverantören ska beakta de lagar och regler som reglerar samtycke mellan vårdgivare och patient vid överföring av personuppgifter till annan vårdgivare. Leverantören ska lämna ut kopior av patientjournal enligt Region Jönköpings läns regler

Patientskadeförsäkring

Leverantören ska informera patient om möjligheten att anmäla en vårdskada till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) respektive läkemedelsskada till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF).

Leverantören ska tillhandahålla intyg, utredning och analys som behövs för handläggning av anmälda ärenden.

Patientförsäkring

Region Jönköpings län har tecknat en patientförsäkring hos LÖF - Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. Den patientförsäkringen gäller även om patienten har skadats hos en privat vårdgivare som har vårdavtal med en region.

Patientförsäkringen gäller enligt vad som framgår i patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkring

Läkemedelsförsäkring är en försäkring som läkemedelsindustrin i Sverige har gemensamt. Läkemedelsförsäkringen gäller vid personskador som med övervägande sannolikhet orsakats av läkemedelsbiverkningar som man inte kunnat förutse.

Sjukskrivning

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjukskrivning och använda Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Smittskydd

Leverantören ska utan dröjsmål rapportera anmälningspliktiga sjukdomar via SmiNet, samt följa smittskyddslagen (SFS 2004:168), smittskyddsförordningen (SFS 2004:255) och Region Jönköpings läns riktlinjer för smittskydd.

Remisser

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11), Region Jönköpings läns riktlinjer och allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Sjuk- och behandlingsresor

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för sjuk- och behandlingsresor.

Tolk

Leverantören ansvarar för att tillhandahålla tolk till patienter som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska. Leverantören ansvarar för tolkservice åt döva, dövblinda, gravt hörselskadade och talskadade personer.

Vårdhygien

Leverantören ska följa Socialstyrelsens föreskrifter för basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10), Region Jönköpings läns vårdhygieniska riktlinjer och

rutiner för MRB-screening. Leverantören ska registrera, följa upp och analysera vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt åtgärda avvikelser.

Leverantören ska bedriva verksamhet på ett sådant sätt att Hälso- och sjukvårdslagens krav på god hygienisk standard uppfylls. Detta innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt.

Leverantören ska inför ny- och ombyggnation, installation av medicinteknisk utrustning eller andra förändringar som kan påverka vårdhygienen involvera vårdhygienisk expertis i ett tidigt skede.

Leverantören ska beakta möjligheten till rengöring och desinfektion av medicinteknisk utrustning och inredning vid inköp.

2.3 Arbetsgivaransvar

Arbetsgivaransvar

Leverantören ska upprätthålla god arbetsmiljö och följa de lagar, avtal och regler som gäller för arbetsmarknaden.

Bemanning och kompetens

Leverantören ansvarar för att verksamheten har personal med formell eller reell kompetens som behövs för att kunna ge god vård med hög patientsäkerhet utifrån verksamhetens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap 2 §). Verksamheten ska ha en bemanning som främjar kontinuiteten i verksamheten.

Leverantören ansvarar för att verksamhetschefen och medicinskt ledningsansvarig läkare uppfyller villkoren i avsnitt 8.3 Verksamhetsförutsättningar.

Verksamheten behöver en tvärprofessionell bemanning där olika professioner kompletterar varandra inom vård, rehabilitering och psykosocialt stöd. Vårdenheten ska ha minst två läkare, med specialistkompetens inom oftalmologi.

Leverantören ansvarar för att chefer och medarbetare får den fortbildning som behövs för att upprätthålla kompetens för att ge god och säker vård.

Leverantören ska vara delaktig i och bidra till en långsiktig personalförsörjning för att säkerställa att rätt kompetens finns både kortsiktigt och långsiktigt genom att bland annat upprätthålla god klinisk utbildning i enlighet med riktlinjer och föreskrifter från Socialstyrelsen och avtal med lärosäten.

Leverantören ska vid förfrågan lämna uppgifter om bemanning och kompetens.

Meddelarfrihet och meddelarskydd

Personal vid privat drivna vårdenheter ska omfattas av samma meddelarfrihet och meddelarskydd avseende den medicinska vården som anställda i offentlig verksamhet.

Sociala avgifter och skatt

Leverantören ska fullfölja samtliga skyldigheter avseende inbetalning av sociala avgifter enligt socialförsäkringen såsom arbetsgivaravgift samt inbetala skatt.

Tystnadsplikt och sekretess

Leverantören ska se till att all personal omfattas av sekretesskrav motsvarande de som ställs i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Detta gäller även icke hälso- och sjukvårdspersonal.

2.4 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget.

När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om var och när vårdenhetens utbud är tillgängligt och vem som ansvarar för verksamheten. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Leverantören ansvarar för att all vårddokumentation sker enligt lagar och föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

Överenskommelse inom samma vårdgivare

Överenskommelse inom samma vårdgivare används när en leverantör med vårdgivaransvar för flera vårdenheter inom Jönköpings län samarbetar för att exempelvis kunna erbjuda invånarna god vård och tillgänglighet enligt villkoren för vårdval.

Samarbetet ska dokumenteras i en skriftlig överenskommelse.

Konsultavtal

Konsultavtal används för inhyrd personal som utför uppdrag genom leverantörens verksamhet. Inhyrd personal ska arbeta på plats i leverantörens lokaler.

Leverantören har det juridiska vårdgivaransvaret.

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt konsultavtal.

Underleverantörsavtal

Underleverantörsavtal används när ett företag utför uppdrag åt leverantören genom sin egen verksamhet.

Underleverantören ska fysiskt bedriva vård i Jönköpings län.

Underleverantören har det juridiska vårdgivaransvaret för den hälso- och sjukvård som utförs i underleverantörens verksamhet.

Underleverantörer som utför hälso- och sjukvårdsuppdrag ska vara anmälda till vårdgivarregistret.

Leverantören är juridiskt ansvarig gentemot beställaren och ansvarig för att underleverantören uppfyller beställarens krav och villkor för uppdraget. Leverantören ska kontinuerligt kontrollera och följa upp underleverantörens kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Leverantören ska på begäran kunna redovisa exempelvis underleverantörens kompetens, lokaler, utrustning och följsamhet till lagar och föreskrifter, nationella vårdprogram och riktlinjer samt Region Jönköpings läns riktlinjer.

All kommunikation, rapportering, fakturering med mera från eventuell underleverantör ska ställas till leverantören.

Underleverantörer får endast agera genom sin avtalspart, och äger inte rätt att marknadsföra sina tjänster på ett sätt som kan uppfattas att de har avtal med Region Jönköpings län.

Uppdraget ska dokumenteras i ett skriftligt underleverantörsavtal.

Om avtalet gäller utförande av hälso- och sjukvård inom LOV måste leverantören fått ett godkännande av Region Jönköpings län innan avtalet träder i kraft.

2.5 Avtal enligt lagen om valfrihetssystem

Ytterligare avtalsreglering framgår av avsnitt 10. *Mall för avtal enligt lagen om valfrihet.*

3. Ögonsjukvårdens uppdrag

3.1 God vård och jämlik hälsa

I Region Jönköpings län har alla verksamheter ansvar för att invånare får den hälso- och sjukvård de behöver, när de behöver den och på det sätt som de behöver den. Uppdraget utgår från definitionen av god vård och Region Jönköpings läns vision och övergripande mål för hälso- och sjukvården.

Ögonsjukvården inom vårdval Region Jönköpings län är en del av den specialiserade ögonsjukvården i öppenvård och ska erbjudas i Jönköpings län. Uppdraget omfattas bland annat av ögonmottagning, jouruppdrag samt utbildning och forskning. Beskrivning av vad som innefattas i uppdragen finns närmare beskrivet i ”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder inom vårdval ögon i Region Jönköpings län 2023”.

Vårdenheten ska:

- ge hälso- och sjukvård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering, habilitering och klinisk uppföljning utifrån invånarnas behov och Region Jönköpings läns riktlinjer och allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta
- stärka invånarnas förmåga att själva kunna påverka och främja sin hälsa
- bedöma och behandla sjukdomstillstånd där vård inte kan anstå hos alla som vänder sig till vårdenheten
- erbjuda fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose individens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
- samverka för en väl sammanhållen vårdkedja.
- organisera verksamheten så att de mest sjuka invånarnas behov av hälso- och sjukvård särskilt tillgodoses
- utveckla effektiva arbetssätt tillsammans med andra delar av hälso- och sjukvården, kommuner och andra samhällsaktörer
- i varje patientmöte arbeta utifrån patientkontraktets delar; överenskommelse, sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskommen tid.

3.2 Ögonmottagning

Uppdraget är obligatoriskt och utförs av samtliga leverantörer inom vårdvalet och avser patienter från 18 år och äldre.

Vårdenheten ska ha bemanning, kompetens, lokaler, medicinteknisk utrustning och tillgänglighet som krävs för hela uppdraget eller teckna överenskommelser och avtal med andra aktörer för delar av uppdraget.

Uppdraget ska utföras i enlighet med den nationellt framtagna prioriteringsordningen för ögonsjukvård.

Uppdraget omfattar:

- akuta och planerade besök vardagar 08:00 – 17:00
- nybesök remitterade av optiker
- återbesök enligt gällande vårdprogram och riktlinjer
- utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av patienter i behov av vård inom specialiserad ögonsjukvård på medicinsk indikation. Varje patients individuella behov och resurser att klara vård och behandling ska bedömas och tillgodoses.
- rådgivning i enskilda patientärenden till andra vårdgivare inom länets ögonsjukvård
- samverkan i multiprofessionella team
- avsnitten: Tillgänglighet, Vårdsamordning, Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande, Rehabilitering/habilitering och Försäkringsmedicin, Vård av flyktingar och migranter, Utbildning och forskning samt Systematiskt förbättringsarbete. Dessa områden beskrivs närmare i avsnitten 3.4-3.9

Uppdraget omfattar inte:

- synfel som ska omhändertas av optiker såsom t.ex. glas- och kontaktlinsutprovning och kontaktlinskontroller
- sjukdomar som ska handläggas av specialist i allmänmedicin enligt Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd
- sjukdomar som kräver akutsjukhusens resurser, kompetens och utrustning
- sjukdomstillstånd utan misstänkt ögon diagnos
- rutinmässiga hälsokontroller vid hereditet för glaucom
- rutinmässiga hälsokontroller vid hereditet för åldersförändringar i gula fläcken
- botoxbehandlingar
- undersökningar i samband med refraktiv kirurgi
- kosmetisk kirurgi

Ögonbottenfotografering av diabetiker

Uppdraget omfattar patienter med typ 1 eller typ 2 diabetes mellitus och ges enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av diabetes mellitus.

Uppdraget omfattar:

- Digital avbildning av ögonbotten med utrustning som har upplösning för att upptäcka de minsta förändringarna

- Analys av fotograferade ögonbottnar
- Undersökning och klinisk uppföljning av patienter som inte går att fotografera* eller där annat behandlingskrävande fynd iakttagits vid fotograferingen
- Rekommendation av tidsintervall för nya undersökningar – patienter som behöver täta kontroller ska kallas vid tidpunkter som bedömts lämplig med hänsyn till aktuell ögonstatus
- Information till den läkare som behandlar patientens diabetes i de fall annan sjukdom än diabetesretinopati upptäcks vid ögonbottenundersökning
- Digital lagring av fotografier så att de – med patientens samtycke – är tillgängliga för andra vårdgivare

*Patienter med mediegrumlingar, liten pupill, skador på hornhinna, komplikationer i iris, utbredda ärr i näthinnan efter olika sjukdomar eller laserbehandlingar, perifert liggande skador i näthinnan, andra kroniska ögonsjukdomar eller dålig medverkan från patienten ska följas upp av ögonläkare genom individuella kontroller under lång tid.

Kompetens

Fotografering ska utföras av för ändamålet utbildad personal. Granskning av bilder ska utföras av ögonläkare eller ögonsjuksköterska med dokumenterad kompetens.

Utrustning

Medicinteknisk utrustning för digital avbildning av ögonbotten. Utrustningen ska leverera bilder i dicomformat till bilddatabasen Forum.

Kataraktoperationer

Uppdraget omfattar kataraktoperationer i öppen vård för patienter med grå starr och gäller för de patienter som omfattas av indikationsgrupp 1, 2 eller 3 enligt Nationell Indikationsmodell för Kataraktextraktion. Patienter som av medicinska skäl kräver narkos eller speciell medicinteknisk utrustning ingår inte i uppdraget.

Patienterna ska prioriteras utifrån medicinsk behovsbedömning. Särbehandling, andra överenskommelser med remitterter eller andra åsidosättande av den medicinska prioriteringen får inte förekomma. Målet är att patienterna ska slutbehandlas för det tillstånd som ingår i detta uppdrag.

Uppdraget innefattar:

- Oftalmologisk förundersökning enligt regionens riktlinjer för att bedöma operationsindikationer samt biometri ska genomföras före operation.
- Skriftlig information till patienten inför och efter operation
- Kataraktoperation med senaste teknik (FACO*) och implantation av intraokulär lins. Operationerna ska genomföras enligt

ögonläkarföreningens State of the Art-dokument med kliniska riktlinjer för katarakt

- Postoperativa komplikationer/besvär, som inte kräver akutsjukhusets resurser, ska hanteras av opererande enhet under vårdenhetens öppettid.
- Återbesök som ska ske när så är medicinskt indicerat, samt i den omfattning som krävs för att rapportera/registrera i relevanta kvalitetsregister.

*Om FACO inte kan användas kan i enstaka fall annan vedertagen teknik användas.

Kompetens

Leverantörens opererande ansvarige läkare ska vara specialist inom ögonsjukvård med aktuell erfarenhet inom kataraktkirurgi.

Leverantörens opererande läkare ska vid driftstarten eller nyanställning självständigt ha utfört minst 500 operationer totalt.

Vid operation ska sjuksköterska med kompetens för uppdraget finnas i salen.

Lokal och utrustning

Leverantören ska förfoga över utrustning och särskild lokal för operationsverksamheten som uppfyller kraven för operationsrum enligt gällande standard, BOV- Bygghälsa och vårdhygien, hygienklass 3. SIS TS 39:2015.

Krav på luftkvalitet och ventilation på operationssal ska uppfyllas enligt SIS TS 39:2015. Vid avvikande uppmätt värde ska *Smittskydd och vårdhygien* kontaktas. Mätutrustning finns möjlighet att låna av *Smittskydd och vårdhygien*.

Ögonkirurgi, framförallt implantationskirurgi, innebär infektionskänsliga ingrepp och värden på 50 cfu/m³ ska inte överskridas och ambitionen bör vara att nå ner under 10 cfu/ m³

Rapportering och uppföljning

Leverantören ska rapportera till det Nationella kataraktregistret och årligen delta i Marsstudien.

Leverantören ska redovisa verksamhetens utfall enligt kataraktregistret en gång per år till Region Jönköpings län.

Leverantören ska genomföra partikelmätning från luften under pågående operationsverksamhet 1 gång per år, uppmätt värde rapporteras till Region Jönköpings län.

Leverantörens Patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla uppgifter om komplikationsfrekvens i relation till patientunderlag, bland annat gällande kapselrupturer.

Polikliniska operationer

Uppdraget omfattar polikliniska operationer i ögats yttre delar enligt Region Jönköpings riktlinjer. Uppdraget omfattar inte kosmetisk kirurgi utan medicinsk indikation, kvalificerade tårvägsoperationer, pterygium, kryobehandling för trikiasis eller omfattande/komplicerade akuta skador.

- Uppdraget indelas i tre nivåer utifrån ingreppets art, omfattning och utrustning.
- I de fall medicinskt motiverade synstörande dermatochalasis genomförs ska fotodokumentation alltid utföras.
- Postoperativa komplikationer/besvär, som inte kräver akutsjukhusets resurser, ska hanteras av opererande enhet under vårdenhetens öppettid.
- Patienten ska få skriftlig information efter operation

Kompetens

Verksamhetschef ansvarar för att opererande läkare har kompetens och erfarenhet att utföra uppdraget.

Lokal och utrustning

- Lokal med ventilationskrav på max 100cfu/m³.
- Sedvanlig utrustning för operativ verksamhet
- Diatermi

Laserbehandling i ögats främre segment

Uppdraget omfattar laserbehandling av sjukdomar i ögats främre segment.

Kompetens

Leverantörens behandlande läkare ska vara väl förtrogen med behandlingsmetoden.

Lokal och utrustning

- Utrustning för Selektiv lasertrabekuloplastik (SLT) alternativt argonlaser
- YAG laser

Jour i beredskap

Leverantören är en del av joursystemet för ögonsjukvården i Region Jönköpings län. Bakjourslinje ingår inte i vårdval ögon.

- Leverantörens specialistläkare ska delta i det regiongemensamma joursystemet som innebär jour i beredskap och ansvarar för telefonjour måndag-fredag mellan kl. 17-20.
- Leverantörens ST-läkare ska delta i det regiongemensamma joursystemet som innebär jour i beredskap lördag-söndag samt nationella helgdagar mellan kl. 9-20. ST-läkaren ansvarar för telefonjour, akuta mottagningsbesök och inläggande patienter på länssjukhuset Ryhov.

- Vid sjukdom eller annan frånvaro har leverantören ansvar att säkerställa ersättare.
- Jour i beredskap fördelas utifrån leverantörens produktion i förhållande till hela vårdvalets produktion avseende besök.
- Fördelning av tjänstgöring läggs av verksamhetschef på Ögonklinik inom den offentligt drivna vården, i samråd med samtliga leverantörers verksamhetschefer.
- Fördelningen av jourpass ska planeras med minst tre (3) månaders framförhållning.

3.3 Tillgänglighet

Öppettider

Mottagningen ska vara öppen under vardagar mellan 08:00-17:00 året om med undantag för nationella helgdagar.

Mottagningen ska vara öppen för akuta och planerade fysiska besök, tidbokning, rådgivning, bedömning och prioritering av vårdbehov.

Det är tillåtet att stänga en mottagning som mest nio timmar i veckan. Öppettiden får dock inte understiga 36 timmar i veckan.

Om mottagningen är stängd hel/del av dag mellan 08:00-17:00 (vardagar), ska invånarna informeras och hänvisas till närliggande vårdvalsenhet i länet som mottagningen samarbetar med. Samarbetetsparten ska ha kapacitet att uppfylla mottagningens uppdrag. Samarbetet ska styrkas med ett skriftligt samarbetsavtal, kopia ska skickas till vårdval för kännedom.

Region Jönköpings län uppmuntrar leverantörer att utöka sina öppettider som service till invånarna. Under avtalsperioden kan det bli aktuellt med krav på utökade öppettider.

Telefon

Invånaren ska kunna kontakta mottagningen via telefon enligt vårdgarantin samt enligt Region Jönköpings läns riktlinjer och krav på öppettider.

Den som ringer 08:00-16:59 ska kunna välja att bli uppringd samma dag. Efter klockan 17:00 ska den som ringer kunna välja att bli uppringd av mottagningen nästkommande vardag.

Det ska finnas möjlighet att lämna återbud och förnya recept dygnet runt via röstbrevlåda.

Leverantören kan teckna avtal med Region Jönköpings län om telefonitjänster med tillhörande stödsystem. Leverantörer som inte använder Region Jönköpings läns telefonitjänster ska leverera verksamhetsdata för uppföljning enligt regionens specifikationer.

E-tjänster

Leverantören ska vara ansluten till de nationella tjänsterna, kontaktinformation och journalen via nätet som tillgängliggörs via 1177 Vårdguiden.

När den nationella tjänsten för symtombeskrivning, hänvisning och digitala dialog (chatt) som tillgängliggörs via 1177 Vårdguiden ska samtliga leverantörer vara anslutna till tjänsten.

Leverantören ska erbjuda följande e-tjänster via 1177 Vårdguiden.

Invånaren/patienten ska få svar på sitt ärende inom en (1) arbetsdag.

- Av- och omboka tid
- Boka tid
- Begära intyg
- Rådgivning
- Förnya hjälpmedel
- Förnya recept
- Kontakta mig
- Synpunkter och klagomål på vården

Leverantören ska erbjuda digitala vårdmöten i form av videobesök, digitala meddelanden (chat) via någon av Region Jönköpings läns appar/plattformar eller motsvarande.

Leverantören ska kunna genomföra samordnad vårdplanering via video i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns överenskommelse med länets kommuner.

Leverantören ska erbjuda patienter med kronisk sjukdom möjlighet till egenmonitorering i avtalad plattform enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantören ska ha en namngiven resurs för samordning av vårdenhetens uppdrag inom e-hälsoområdet. Den namngivna resursen ska stödja och driva omställning till mer digitala arbetssätt.

Filial

För att tillgodose invånarnas behov av nära vård kan leverantören ansöka om att bedriva en filial. Med filial menas en underavdelning till leverantörens huvudmottagning som bedriver verksamhet i annan lokal än där huvudmottagningen finns.

En filial ska drivas av samma organisation eller företag som driver huvudmottagningen. Filialen är alltid knuten till huvudmottagningen, och verksamhetschefen för huvudmottagningen är även verksamhetschef för filialen.

Filialer får endast öppnas och bedrivas inom Region Jönköpings läns länsgränser.

Verksamhetschefen ansvarar för att filialen har den utrustning och bemannas med den kompetens som behövs för uppdraget. Kravet på fysisk tillgänglighet är densamma som för huvudmottagningen.

Leverantören ansvarar för att invånarna får tydlig information om filialens utbud. Det är särskilt viktigt att informera om öppettider och vart invånarna ska vända sig i akuta situationer.

Om filialen inte har öppet eller erbjuder vård i samma omfattning som kravet för en mottagning ska leverantören erbjuda detta via huvudmottagningen.

Invånare kan välja att lista sig på en filial som är med i Region Jönköpings läns förteckning över valbara enheter.

Verksamheten får starta när Region Jönköpings län verifierat och godkänt filialen.

Vård vid en filial rapporteras och ska kunna följas upp på samma sätt som vård på huvudmottagningen.

Beslut om eventuell nedläggning av en filial fattas i samråd med Region Jönköpings län.

3.4 Vårdsamordning

Leverantören ska aktivt delta och medverka till att vårdplaneringen för den enskilde individen görs i enlighet med gällande lagar, föreskrifter och Region Jönköpings läns riktlinjer.

3.5 Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Leverantören ska bedriva både hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Hälsöfrämjande arbete innebär insatser för att stärka eller bibehålla invånarnas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Sjukdomsförebyggande arbete innebär insatser för att minska risken för sjukdom och för tidig död.

Leverantören ska tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Leverantören ska uppmärksamma invånarnas tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor samt erbjuda stöd och uppföljning om behov och önskemål finns enligt Region Jönköpings läns Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd.

3.6 Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Rehabilitering

Leverantören ansvarar för rehabiliteringsinsatser i form av bedömning, utredning, behandling, träning och uppföljning enligt Socialstyrelsens riktlinjer,

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, andra nationella och regionala riktlinjer och Region Jönköpings läns allmänna kliniska kunskapsstöd Fakta.

Rehabiliteringsinsatserna ska bidra till att invånare med sjukdom eller skada uppnår och behåller bästa möjlig funktion, aktivitet och förmåga. Rehabiliteringen ska ge förutsättningar för delaktighet i samhällslivet oavsett invånarens ålder och om sjukdomen eller skadan är permanent eller tillfällig, somatisk eller psykisk.

Habilitering

Leverantören ska samverka med habiliteringscentrum i de fall invånaren är i behov av kompletterande insatser från habiliteringscentrum.

Försäkringsmedicin

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer och rutiner för försäkringsmedicin.

Leverantören ansvarar för att det finns kompetens inom försäkringsmedicinska kunskapsområdet och ska utveckla arbetssätt och rutiner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Leverantören tillåter att Region Jönköpings län kan ta del av leverantörens avidentifierade sjukskrivningsstatistik som erhålls genom Ineras *Intygsstatistik*.

3.7 Vård av flyktingar och migranter

Leverantören ska bedöma och behandla sjukdomstillstånd för flyktingar och migranter samt för personer som vistas i Sverige utan tillstånd med behov av akut, omedelbar vård eller behov av vård som inte kan anstå.

3.8 Utbildning och forskning

Utbildning

Leverantören ska tillhandahålla:

- praktikplatser (LIA, APL) för elever på yrkesutbildningar, gymnasium och grundskola
- utbildningsplatser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för studenter från universitet och högskolor
- utbildningstjänstgöring för AT-, BT- (bastjänstgöring) och ST-läkare

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings läns samordningsansvariga för grundutbildning samt studierektororganisation under ledning av Futurum.

Grundutbildning

Studenter och elever

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns avtal med universitet, högskolor, gymnasieskolor, yrkesutbildningar och andra utbildningssamordnare om att ta emot och handleda elever och studenter i lärande i arbetslivet (LIA),

arbetsplatsbaserat lärande (APL) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt fältstudiedagar. Med APL, LIA och VFU menas såväl sammanhängande perioder av deltagande i ögonmottagningens arbete, liksom kortare moment i syfte att nå lärandemålen. Leverantören ska medverka i moment för interprofessionellt lärande med inriktning mot förbättringskunskap.

Leverantören ska tillhandahålla kliniska utbildningsplatser, lokaler och basal utrustning enligt gällande kursplaner och Region Jönköpings läns avtal med universitet och högskolor.

Leverantören ansvarar för att kvalitet och inriktning följer målbeskrivningar för respektive utbildning och överenskomna krav på handledarkompetens. Handledarna ska följa gällande handledarinstruktioner och känna till lärandemålen för utbildningen.

Vidareutbildning

Allmäntjänstgöring (AT) för läkare

Region Jönköpings läns organisation för AT (Futurum) samordnar AT-tjänstgöringen och kan uppdra till leverantörer att ansvara för AT-läkares tjänstgöring inom ögonsjukvård (en (1) vecka) enligt Region Jönköpings läns riktlinjer (AT-koncept).

Bastjänstgöring (BT)

När ST-läkaren tjänstgör enligt HSLF-FS 2021:8 ska ST inledas med BT. Region Jönköpings läns organisation för BT (Futurum) samordnar BT-tjänstgöringen. Leverantören skall ge förutsättningar för ST-läkaren att följa Region Jönköpings läns riktlinjer för ST inklusive BT enligt RJL:s ST-koncept.

Specialisttjänstgöring (ST) för läkare

Region Jönköpings län kan efter ansökan uppdra till leverantör att ansvara för hela eller delar av en läkares ST (inklusive BT). Under närmaste åren kommer två förordningar som reglerar ST förekomma parallellt.

- Specialisttjänstgöring enligt förordning HSLF-FS 2015:8 (gamla förordningen)
- Specialisttjänstgöring enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen där BT ingår i ST)

ST ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer (ST-koncept) och verksamhetslokala riktlinjer för ST i ögonsjukdomar samt Socialstyrelsens föreskrifter.

Enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ska leverantören ha minst två verksamma specialister inom oftalmologi, anställda på minst 50%, för att bedriva utbildningsuppdraget. En av dessa ska vara utsedd huvudansvarig handledare och ha genomgått Region Jönköpings läns handledarutbildning. För att vara

handledare krävs specialist i oftalmologi och minst ett (1) års klinisk tjänstgöring efter erhållet specialistbevis. Leverantören ska ha tillräcklig medicinskteknisk utrustning för uppdraget.

Enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ansvarar studierektorerna bland annat för att ge utlåtanden om vårdenheten som utbildningsplats inför anställning av ST-läkare, planering och samordning av ST tjänstgöring samt uppföljning och kvalitetssäkring av utbildningsplatser.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkare. Inför anställning av ST-läkare ska verksamhetschef samråda med ST-studierektor för att få stöd i rekryteringsprocessen för att tjänstgöringen ska kunna planeras och genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

Sidotjänstgöring/ordning för ST-läkare

Leverantören ska vid behov möjliggöra för ST-läkare i ögonsjukvård inom Region Jönköpings län att genomföra delar av sin kliniska tjänstgöring under handledning på ögonmottagningen, i enlighet med verksamhetslokala riktlinjer för ST i ögonsjukvård samt ST-koncept.

Leverantören ska vid behov möjliggöra för Regions Jönköpings läns ST-läkare inom annan specialitet att genomföra delar av klinisk tjänstgöring under handledning på ögonmottagningen, i enlighet med verksamhetslokala riktlinjer för den aktuella specialiteten (vanligen ST i allmänmedicin) samt ST-koncept.

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU- eller EES-land

Region Jönköpings län tecknar avtal med leverantörer om fortbildning av läkare med läkarexamen, från EU eller EES-land, som fått automatisk specialistkompetens i oftalmologi i Sverige i samband med ansökan om svensk legitimation. Fortbildningen får pågå i två år. I särskilda fall kan Region Jönköpings län godkänna en längre period.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Region Jönköpings län kan efter ansökan från leverantören bevilja ersättning för sjuksköterskor som ansökt och antagits till utbildningstjänst som specialistsjuksköterska med inriktning ögonsjukvård.

Leverantören anställer och har arbetsgivaransvar för aktuell sjuksköterska. Anställningen ska vara tillsvidare.

Forskning

Leverantören ska medverka i klinisk forskning. Leverantören kan själv ta initiativ till klinisk forskning eller medverka i forskning. Leverantören ska informera Region Jönköpings län/Futurum om forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Leverantören kan även medverka i industrifinansierade kliniska prövningar. Leverantören ska i dessa fall även inhämta godkännande från Region Jönköpings län/Futurum enligt regionens riktlinjer och riktlinjerna för genomförande av forskningen.

Leverantören kan få tillgång till Region Jönköpings läns infrastruktur för forskning som exempelvis handledning, statistikkonsultationer och bibliotekstjänster. Medarbetare hos leverantörer har rätt att söka forskningsmedel från FORSS, Futurum och andra organisationer. Leverantören kan få råd och stöd om lagar, föreskrifter och rutiner vid klinisk forskning inklusive klinisk läkemedelsprövning och annan uppdragsforskning.

3.9 Systematiskt förbättringsarbete

Leverantören ska systematiskt förbättra sin verksamhet utifrån invånarnas behov. Exempel på områden som hälsa- och sjukvårdssystemet just nu har i fokus är demografins betydelse, nära vård och kunskapsstyrning. Förbättringsarbeten bör i första hand fokusera på medicinsk kvalitet, utveckling av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt samt följsamhet till nationella och lokala riktlinjer.

För att sprida kunskap och bidra till hälso- och sjukvårdens gemensamma lärande;

- främjas deltagande i regionala samt nationella systematiska förbättringsarbeten med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv, exempelvis Tillsammans-projekt, Fakta, Medicinska programgrupper, Regionala- och Nationella arbetsgrupper inom Kunskapsstyrningen.
- främjas vårdenheten till deltagande som pilotverksamhet i utvecklingsprojekt med påvisbar patientnytta ur ett kliniskt perspektiv
- främjas vårdenheten att bedriva utveckling och implementering av nya arbetssätt för kroniskt sjuka med stöd av befintliga och nya digitala hjälpmedel. Framtagna arbetssätt och processer ska främja patientens egenvård och leda till ökad delaktighet och egenmakt för individen.

4. Informationshantering och IT

4.1 Inledning

Leverantören ska följa tillämpliga delar av Region Jönköpings läns policy och riktlinjer för IT. Varje vårdenhet ska ha en namngiven kontaktperson för IT, telefoni och katalogtjänsten HSA.

4.2 Informationssäkerhet

Leverantören ska i sitt arbete med informationssäkerhet, förhålla sig till aktuella rättsliga krav i form av lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter.

Leverantören ska följa Region Jönköpings läns ledningssystem för informationssäkerhet med tillhörande policy, riktlinjer, regler och stöddokument för informationssäkerhet.

Leverantören ska utbilda nya användare i informationssäkerhet t.ex. med hjälp av introduktionsutbildning i informationssäkerhet som finns publicerad på Region Jönköpings läns intranät. Leverantören ska också informera ny personal om det personliga ansvaret att följa policy och riktlinjer.

All användning av IT-systemen loggas. Leverantören ska följa upp loggar enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Leverantörens verksamhet ska ha en för uppdraget avsedd funktionsbrevlåda inom rjl.se för hantering av bl.a. sekretessbelagd information. Sekretessbelagd information får endast skickas från funktionsbrevlåda till funktionsbrevlåda då;

- risken att känsliga och sekretessbelagda uppgifter når obehöriga kan medföra stor skada för enskild person.
- verksamheten måste kunna säkerställa att informationen blir omhändertagen hos motpart.
- personanknuten e-post aldrig får användas för sekretessbelagd information.

4.3 Personuppgifter

Leverantören ska hantera personuppgifter enligt gällande lagstiftning.

Leverantören är personuppgiftsansvarig för de personuppgifter som behandlas inom leverantörens organisation.

4.4 Verksamhetsdata

Leverantören ska registrera vårdkontakter samt tillhörande vårddokumentation enligt Region Jönköpings läns riktlinjer i de system som Region Jönköpings län anvisar. Leverantören ska vid angiven tidpunkt leverera elektroniskt läsbar data

för uppföljning och fakturaunderlag enligt specifikationer. Leverantören ska följa Socialstyrelsens och Region Jönköpings läns riktlinjer för registrering av diagnos- och åtgärds-koder.

Leverantören ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av regionanställd eller forskare som Region Jönköpings län samarbetar med.

I kommunikation med Region Jönköpings län eller andra vårdgivare ska leverantören använda definitioner och termer i IT-systemen som fastställs av Region Jönköpings län.

Leverantören ska i förekommande fall följa de särskilda regler som gäller för hantering av information vid verksamhetsövergång.

Leverantören ska upprätta, säkerställa och upprätthålla manuella reservrutiner för verksamheten som tillämpas vid ett eventuellt avbrott.

Leverantören ska årligen fylla i och skicka in dokumentet ”Kvalitetsindikatorer för god och säker patientadministration och kliniskt verksamhetsstöd” samt utföra aktiviteter i enlighet med dokumentet.

4.5 IT-system och infrastruktur

Leverantören ska enbart använda utrustning i IT-infrastrukturen som är godkänd av Region Jönköpings län. Datorer och skrivare tillhandahålls av Region Jönköpings län. Eventuellt kan medicinteknisk utrustning eller annan utrustning anslutas efter samråd och godkännande. Leverantören ska kontinuerligt kontrollera att skyddet mot skadlig kod, virus och spionprogram är aktuellt på verksamhetens utrustning.

Region Jönköpings län levererar kommunikationslösning mot Region Jönköpings läns nätverk inklusive nätverksutrustning. Leverantören ansvarar för det interna fastighetsnätet för data och telefoni, inklusive förbindelsen mellan avlämningspunkt och verksamhetens lokaler. Fastighetsnätet ska följa Region Jönköpings läns standard för kabelsystem.

Region Jönköpings län kan komma att leverera annan IT-uppkoppling till utlagd mottagning och filial än för leverantörens huvudmottagning. Region Jönköpings län tillhandahåller inte IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Leverantören ska använda sig av Region Jönköpings läns behörighetskontrollsystem och utse lokal ansvarig kortadministratör för elektronisk tjänstelegitimation (SITHS). Leverantören ansvarar för att användarna inte har tillgång till fler programvaror och system än nödvändigt.

Leverantören ska ansluta sig till Region Jönköpings läns säkerhetslösningar för tillgång till IT-tjänster.

Leverantören debiteras kostnader för IT-infrastruktur och utrustning.

Leverantören förbinder sig att använda IT-system enligt Region Jönköpings läns riktlinjer exempelvis Picsara och Forum. Region Jönköpings län tillhandahåller system och utbildning av superanvändare i förhållande till verksamhetens storlek.

Region Jönköpings län ansvarar för underhåll av berörda system och leverantören ansvarar för dess innehåll. För administrativa dokument ska PDF och Office-kompatibla filformat användas.

Leverantören ges åtkomst till Region Jönköpings läns tjänst för befolkningsregister. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för användning inklusive reglerna för personer som har sekretessmärkning i befolkningsregistret.

Leverantören har rätt att använda egna stödsystem under förutsättningar att det inte krävs någon installation/förändring av eller stör andra delar av IT-miljön. Region Jönköpings län lämnar ingen support för dessa.

System och program som används för andra ändamål än Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören ska inte användas i den av Region Jönköpings län tillhandahållna IT-miljön.

System, program och utrustning som tillhandahålls av Region Jönköpings län får bara användas för verksamhet inom vårdval Region Jönköpings län.

Vid införande av nya IT-tjänster eller vid större utbyggnader av Region Jönköpings läns befintliga IT-tjänster som kan komma att ingå i utbudet till leverantören upprättas ett nytt avtal.

Region Jönköpings län tillhandahåller inte infrastruktur, IT-system, datorer, skrivare eller liknande till leverantörens underleverantörer.

Region Jönköpings län avser att under avtalsperioden se över hur IT-infrastruktur och stödsystem ska tillhandahållas till leverantörerna.

4.6 Support och IT-konsulttjänster

Leverantören har rätt att använda Region Jönköpings läns supportorganisation i frågor om Region Jönköpings läns IT-infrastruktur och fastställda IT-system. Servicenivåer för respektive IT-tjänst fastställs av systemägare, vilket innebär att olika system har olika inställetider gällande support.

Leverantören ska använda IT-beställningssystem och de blanketter som Region Jönköpings län tillhandahåller för beställningar. Leverantören ska göra felanmälningar på utrustning och program till Region Jönköpings läns kundcenter

på IT-centrum. Region Jönköpings län har rätt att ha planerade avbrott för systemuppdateringar, nyinstallationer, service och underhåll.

Leverantören kan, efter överenskommelse, köpa IT-konsulttjänster från Region Jönköpings län inom systemområden som är relevanta för Region Jönköpings läns uppdrag till leverantören.

5. Uppföljning och Rapportering

5.1 Avtalsuppföljning

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av villkoren för godkännande av leverantör och andra avtalsvillkor.

5.2 Uppdragsuppföljning

Region Jönköpings läns uppföljningsmodell speglar den kvalitet i vården som Region Jönköpings län vill förmedla till invånarna utifrån svensk lag. God vård innebär att hälso- och sjukvården ska:

- vara säker
- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid

Uppföljningen ska bidra till en positiv utveckling av befolkningens hälsa och leverantörernas verksamhet.

Region Jönköpings län har en kontinuerlig uppföljning av verksamhetsdata från vårdens IT-stöd som ingår i månadsuppföljning, delårsrapporter och årsredovisning. Nyckeltal och kvalitetsindikatorer kan revideras årligen i samband med regionfullmäktiges beslut om budget.

Verksamhetsdata och resultat är tillgängliga för leverantören via Region Jönköpings läns IT-stöd för analys och rapportuttag.

Leverantörernas resultat kan komma att redovisas publikt för att ge invånare insyn i verksamheten.

Patientenkäter

Leverantören ska samverka med Region Jönköpings län om patientenkäter och i förekommande fall delta i den nationella patientenkäten. Region Jönköpings län har rätt att ta del av allt grundmaterial från gemensamma patientenkäter.

Rapportering

Leverantören ska rapportera förändringar i sin verksamhet enligt avtalet och avsnitt 8 ”Villkor för godkännande”.

Leverantören ska rapportera till och använda resultaten från alla för uppdraget relevanta nationella kvalitetsregister som stöd för systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete såsom Makularegistret, Cancerregistret, Nationella Kataraktregistret. Region Jönköpings län äger rätt att inhämta resultat direkt från

registren. Leverantören ska på förfrågan från Region Jönköpings län tillhandahålla resultaten.

Leverantören ska på begäran rapportera uppgifter avseende måluppfyllelse för uppdraget som inte fångas av vårdens IT-stöd.

Region Jönköpings län har rätt att följa upp volymer och kostnader för leverantörens läkemedelsförskrivning och användning av medicinsk service.

5.3 Dialog

Uppföljningen sker i dialog med leverantören utifrån inhämtade uppgifter.

Region Jönköpings län kallar leverantören en gång om året för genomgång av verksamheten. Inför genomgången ska leverantören gjort en egen analys av sin verksamhet inklusive medicinska resultat.

Förutom den årliga genomgången kan Region Jönköpings län kalla till uppföljningsdialoger inom specifika områden, exempelvis läkemedelsförskrivning.

5.4 Fördjupad uppföljning och revision

Region Jönköpings län har rätt att genomföra fördjupad uppföljning hos enskilda leverantörer eller inom specifika områden. Fördjupad uppföljning sker bland annat genom verksamhetsrevision, kostnadsjämförelser och produktivitetsanalyser.

Region Jönköpings län har rätt att självt eller genom ombud revidera leverantörens verksamhet, exempelvis av medicinsk kvalitet, ekonomiska och juridiska förhållanden. Möjligheten till revision omfattar även underleverantörer som leverantören anlitar för genomförande av uppdraget. Leverantören ska utan kostnad för Region Jönköpings län biträda vid revision bland annat genom att – men inte begränsat till – ställa nödvändig dokumentation till förfogande.

6. Ersättningsvillkor

6.1 Budgetram

Regionfullmäktige fördelar årligen resurser på delområdesnivå utifrån behovsbeskrivningar, nationella jämförelser, demografi och socioekonomiska faktorer, medicinsk utveckling och kunskapsstyrning, löne- och prisutveckling samt rationaliseringsbehov.

För löne- och prisutveckling kompenseras leverantörerna med utgångspunkt från Sveriges Kommuner och Regioners prisindex. Förändringar i kostnadsansvar mellan Region Jönköpings läns olika verksamheter påverkar budgetramen enligt principen att ett utökat kostnadsansvar motsvaras av en utökad ersättning och vice versa. Ändrade kostnader som faller inom ramen för befolkningens förändrade konsumtion, eller härrör från ändrade arbetsätt hos leverantörerna, medför inte någon förändring i ersättningsramen.

Regionens inriktningsmål är att ligga i nedre kvartilen jämfört med övriga län/regioner avseende strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare.

6.2 Ersättningsmodell

Region Jönköpings läns ersättningsmodell för vårdval ögon utgår från att pengarna följer patienten. Modellen ska stimulera måluppfyllelse, samverkan och kvalitetsutveckling. Modellen ska vara transparent så att det är tydligt på vilka grunder ersättning ges. Ersättningsnivåerna revideras årligen.

Region Jönköpings län planerar även att utveckla ersättningsmodellen för att främja satsningar på e-hälsa.

Ersättningsmodellen förutsätter att Region Jönköpings län och leverantörerna tar ett gemensamt ansvar för att upprätthålla modellens intentioner och normer. Leverantören är ansvarig för att ersättningen inte baseras på felaktiga registreringar och uppgifter. Parterna ska samverka kring modellens tillämpning och utveckling.

Ersättningsnivåerna enligt prislista baseras på regionens självkostnad och står i proportion till leverantörens uppdrag och kostnadsansvar. Leverantörens ersättningar ska därmed täcka uppdragets samtliga kostnader om inget annat anges. Leverantören har kostnadsansvar för merkostnader vid eventuella komplikationer.

Modellens delar:

- Patientrelaterad ersättning
 - Besök och åtgärder
 - Diagnosrelaterade grupper (DRG)

- Kvalitetsersättning
 - Tillgänglighet
 - Systematiskt förbättringsarbete
 - Kvalitetsindikatorer
- Särskild ersättning
 - Kompensation utebliven patientavgift
 - Utbildningsuppdrag
 - Jour
 - Tolk
 - Utökade öppettider

Kostnadskontroll

Region Jönköpings län fastställer varje år ett kostnadstak för varje vårdvalsområde. Kostnadstaket är den gemensamma maximala ersättningsnivån för samtliga godkända och verksamma leverantörer inom det specifika vårdvalsområdet. Kostnadstaket avser patientrelaterad ersättning exklusive patientavgifter.

Kostnadstaket fördelas per månad under ett kalenderår utifrån tidigare års utfall. Det betyder att den totala ersättningsnivån kan variera från en månad till en annan. Om kostnadstaket (den maximala ersättningen) inte nås förs kvarstående belopp över till nästkommande månad. Om kostnadstaket i stället överskrids reduceras priserna innevarande månad för samtliga leverantörer.

6.3 Ersättning 2023

Allmänt

Regionen avsätter 103,5 miljoner kronor för ögonsjukvård inom vårdval 2023.

Fördelning av ersättning

Ersättning (miljoner kronor)	Totalbelopp	Procentuell fördelning
Rörlig patientrelaterad ersättning grunduppdrag	81,6	79 %
Särskild ersättning	19,3	18,5 %
Resultatrelaterad ersättning	2,6	2,5 %
Summa	103,5	100 %

6.4 Patientrelaterad ersättning

Den patientrelaterade ersättningen utgör merparten av ersättningen till leverantören. Region Jönköpings län beräknar ersättningens storlek utifrån identifierade kostnader för effektiv vård och patienternas behov.

Ersättningsvillkor

DRG, KVÅ- och diagnoskoder används som beskrivningssystem för specialiserad ögonsjukvård i öppenvård och ersättning utgår utifrån registrering av dessa.

Leverantören ska följa Socialstyrelsens och regionens riktlinjer för registrering och gruppering av diagnos- och åtgärds-koder.

Regionen ersätter endast vårdåtgärder som genomförs och registrerats enligt Region Jönköpings läns gällande rutiner och riktlinjer.

För mer information kring registreringsvillkor och ersättningsberättigade DRG se bilaga ”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder inom vårdval ögon i Region Jönköpings län 2023”.

Ersättning för basuppdrag ögonmottagning

Ersättning per besök och kontakt

Kontaktform	Pris per kontakt (exkl. patientavgift)
Kvalificerad telefon- och brevkontakt	195 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr
Läkarbesök	1 125 kr
Synfältsundersökning och körkortsintyg	850 kr
Ögonfotografering, besök	715 kr

Kataraktoperationer

Regionen ersätter:

- undersökning inför operation
- kataraktoperation inklusive intraokulär lins samt för operationen nödvändiga läkemedel och material
- kontakt efter operation (exklusive kontakter avseende komplikationer)

Ersättning per besök/operation och kontakt

Kontaktform	Pris per kontakt (exkl. patientavgift)
Kvalificerad telefon- och brevkontakt	195 kr
Sjukvårdande behandling	450 kr
Läkarbesök	1 125 kr
Ensidig linsoperation	4 600 kr
Bilateral linsoperation	9 300 kr

Regionen betalar ingen extra ersättning i de fall komplikationer uppstår inom 28 dagar från operationstillfället.

Medfinansiering

I de fall patienten önskar multifokala och/eller toriska linser utan att medicinsk indikation föreligger ska leverantören debitera patienten merkostnaden jämfört med ersättningen för ensidig alternativt bilateral linsoperation. Tillkommande besök och åtgärder förknippat med patientens val av utbyteslins ersätts inte.

Leverantören ska för patienten specificera kostnaderna som debiteras. Patienten ska i samtliga fall av medfinansiering underteckna ett informerat samtycke till operation samt medfinansiering.

I samtliga fall av medfinansiering ansvarar leverantören för kostnader vid reoperation och andra åtgärder vid eventuella komplikationer som kan relateras till den specifika linsen. Ansvaret sträcker sig upp till två år efter utförd operation.

Polikliniska operationer

Resursnivå A	2 000 kr
Resursnivå B	3 000 kr (bilateralt) 5 250 kr
Resursnivå C	5 200 kr (bilateralt) 9 100 kr

För mer information kring när bilateral ersättning gäller se bilaga ”Ersättningsgrundande Diagnos och KVÅ-koder inom vårdval ögon i Region Jönköpings län 2023”.

Laserbehandling i ögats främre segment

Laserbehandling vid efterstarr	1 370 kr (bilateralt) 1 780 kr
Laserbehandling vid glaukom, trycksänkning	1 370 kr (bilateralt) 1 780 kr

Vård av utländska medborgare och utlandssvenskar

Leverantören får ersättning för vård av personer bosatta i EU- eller EES-land.

För vård av utländska medborgare och utlandssvenskar bosatta i länder utanför EU och EES gäller särskilda regler, se Region Jönköpings läns riktlinjer. I flera fall betalar patienten själv sin vård.

Underlag för utbetalning enligt Region Jönköpings läns riktlinjer ska skickas in till Region Jönköpings län. Saknas fullständigt underlag betalas inte ersättning ut. Vård av dessa patienter ersätts enligt prislista 6.4 Patientrelaterad ersättning.

Vård av asylsökande, kvotflyktingar m.m.

Leverantören får ersättning för vård av asylsökande. Särskilda regler gäller se Region Jönköpings läns riktlinjer. Vård av dessa patienter ersätts enligt prislista 6.4 Patientrelaterad ersättning. För att ersättning ska utbetalas ska registrering ske enligt Region Jönköpings läns riktlinjer. I aktuella fall måste uppgifter om LMA-kortets dossiernummer framgå. Saknas detta betalas ingen ersättning ut.

6.5 Särskild ersättning

Kompensation för utebliven patientavgift

Leverantören är skyldig att ta ut de patientavgifter som fastställts av Region Jönköpings län. Följsamheten till detta är grundläggande för att Region Jönköpings läns patienter ska behandlas lika.

Patientavgifterna tillfaller leverantören.

När patienten har uppnått högkostnadsskyddet ersätter Region Jönköpings län leverantören för uteblivna patientavgifter vid avgiftsbelagda besök. Leverantören får kompensation för uteblivna patientavgifter vid avgiftsfria besök för 12-19 åringar, avgiftsfria besök 85-åringar och äldre samt för avgiftsfria remissbesök från vårdcentralen.

Leverantören får inte ersättning för återbetald patientavgift, exempelvis den som en patient som vid planerat besök får vänta mer än 30 minuter har rätt till.

Leverantören ersätts inte för uteblivna patientintäkter till följd av att patienten låter bli att betala avgift enligt Region Jönköpings läns avgiftsregler.

Utbildning

Specialisttjänstgöring läkare – ögonsjukdomar, enligt förordning HSLF-FS 2015:8 (gamla förordningen)

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST-tjänstgöring, vilket normalt innebär fem år.

Region Jönköpings län ersätter som regel max 60 månaders heltidstjänstgöring (eventuell provanställning inräknad) men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader. Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar vad en Svensk läkarutbildning med AT utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Leverantören får maximalt ersättning med 60 600 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Specialisttjänstgöring läkare – ögonsjukdomar, enligt förordning HSLF-FS 2021:8 (nya förordningen)

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning under den tid läkaren fullgör sin ST tjänstgöring, vilket normalt innebär 5,5 år (inklusive 6 månaders bastjänstgöring - BT).

Region Jönköpings län ersätter som regel max 66 månaders heltidstjänstgöring men kan vid särskilda skäl förlänga ersättningen med upp till 12 månader.

Exempel på särskilda skäl är läkare med utbildning från annat land där kompetensnivå inte motsvarar en Svensk läkarutbildning utan kommer behöva en längre genomsnittlig utbildning för att kunna bli godkänd som specialist i allmänmedicin.

Leverantören får maximalt ersättning med 60 600 kronor per månad beräknat på heltidstjänstgöring.

Vid tjänstgöring utanför vårdcentralen ska eventuella jourer avlönas av den organisation där ST-läkaren tjänstgör.

Vetenskaplig handledning av ST-läkare

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för anställd som åtar sig uppdrag som vetenskaplig handledare till ST-läkare enligt särskilt beslut.

Fortbildning av läkare med specialistläkarexamen från EU eller EES land

Leverantören kan efter godkänd ansökan få ersättning för fortbildning av läkare med läkarexamen, från EU eller EES-land, som fått automatisk specialistkompetens i ögonsjukvård i Sverige i samband med ansökan om svensk legitimation. Ersättningen är densamma som för ST-läkare i ST-utbildning under den tid som kompletterande utbildning sker. Ersättning kan utgå under 2 år, vid särskilda skäl kan ersättningen eventuellt förlängas med upp till 6 månader.

Specialistutbildning för sjuksköterskor

Leverantören kan efter godkänd ansökan få maximal ersättning med 40 000 kronor per månad för specialistutbildning till ögonsjuksköterska beräknat på heltidsstudier.

Jour i beredskap

Leverantören ersätts månadsvis med en fast ersättning utifrån leverantörens andel av totala besök i vårdval ögon aktuell månad.

Patientavgifter under jour i beredskap vardagskvällar, debiteras av och tillfaller leverantören. Journalföring sker i leverantörens journalsystem.

Patientavgifter under lördag-söndag samt nationella helgdagar där leverantörens ST läkare deltar, debiteras och tillfaller kvalificerad vård som även ansvarar för alla patientrelaterade kostnader. Journalföring sker i kvalificerad vårds journalsystem.

Tolk

Leverantören får ersättning för månadsvis redovisade tolkarvoden. Ersättning medges för max tre månader gamla fakturor.

6.6 Resultatrelaterad ersättning

Kvalitetsersättning

Regionen betalar ut kvalitetsersättning för tillgänglighet (faktisk väntetid till första besök och operation/åtgärd) systematiskt förbättringsarbete och övriga kvalitetsvariabler.

Regionen betalar ut ersättning för registrering i det nationella kataraktregistret.

Ersättningen för systematiskt förbättringsarbete betalas ut till leverantörer som kan visa att man har en struktur för att mäta, rapportera och utveckla sin verksamhet. Här ingår som exempelvis att aktivt medverka i utvecklingsarbete för patientprocesser samt kodningsnätverk för ögonsjukvård. Redovisning och uppföljningen sker inom ramen för regionens medicinska programgrupp för ögonsjukvård.

Under avtalsperioden kan Region Jönköpings län komma att, med hjälp av medicinsk programgrupp ögon och representanter för leverantörerna, ta fram förslag till kvalitetsindikatorer för nästkommande verksamhetsår utifrån ett patient- och producentperspektiv. Region Jönköpings län beskriver hur indikatorerna ska mätas, redovisas, följas upp och ersättas.

Kvalitetsersättning betalas ut per månad utifrån leverantörens resultat och andel av den totala produktionen inom vårdvalsområdet.

6.7 Övrigt

Ersättning för deltagande i pilot

Region Jönköpings län kan ersätta leverantör som deltar som pilot i syfte att testa nya arbetssätt som sedan kan spridas i Region Jönköpings län. En särskild ersättning som bestämts i förväg betalas ut från fall till fall. Ersättningen baseras på omfattningen av pilot och aktuell verksamhets storlek.

Riktade statsbidrag

Regeringen använder särskilda statsbidrag för att stimulera utveckling inom viktiga områden i regionernas och kommunernas verksamhet. Villkoren för statsbidragen beslutas vanligen för ett eller två år i taget.

Leverantören förväntas delta i relevanta förbättringsområden kopplat till statsbidrag. Modellerna för ersättning varierar.

Momskompensation

En privat leverantör får momskompensation genom att ersättningen räknas upp med 5 procent på nettoutbetalningen.

Enligt nuvarande moms­lagstiftning har landstingskommunala leverantörer avdragsrätt för ingående moms. Motsvarande gäller inte privata leverantörer som i stället måste kostnadsföra ingående moms. För att privata och landstingskommunala leverantörer ska kunna konkurrera på lika villkor får de privata leverantörerna därför kompensation för sina merkostnader för moms.

Medicinsk service inom Region Jönköpings län

Leverantören har kostnadsansvar för alla typer av medicinsk diagnostik som beställs av leverantören.

Kostnadsansvar för jour i beredskap

Vardagskvällar

Leverantören ansvarar för samtliga personalkostnader när personalen tjänstgör.

Lördag-söndag samt nationella helgdagar

Leverantören har inte kostnadsansvar för laboratorieprover och radiologi som ordinerats av leverantörens personal under tjänstgöring på Ryhov. Leverantören ansvarar för samtliga sina personalkostnader, inklusive resor och logi.

Kostnader för IT och telefoni

För de obligatoriska IT-stöden debiteras ingen kostnad för leverantören.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för IT-infrastruktur och eventuell hyra av IT-utrustning.

Leverantören debiteras en månatlig kostnad för TeleQ som innefattar infrastruktur, licenser, samtalskostnader, eventuell hyra av telefoner. Leverantören får avropa TeleQ enligt Region Jönköpings läns leveransavtal med tjänsteleverantören.

Kunskapsstyrning

Representation från leverantör inom Vårdval ögon i Regional arbetsgrupp (RAG) och Nationell arbetsgrupp (NAG), ersätts om arbetsgruppens uppdrag innefattar område inom Vårdval Ögons uppdrag.

Läkemedel

Om inget annat anges har leverantören kostnadsansvar för samtliga rekvisitionsläkemedel som administreras till patienter inom vårduppdraget.

Om behandlande läkare bedömer att patienten själv kan administrera sina läkemedel, utan övervakning eller hjälp av sjukvårdspersonal, får läkemedlet förskrivas på recept. Leverantören har inte kostnadsansvar för receptläkemedel. Leverantören ska följa Region Jönköpings läns riktlinjer för förskrivning.

6.8 Underlag för utbetalning

Region Jönköpings län hämtar de flesta uppgifter som ligger till grund för utbetalning av ersättning från Cosmic. Reglering för utbetalning baseras på

samtliga vårddata som registrerats vid avstämningstidpunkten. Ersättningsberäkningen är beroende av inrapportering av korrekt indata från leverantörerna inom Ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län. Leverantören är ansvarig för att leverera efterfrågade indata av god kvalitet. Systemet för inrapportering bygger i stor utsträckning på förtroende för leverantörens integritet och noggrannhet och leverantören ska lojalt fullgöra sina skyldigheter i detta avseende. Det är av yttersta vikt för förtroendet mellan parterna, liksom för kontraktets fortlevnad, att Region Jönköpings län får korrekt indata från leverantören.

I de fall då leverantörerna ska lämna in underlag för ersättning till Region Jönköpings län måste det ske senast den åttonde i varje månad för att komma med i nästa utbetalning.

Utbetalning av ersättning sker den 19:e varje månad. Om den 19:e infaller på en helgdag sker utbetalning på efterföljande vardag.

Ersättning som uteblir på grund av felaktig registrering i Cosmic kompenseras inte i efterhand.

7. Anvisningar för ansökan

7.1 Ansökan om godkännande

Intresserade bjuds in att ansöka om godkännande för att få driva vård inom vårdvalet. Ansökan sker genom att ansökan tillsammans med övriga begärda handlingar lämnas in till Region Jönköpings län. En leverantör kan ansöka om godkännande för flera enheter. En ansökan ska lämnas per enhet.

Det finns inget sista datum för ansökan. Det innebär att ansökan kan lämnas tills det aktuella vårdvalet upphör. Inför en ny avtalsperiod ansöker även sedan tidigare godkända leverantörer.

7.2 Ansökan och begärda handlingar

Ansökan och begärda handlingar ska vara skrivna på svenska. Ansökan och begärda handlingar lämnas via upphandlingsverktyget Tendsign (www.tendsign.com).

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid avtalets tecknande. Företaget ska vid samma tillfälle vara skatteregistrerat och uppvisa registreringsbevis utfärdat av Bolagsverket.

Sökande som lämnar anbud under formen företag under bildande, ska till anbudet bifoga stiftelseurkund för ett aktiebolag under bildande alternativt ifylld ansökan om nyregistrering av enskild näringsidkare. Av den bifogade handlingen ska namn på företrädare för sökanden och personnummer framgå.

Handlingar att bifoga ansökan:

- registreringsbevis utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bolagsverket). Registreringsbeviset får inte vara äldre än 1 år.
- intyg på anmälan om bedrivande av verksamhet (Vårdgivarregistret) enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Intyget får inte vara äldre än 3 månader.
- verksamhetsbeskrivning
- CV för verksamhetschef/vd
- CV för medicinskt ledningsansvarig läkare
- giltigt intyg om ansvarsförsäkring
- finansieringsplan
- referenser

Sökanden måste inte bifoga årsredovisning, men Region Jönköpings län kan komma att ta ut eller begära in tidigare årsredovisningar för att säkra sökandens ekonomiska förutsättningar.

För att bekräfta sin kapacitet att utföra uppdraget ska sökanden lämna uppgift omfattande minst en referent för vilka sökanden under de senaste tre åren har utfört uppdrag av liknande/motsvarande/jämförbar art.

Region Jönköpings län kan komma att kontakta referenterna för att förvissa sig om att sökanden har den tekniska förmåga och kapacitet som krävs för uppdragets genomförande. Förfrågan kan gälla bland annat sökandens tekniska förmåga (omfattande bland annat utbildning och kompetens) samt kapacitet och resurser i förhållande till uppdragets omfattning.

Uppgift om referensuppdrag ska lämnas på följande sätt:

- kortfattad beskrivning av respektive uppdrags omfattning
- tidsperiod
- kontaktpersoner med telefonnummer och e-postadress

Sökanden ska ha kontrollerat att angivna kontaktpersoner är aktuella och går att nå på angivna telefonnummer och e-postadresser. Region Jönköpings län förbehåller sig rätten att söka egna referenser.

För utlandsregistrerade bolag även intyg om skatteregistrering från Skatteverket och kreditupplysning.

Med sin ansökan intygar sökanden att:

- kraven enligt förfrågningsunderlaget är uppfyllda
- att hela åtagandet enligt avtalet kan utföras från driftstarten
- sökanden accepterar att beställaren i samband med verifiering inför driftstarten har rätt att ensidigt fatta beslut om att senarelägga driftstarten eller säga upp avtalet

7.3 Offentlig handling

Inkommen ansökan är som huvudregel offentlig handling. Om sökanden anser att någon del i ansökan bör omfattas av sekretess ska detta anges i ansökan och motiveras med hänvisning till relevant lagrum. Beställaren kommer att i varje enskilt fall och vid varje förfrågan göra en prövning av huruvida en specifik uppgift omfattas av sekretess.

7.4 Frågor om ansökan

Frågor om ansökan ställs till Region Jönköpings läns område inköp via upphandlingsverktyget Tendsign (www.tendsign.com).

7.5 Komplettering eller rättning av ansökan

Beställaren kan begära kompletteringar om ansökan inte är fullständig eller om begärda underlag saknas. Vid komplettering kan handläggningstiden förlängas.

Region Jönköpings län kan medge att sökande får rätta en uppenbar felskrivning, felräkning eller annat uppenbart fel i ansökan.

8. Villkor för godkännande

8.1 Handlingar

Sökanden ska fylla i ansökan och lämna intyg, handlingar och andra underlag enligt anvisningarna.

8.2 Ekonomiska förutsättningar

Leverantören ska under hela avtalsperioden ha en stabil ekonomisk bas och tillgång till resurser som svarar mot uppdragets omfattning och innehåll.

Sökanden ska anses ”kreditvärdig” med en ratingpoäng om minst 40 poäng enligt Creditsafe AB:s eller motsvarande bedömning vid tiden för ansökan. Utländska sökanden kan komma att bedömas efter en annan skala som motsvarar den angivna.

I det fall kreditvärdigheten inte går att bedöma eller inte når upp till 40 poäng, ska sökanden lämna en förklaring till varför kravet inte nås och med ytterligare information styrka en stabil ekonomisk bas. I det fall den ekonomiska stabiliteten garanteras av moderbolag, bank eller annan garant, ska intyg om detta bifogas ansökan och vara undertecknad av behörig företrädare för garanten. Kreditlöftet ska avse första avtalsåret.

Beställaren har tolkningsföreträde i bedömningen av leverantörens ekonomiska förutsättningar.

8.3 Verksamhetsförutsättningar

Sökanden ska ha en organisation med kapacitet att hantera och leverera de efterfrågade tjänsterna.

Beställaren kommer att bedöma om sökanden kan uppfylla verksamhetskraven utifrån beskrivningarna i ansökan och eventuella tidigare uppdrag inom området.

Verksamhetschef

Sökanden ska ha en för uppdraget ansvarig verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, 4 kap. 2§). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med verksamheten och de lagar, förordningar, riktlinjer, föreskrifter från Socialstyrelsen och de allmänna råd som gäller för hälso- och sjukvården.

Medicinskt ledningsansvarig läkare

Verksamheten ska ha en medicinskt ledningsansvarig läkare med minst tre års erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten allmänmedicin efter avslutad och av Socialstyrelsen godkänd specialistutbildning. Medicinskt ledningsansvarig läkare ska vara regelbundet kliniskt verksam vid vårdenheten och där emellan vara tillgänglig för vårdenheten vid behov.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha erforderlig legitimation och kompetens i enlighet med avsnitt 2.4 Arbetsgivaransvar- Bemanning och kompetens.

Lokaler

Leverantören ska ha för verksamheten ändamålsenliga och godkända lokaler i Jönköpings län. Lokalerna ska uppfylla gällande lagkrav och föreskrifter för vårdverksamhet. Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Boverkets riktlinjer för tillgängliga lokaler. Med lokaler avses vårdenhetens samtliga verksamheter. Vårdenheter som anlitar underleverantör ansvarar att säkerställa att den fysiska tillgängligheten är uppfylld. Som stöd i arbetet hänvisas till checklista för tillgängliga lokaler

Leverantören ska ha de hjälpmedel som krävs för att förflytta besökande patienter på ett säkert sätt exempelvis personlyft, överflyttningsplattform eller liknande.

Lokalisering

Inom vårdval Region Jönköpings län är det inte tillåtet att öppna någon form av vårdenhet i andra län för att bedriva fysiska utomlänbesök.

9. Beslut om godkännande

9.1 Villkor

För att sökanden ska bli godkänd måste samtliga obligatoriska krav och övriga villkor som anges i detta förfrågningsunderlag och i ansökan vara uppfyllda.

Sökanden kommer inte att godkännas om:

- sökanden inte uppfyller villkoren för godkännande enligt Lag om valfrihetssystem 7 kap § 1
- sökanden i något väsentligt hänseende har låtit bli att lämna begärda upplysningar eller lämnat felaktiga upplysningar
- sökanden inte kan redovisa en finansieringsplan som beställaren bedömer visar på förutsättningar att bedriva verksamheten

Sökanden kan komma att inte godkännas om:

- sökanden eller en eller flera företrädare för sökanden tidigare haft uppdrag åt beställaren, annan region eller annan uppdragsgivare och avtalet till följd av brister i sökandens agerande sagts upp i förtid
- sökanden undersöks för allvarliga brister i annat uppdrag
- sökande är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller föremål för ackord eller tillsvidare har inställt sina betalningar eller underkastats näringsförbud, eller om sökande är föremål för ansökan om ovanstående
- företrädare för sökande är dömd för eller föremål för utredning av brott som av beställaren anser påverka förtroendet för vården

Sökanden ska på begäran från beställaren tillhandhålla uppgifter och utdrag ur misstanke- och belastningsregistret för styrelseledamöter och andra företrädare för sökanden.

9.2 Beslut om godkännande

Beslut om godkännande meddelas inom 60 dagar efter det att komplett ansökan inkommit till Region Jönköpings län.

9.3 Ingående av avtal

Avtal ingås så snart som möjligt när beställaren godkänt leverantören.

9.4 Verifiering inför driftstarten

Leverantören förbinder sig att ha verksamhet färdigställd senast 14 dagar före driftstarten så att beställaren kan verifiera att leverantören är klar med alla förberedelser samt att lokaler och utrustning uppfyller kraven.

Beställaren äger ensidigt rätt att besluta om ett senare datum för driftstarten om leverantören bedöms sakna förutsättningar att utföra åtagandet i avtalad omfattning vid angivet datum. Vid väsentliga brister äger Region Jönköpings län rätt att frånträda avtalet.

Leverantören äger inte rätt till någon form av skadestånd till följd av Region Jönköpings läns beslut, enligt ovan. Region Jönköpings län däremot har rätt till ersättning från leverantören för kostnader som beror på dennes brister.

9.5 Återkallande av godkännande

Godkännandet av en leverantör gäller i sex månader. Därefter äger Region Jönköpings län rätt att återkalla godkännande om inget avtal undertecknats.

9.6 Överklagande

Sökande som gör gällande att Region Jönköpings län brutit mot en bestämmelse i Lag (2008:962) om valfrihetssystem får ansöka om rättelse hos förvaltningsrätten i Jönköping.

Endast den sökande som inte godkänts får ansöka om rättelse av den upphandlande myndighetens beslut.

En ansökan om rättelse ska inges skriftligen. Ansökan om rättelse ska ha kommit in till allmän förvaltningsdomstol (förvaltningsrätten i Jönköping) inom tre veckor från det att underrättelse lämnats.

10. Mall för avtal enligt lagen om valfrihetssystem

10.1 Avtalsparter

Beställare: Region Jönköpings län

Organisationsnummer: 232100-0057

Leverantör: <leverantörens namn>

Organisationsnummer: <organisationsnummer>

10.2 Avtalets omfattning

I detta avtal regleras leverantörens bedrivande av <specialitet> vid < namn och adress för verksamheten>. Med avtalet förstås bestämmelserna i detta avtal och ”Ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län”.

10.3 Avtalsperiod

Avtalet gäller efter undertecknande från 2023-01-01 till och med 2027-12-31. För nya leverantörer som ansöker under pågående avtalsperiod gäller avtalet enligt överenskommet datum för driftstart, <datum> till och med 2027-12-31.

Före driftstarten äger leverantören inte rätt att utföra vård enligt detta avtal. Möjlighet till förlängning med två (2) år i taget, om inte avtalet sagts upp skriftligen av endera part senast tolv månader före avtalstidens slut.

10.4 Kontaktpersoner

Parterna ska utse var sin kontaktperson. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten utan dröjsmål.

Region Jönköpings län: <namn, efternamn, adress, postadress, e-postadress, telefonnummer>

<Leverantör>: <namn, efternamn, adress, postadress, e-postadress, telefonnummer>

10.5 Meddelanden

Meddelanden i anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller fax.

10.6 Handlingars inbördes ordning

”Ögonsjukvård inom vårdval Region Jönköpings län” är en del av avtalet. De i denna punkt nämnda handlingar utgör avtalsinnehåll.

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder annat, sinsemellan i följande ordning:

1. skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
2. detta avtal med bilagor
3. Region Jönköpings läns eventuella kompletteringar av förfrågningsunderlaget
4. förfrågningsunderlag med bilagor
5. eventuella kompletteringar av ansökan
6. leverantörens ansökan

10.7 Lagar, förordningar, föreskrifter, policy och riktlinjer

Leverantören ska följa gällande konventioner, lagar, förordningar, föreskrifter och Region Jönköpings läns styrande dokument i form av exempelvis policy och riktlinjer, överenskommelser och kliniska kunskapsstöd. Beställaren ska tillhandhålla relevanta styrande dokument.

10.8 Ersättningsvillkor

Leverantörens ersättning framgår av avsnitt 6 i ”Ögonsjukvård inom vårdval i Region Jönköpings län”.

10.9 Samarbetsformer

Leverantören kan samarbeta med andra aktörer för delar av uppdraget.

När det gäller hälso- och sjukvård måste det tydligt vara reglerat vem som är den juridiska vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Därför finns det tre godkända samarbetsformer:

- överenskommelse inom samma vårdgivare
- konsultavtal
- underleverantörsavtal

Alla samarbetsformer ska vara skriftliga och kunna redovisas i ansökan om godkännande och vid förfrågan från beställaren. Utförligare reglering av de olika samarbetsformerna framgår av avsnitt 2.5.

10.10 Ansvarsförsäkring

Leverantören ska teckna och under hela avtalsperioden vidmakthålla en egendoms-, allrisk- och ansvarsförsäkring i den omfattning verksamheten kräver. Leverantörens ansvar är inte begränsat till de belopp som omfattas av de försäkringar leverantören har tecknat.

10.11 Skadestånd

Leverantören har fullt ansvar för sitt åtagande enligt avtalet och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas av leverantörens handlande eller brist på handlande. Leverantören ska hålla beställaren skadeslös om skadeståndskrav väcks från tredje man direkt mot beställaren som en följd av leverantörens handlande eller brist på handlande.

10.12 Ändrade ägarförhållanden

Väsentliga förändringar avseende ägarförhållandena hos leverantören eller eventuella moderbolag, ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till beställaren. På begäran av beställaren ska leverantören lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om leverantörens möjligheter att uppfylla avtalet. Beställarens godkännande av den nya ägaren krävs för avtalets fortsatta giltighet.

10.13 Överlåtelse

Leverantören får inte överlåta hela eller delar av avtalet utan beställarens skriftliga godkännande. Den nya leverantören ska efter överlåtelsen informera berörda invånare/patienter om förändringen.

10.14 Ändringar i avtalet

Beställaren har rätt att besluta om ändringar av villkoren som ska tillämpas. Beställaren ska omgående informera leverantören om ändrade villkor.

Vardera parten har rätt att yrka på ändringar av villkoren i händelse av finansiell kris, ekonomiska omvälvningar eller om Region Jönköpings län tvingas utfärda besparingsbeting för verksamhetsområdet.

Leverantör som inte vill bli bunden av ändrade villkor ska inom 60 dagar skriftligen meddela beställaren att de ändrade villkoren inte accepteras. Om sådant meddelande inte mottagits av beställaren inom den angivna tidsfristen blir leverantören bunden av de ändrade villkoren från och med den dag beställaren angivit i ändringsmeddelandet, dock tidigast 60 dagar efter det att ändringsmeddelandet är avsänt.

Om leverantören meddelar beställaren att den inte accepterar de ändrade villkoren och Region Jönköpings län vidhåller ändringen i förhållande till leverantören, upphör avtalet att gälla tolv månader efter utgången av 60-dagarsfristen. Under den återstående avtalstiden gäller avtalet i sin lydelse före ändringarna.

10.15 Brister och sanktioner

Leverantören ansvarar för att hålla den avtalade kvaliteten under hela avtalsperioden.

Båda parter har en skyldighet att göra motparten uppmärksam på sådant som kan uppfattas som avtalsbrott eller avvikelser från avtalet.

Leverantören ska åtgärda fel och brister efter skriftligt påpekande från beställaren.

Om leverantören inte uppfyller avtalade villkor har Region Jönköpings län rätt att ta ut ekonomiska sanktioner. Beloppet på sanktionen fastställs av Region Jönköpings län.

Vid brister/avtalsbrott har Region Jönköpings län rätt att:

- Hålla inne hela eller del av ersättningen som senare kan betalas ut vid åtgärdad brist
- Minska ersättningen, betalas ej ut senare
- Ej betala ut ersättningen i sin helhet
- Utkräva vite
- Säga upp avtal enligt avsnitt 10.19 Uppsägning av avtalet på beställarens begäran.

10.16 Tillämpning och tvister

Om någon bestämmelse i avtalet skulle vara ogiltig innebär det inte att avtalet i sin helhet ska anses ogiltigt. Om sådan ogiltighet väsentligt påverkar någon av parternas utbyte av avtalet ska skälig jämkning ske. Part som anser att något i avtalet ska anses ogiltigt har att omgående och skriftligen meddela och ange skäl till motparten.

Twist med anledning av detta avtal ska avgöras med tillämpning av svensk rätt av svensk allmän domstol med Jönköpings tingsrätt som första instans.

10.17 Konkurs

Leverantör som går i konkurs ska omedelbart informera beställaren enligt Region Jönköpings läns riktlinjer.

Vid en konkurs är leverantören oförändrat ansvarig för verksamheten och patientsäkerheten. Leverantören ska exempelvis hantera remiss- och provsvar till dess att tingsrätten godkänt konkursen och utsedd konkursförvaltare tagit kontakt med leverantören.

Leverantören ska snarast informera konkursförvaltaren om:

- att konkursförvaltaren enligt hälso- och sjukvårdslagen tar över vårdgivaransvaret även om fysiska patientbesöken upphör
- att kvarvarande patientadministrativt arbete ska fortsätta för att säkra patientsäkerheten enligt patientsäkerhetslagen
- att konkursförvaltaren snarast ska kontakta beställaren

10.18 Avtalets upphörande på leverantörens begäran

Leverantören har möjlighet att i förtid säga upp avtalet under förutsättning att det föreligger särskilda skäl som hindrar leverantören att fortsätta bedriva verksamheten. Begäran ska skriftligen lämnas till beställaren senast sex månader innan verksamheten upphör.

10.19 Uppsägning av avtalet på beställarens begäran

Beställaren har rätt att i förtid säga upp avtalet om leverantören inte kan uppfylla eller säkerställa de obligatoriska krav som ställs i avtalet.

Uppsägning ska ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten. Vid uppsägning av avtalet gäller en uppsägningstid om sex månader.

Beställaren har rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan om leverantören omfattas av någon av de omständigheter som räknas upp i lagen om valfrihetssystem 7 kap § 1 punkt 1-4 och som innebär att leverantören skulle ha uteslutits vid tilldelning av avtal.

Beställaren har rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan om leverantören väsentligt bryter mot någon del av avtalet till men för patienter, eller om leverantören grovt åsidosatt sina skyldigheter, agerat vårdslöst eller grovt åsidosatt sina ekonomiska skyldigheter mot myndighet eller beställaren.

Beställaren har rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan om det sker en direkt eller indirekt förändring av ägandet av en majoritet av aktierna i leverantörens företag, eller att det bestämmande inflytandet över leverantörens företag förändras direkt eller indirekt på ett sätt som Region Jönköpings län inte skäligen kan godta.

Beställaren har vid avtalets omedelbara upphörande rätt att omedelbart ta över delar eller hela leverantörens verksamhet med egen personal för att rätta till förhållandena och upprätthålla kontinuitet för berörda invånare.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott kan beställaren även ha rätt till skadestånd.

10.20 Force majeure

Parterna har rätt att gentemot varandra åberopa underlåtenhet att fullgöra avtalet om fullgörandet hindras till följd av omständighet utanför parternas kontroll såsom naturhändelse, svenskt eller utländskt lagbud, svensk eller utländsk myndighets åtgärd, krigshändelse, strejk, blockad, bojkott, lockout eller annan liknande omständighet.

Motpart ska omedelbart underrättas om det föreligger omständigheter som kan föranleda tillämpning av denna bestämmelse. Det åligger part, som önskar åberopa force majeure, att utan uppskov skriftligen underrätta motparten om uppkomst därav och hålla part underrättad och meddela motparten när force majeure upphör.

För det fall force majeure varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

10.21 Efter avtalets upphörande

Leverantören ska när avtalet upphör samverka med beställaren kring hantering av patientdokumentation, lokaler och utrustning, förekommande avtal och allt i övrigt som förutsätter att en övergång av verksamheten till annan kan komma till stånd på ett patientsäkert sätt.

Leverantören ska inhämta patientens medgivande till överföring av information och ansvarar för att patientdokumentationen säkerställs enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

10.22 Bilagor

- Bilaga 1 - Sammanhållen journalföring
- Bilaga 2 – Personuppgiftsbiträdesavtal
- Bilaga 3 – Tredjepartsavtal HSA och SITHS
- Bilaga 4 – Uppdragsavtal om spärrtjänst

10.23 Underskrifter

Jönköping <datum>

<Ort, datum>

Region Jönköpings län

<Leverantör>

<Namn Efternamn>

<Namn Efternamn>

<Titel>

<Titel>

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 111

Bilaga till budget 2023 - Regelverk Patientavgifter i Region Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2022/75

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Överlämna förslag till regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län 2023 till regionstyrelsen.

Sammanfattning

Regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län är framtagen för 2023.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-03
- Regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län 2023

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Thomas Bäuml (M) avstår från att delta i beslutet.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Bilaga till budget 2023 - Regelverk patientavgifter 2023 i Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län 2023 till regionstyrelsen.

Sammanfattning

Regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län är framtagen för 2023.

Information i ärendet

Vid årsskiftet höjs slutenvårdsavgiften med tio kronor.

Det innebär att för dag 1-10 inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 110 kronor per påbörjad vård dag. Därefter utgår en avgift på 90 kronor per vård dag. Högstanivån på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp. Region Jönköpings län följer rekommenderad högstanivå.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-03
- Regelverk patientavgifter i Region Jönköpings län 2023

Beslut skickas till

Regionledningskontoret - folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Patientavgifter i vården 2023

(Uppdaterad 220325)
Ansvarig Yvonne Stolt

Avgifter och regler

Sidnr

- Nyheter 2022 (sid 3)
- Enhetliga patientavgifter (sid 4)
- Grundläggande bestämmelser för patientavgifter (sid 5)
- Patientavgifter vid remittering (sid 6)
- Betalning (sid 7)
- Högkostnadsskydd för öppenvård - eFrikort (sid 8)
- Patientavgifter och avgiftskoder i Cosmic (sid 10)
- Förtydliganden om patientavgifter A-Ö (sid 19)
- Patientavgifter i slutenvård (sid 25)
- Intygsavgifter (sid 27)
- Avgifter för intyg och möten - sjukskrivningsprocessen (sid 30)
- Journal- och röntgenkopior (sid 32)
- Vaccinationer (sid 33)
- Avgiftsfria åtgärder enligt smittskyddslagen (SmL) (sid 34)
- Avgiftsfria besök och åtgärder (sid 35)
- Patientavgifter för tandvård som ingår i hälso- och sjukvård (sid 38)
- Patientavgifter i ögonsjukvård (sid 39)
- Patientavgifter, debiteringar och regelverk –
vård av personer från andra länder (sid 40)

Patientavgifter i vården

Nyheter inför 2022

- Fortfarande gäller undantaget om att avgift inte ska debiteras då en patient lämnar sent återbud (oavsett orsak). Detta pga pandemisituationen (beslutet om undantaget togs i mars 2020).

För mer info, se grundregelverket vad som annars gäller för sena återbud under *Förtydligande om patientavgifter/När patienten lämnar sent återbud...*

- Vid årsskiftet ändras grundtaxan för intyg:

	Exkl moms	Inkl moms
Intyg A	248 kr	310 kr
Intyg B	784 kr	980 kr
Intyg C	1 224 kr	1 530 kr

- Högkostnadsskyddets kostnadsgräns höjs till 1 200 kr från årsskiftet. Detta sker per automatik då Region Jönköping har elektroniska frikort och patientavgifterna kopplas mot *eFrikort*.
- Kvalificerad distanskontakt får ändrad patientavgift.

*

En kvalificerad distanskontakt kostar från årsskiftet 100 kr i patientavgift. Detta oavsett kanal (telefon, video, app, chatt...), yrkeskategori och vårdnivå. För att en distanskontakt ska generera en avgift bör patienten vara medveten om patientavgiften via kallelse, muntlig överenskommelse eller dylikt. Det är en medicinsk bedömning om en patientavgift ska debiteras, bedömningen grundas på utförd eller planerad insats. En distanskontakt betraktas som kvalificerad om den innehållsmässigt motsvarar de insatser som görs vid ett fysiskt besök.

En kvalificerad distanskontakt innebär att man gör en medicinsk bedömning som till exempel kan innehålla:

- beslut om behandling eller ytterligare utredning
- att man gör en ändring av pågående behandling
- utvärdering av läkemedel

Receptförskrivning och provtagning ingår inför/i samband med en kvalificerad distanskontakt. Avgiften räknas in i högkostnadsskyddet. Regelverken för *avgiftsfria remissbesök* respektive *uteblivande/sent återbud* gäller även för kvalificerade distanskontakter.

Vanliga rådgivningssamtal till 1177 eller vårdcentral är även i fortsättningen avgiftsfria. Även ärenden såsom utlämnande av provsvar, ombokning av tider, information och enkla råd om egenvård är avgiftsfria efter årsskiftet.

*

Se mer om regelverk för distanskontakter under *Förtydligande om patientavgifter A-Ö*. Se mer om nya *kontakttyper* i Cosmic: [Vårdadministrationsmodulen i Cosmic, Region Jönköpings län \(rjl.se\)](https://www.1177.se/Jonkopings-land/region-jonkopings-lan/rjl.se)

Information på 1177 till länsbor: <https://www.1177.se/Jonkopings-land/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-jonkopings-land/>

Enhetliga patientavgifter

Ett urval/ex. på vård/besök/kontakt	Avgift
<ul style="list-style-type: none"> • Fysiska vårdkontakter • Allmänläkarvård och sjukvårdande behandling • Specialistsjukvård, primärvård samt närakut och akutmottagning • Hembesök, dagsjukvård, vaccinationer, vård av utomlänspatient • Bokade besök inför/efter KBT via internet • Vård på plats av ambulanspersonal • Avgift för sena återbud eller uteblivet besök – fysiska besök 	250:-
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalificerade vårdkontakter på distans • Provtagning mellan besök (s.k mellanliggande provtagn) • Bentäthetsmätning, aortascreening, blodtryck, EKG, Telefon-EKG, Band-EKG • Hälsovård, t ex viktgrupp, hälsokurva • Graviditetstest • Recept via telefon eller via nätet, inklusive ”dosförpackade läkemedel” • Sjukintyg via telefon eller via nätet • Avgift för sena återbud eller uteblivet fysiskt besök – barn • Avgift för sena återbud eller uteblivet besök – distanskontakter • Slutenvård/inläggning på sjukhus per dygn 	100:-
<ul style="list-style-type: none"> • Första remissbesök, remiss från primär- till specialistvård (även akut) • Första remissbesök, remiss från specialist- till primärvård (även akut) • Frikortsbesök • Barnsjukvård, hembesök palliativ vård, kontrollbesök organdonatorer, konsultbesök, smittskyddspatienter • Avgiftsfri hälsovård samt screening (kvinnohälsovård, barnhälsovård, tobaksavvänjning, mammografi, gynekologisk hälsokontroll) • Recept till barn, sjukintyg till tonåringar • Öppen hälso- och sjukvård för personer 85 år eller äldre. 	0:-

Grundläggande bestämmelser för patientavgifter

Grundprincipen för att kunna ta ut patientavgift ska vara att patienten personligen träffar vårdgivaren. Men även vid kvalificerade distanskontakter som motsvarar insatsen vid ett fysiskt besök ska patientavgift tas ut.

För att avgöra vilken patientavgift som är aktuell måste följande frågor besvaras:

- Omfattas personen av lagen om allmän försäkring?
- Är det fråga om öppen vård?
- Sker besöket på grund av sjukdom?
- Gäller det läkarvård eller sjukvårdande behandling?

Om samtliga dessa frågor kan besvaras med JA ska patienten betala patientavgift.

Patientavgift ska betalas med kort eller faktura, detta gäller även avgift för hälsovård. Det gäller även vid akutverksamhet och jourverksamhet.

Vilka som omfattas av lagen om allmän försäkring är alla i Sverige folkbokförda, såväl vuxna som barn, inskrivna hos försäkringskassan.

Patientavgifter vid remittering

- Vid remissbesök från primär- till specialistvård eller från specialist- till primärvård (även privat specialist) erläggs ingen patientavgift vid första remissbesöket.
- Vid remissbesök inom specialistvården betalas 250 kronor för alla remissbesök. Konsultbesök är däremot avgiftsfria.
- Vid akuta remissbesök för samma sjukdom inom samma dygn tas ingen patientavgift ut.
- Vid remissbesök för röntgen- och laboratorieundersökningar, som sker till följd av läkarbesöket, tas ingen patientavgift ut. För provtagning som sker utan samband med läkarbesök (så kallad *mellanliggande* provtagning) tas en patientavgift på 100 kronor.
- Vid remittering utomläns betalar patienten den patientavgift som gäller i vårdregionen.

Remiss från privatläkare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning eller vårdavtal med Region Jönköpings län

- För besök inom specialistvården efter remiss från privat allmänläkare betalar patienten ingen patientavgift.
- För besök inom specialistvården efter remiss från privat specialist betalar patienten 250 kronor.
- Patienten betalar ingen patientavgift för laboratorie- och röntgenundersökning efter remiss från privatläkare.

Remiss från skolläkare

Skolläkare har rätt att remittera elev eller studerande till primärvård och specialistsjukvård. Oftast omfattas dessa patienter av regeln för fri barnsjukvård men om så inte är fallet betalar patienten 250 kronor för ett läkarbesök. Skolläkare får remittera för labb och röntgen för sjukvård på regionens bekostnad.

Remiss från helt privata läkare

För undersökning eller behandling av läkare som sker efter remiss från läkare utan avtal med regionen betalas patientavgift. Helt privata läkare betalar själva för labb och röntgen.

Remiss från företagshälsovård

Vid besök efter remiss från företagshälsovård betalar patienten 250 kronor i primärvård och 250 kronor vid specialistmottagning. Företagshälsovården betalar själva för labb och röntgen.

Betalning

Region Jönköpings läns vårdmottagningar och tandvårdskliniker tar inte emot kontanter. Vi ser helst att patienten betalar med kort vid sitt besök. Om de inte betalar med kort får de en faktura med posten som de har 30 dagar på sig att betala. Region Jönköpings län tar inte ut någon extra avgift för fakturan.

Patienter som har ett särskilt behov av att betala kontant kan få hjälp att göra det vid någon av vårdens ekonomiavdelningar:

- Ekonomiavdelningen, Värnamo sjukhus
- Ekonomiavdelningen, Höglandssjukhuset Eksjö
- Ekonomiavdelningen för Länssjukhuset Ryhov, Rosenlunds vårdcentrum, plan 5, Hermansvägen
- Folktandvårdens kansli, Hermansvägen

Privata vårdcentraler som ingår i vårdval och privata vårdmottagningar som har avtal med Region Jönköpings län kan ha andra regler.

Högekostnadsskydd för öppenvård - eFrikort

14 maj 2019 blev frikort för sjukvård elektroniska i Region Jönköpings län. Patienten behöver inte längre använda sig av stämpelhäften och inplastade frikort. Det räcker med att de uppger sitt personnummer så känner systemet *eFrikort* av om frikortsgränsen är uppnådd eller om de ska betala och i så fall hur mycket.

Besök gjorda hos vårdgivare inom Region Jönköpings län registreras automatiskt i eFrikort om vårdgivaren har Cosmic, T4 eller Paratus. Besöker patienten en privat vårdgivare eller region i annat län som inte är ansluten till eFrikort så sparar patienten kvittot och får besöksavgiften registrerad nästa gång de besöker någon av Region Jönköpings läns vårdmottagningar. Kvittot måste kontrolleras så att samma besök inte räknas mer än en gång (förslagsvis noteras datum och signatur på det uppvisade kvittot). Har patienten frikort och ska besöka en privat vårdmottagning eller en mottagning utanför Region Jönköpings län kan de be om en utskrift som visar att de har frikort eller hur mycket de har kvar att betala till högkostnadsgränsen för frikort. Detta kan skrivas ut av alla mottagningar och vårdcentraler som har tillgång till eFrikort.

Allmänt

Högekostnadsskyddet är nationellt och gäller även för patienter från andra regioner. Frikort ska utfärdas för dessa patienter med tillämpning av de regler som gäller i patientens hemregion. Patienten måste kunna uppvisa tidigare erlagda patientavgifter, annars debiteras hel patientavgift. Även en EU/EES-patient, som är berättigad till vårdförmån, betalar till regionen samma vårdavgifter som personer som är bosatta i Sverige och omfattas därmed också av högkostnadsskyddet i hälso- och sjukvårdslagen. eFrikort kan hantera personer med A-nr och medlemskap EU/EES/Konvention.

För patienter bosatta i länet är högsta belopp för att få frikort för sjukvård 1 200 kronor. Ett frikort berättigar till fri sjukvård hos regionens vårdgivare, vårdgivare med vårdavtal samt hos vårdgivare med ersättning från regionen enligt särskild lag.

De grundläggande reglerna för högkostnadsskyddet finns i 26 § i Hälso- och sjukvårdslagen. Högsta nivå på högkostnadsskyddsbeloppet för öppenvård bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska Central Byrån) Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

Grundläggande regler

eFrikort gäller endast öppenvård. Regionens högkostnadsskydd för sjukvård gäller enligt följande regler:

Kvalificerande belopp:

1 200 kronor

Kvalificerande avgifter:

- Patientavgift för sjukvård hos vårdgivare i alla regioner
- Patientavgift för sjukvård hos vårdgivare med ersättning från regioner enligt lag eller avtal
- Receptförnyelse/telefonrecept
- Patientavgift för viss nödvändig tandvård som omfattas av sjukvårdens patientavgifter
- Patientavgift för kvalificerade distanskontakter
- Patientavgift vid vård på plats av ambulanspersonal

Inte kvalificerande avgifter:

- Patientavgift inom företagshälsovården
- Patientavgift hos helt privata vårdgivare
- Patientavgift som betalas av asylsökande
- Patientavgift vid uteblivet besök
- Besök som är hälsovård t ex vaccinationer, hälsokurva

- Slutenvårdsavgift på sjukhus

Frikort gäller:

- Vid besök för sjukvård hos regionens vårdgivare (samt vid besök hos andra regioners vårdgivare)
- Vid besök för sjukvård hos vårdgivare med ersättning från regionen enligt lag eller avtal
- Receptförnyelse/telefonrecept
- Vid besök för viss nödvändig tandvård som omfattas av sjukvårdens patientavgifter
- Vid kvalificerade distanskontakter
- Vid vård på plats av ambulanspersonal

Giltighetstid:

Tolv månader räknat från och med dagen för det första vårdbesöket.

Frikortsbesök

Vid besök med frikort utfärdas ev. sjukvårdskvitto på 0 kronor.

Frikort som anställningsförmån

Patient med anställning där arbetsgivaren betalar sjukvårdskostnaderna, t.ex. statligt anställda, regionsanställda m.fl. har även rätt till registrering i eFrikort.

Patientavgifter och avgiftskoder i Cosmic

Patientavgifterna i Cosmic är kopplade till vårdgivarkategori, vilket medför att de patientavgifter som kan vara aktuella visas upp i kassan. Även åldersintervall är kopplat till samtliga patientavgifter i Cosmic så att urvalet för patientavgifter hänger samman med patientens ålder. Härigenom visas en anpassad patientavgiftslista utifrån patientens ålder och den vårdgivarkategori som är aktuell vid besöksregistrering.

Avgifts-koder	Produktnamn	Avgift	Beskrivning
100	Läkarbesök, primärvård	250:-	Allmänläkarvård, primärvård. Inklusive patient med EU-kort. Vård av utomlänspatient. Gäller vid hembesök, tillkommande patienter. Gäller patienter upp till 85 år.
110	Läkarbesök, specialistvård	250:-	Länssjukvård, akutmottagning, jourcentral, allmänläkares mottagning efter kl 21.00, lör-, sön- och helgdag. Gäller även vid hembesök. Inkl patient med EU-kort. Dagsjukvård läkare. Vård av utomlänspatient. Gäller patienter upp till 85 år.
120	Läkarbesök, remiss	0:-	Första remissbesök till specialistläkare gäller både akut och planerat remitterad från primärvården. Inkl patient med EU-kort.
130	Läkarbesök, asylsökande	50:-	Asylsökande
140	Läkarbesök, personer från andra länder	2 334:-	Vård av personer från andra länder. Patienten betalar hela avgiften.
150	Läkarbesök, utlandssvensk, planerad vård	600:-	Utlandssvenskar från länder utan konvention.
160	Läkarbesök, korttidsboende, planerad mottagning	250:-	Gäller endast primärvård. Gäller patienter upp till 85 år.
170	Läkarbesök, korttidsboende, hembesök	250:-	Gäller endast primärvård.

			Gäller patienter upp till 85 år.
180	Distanskontakt	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla yrkeskategorier, oavsett kommunikationsmedel.
181	Distanskontakt avgiftsfritt	0:-	Se ovan
182	Distanskontakt Läkare, personer från andra länder	100:-	Se ovan
182	Distanskontakt Psykolog/Kurator, personer från andra länder	100:-	Se ovan
182	Distanskontakt Sjukvårdande behandling, personer från andra länder	100:-	Se ovan
200	Sjukvårdande behandling	250:-	Sjukvårdande behandling, gäller även hembesök. Dagsjukvård, annan än läkare. Inklusiv patient med EU-kort. Vård av utomlänspatient. Gäller patienter upp till 85 år.
205	Sjukvårdande behandling, remiss	0:-	Första remissbesök till sjukvårdande behandling gäller både akut och planerat remitterad från primärvården. Inklusiv patient med EU-kort.
210	Sjukvårdande behandling, asylsökande	25:-	Asylsökande Gäller patienter upp till 85 år.
230	Sjukvårdande behandling, personer från andra länder	852:-	Vård av personer från andra länder. Patienten betalar hela avgiften.
240	Provtagning	100:-	Provtagning mellan läkarbesök. Bentäthetsmätning. Gäller patienter upp till 85 år. Gäller endast i primärvården
250	Sjukvårdande behandling, utlandssvensk, planerad vård	600:-	Utlandssvenskar från länder utan konvention

OBS!	Frikort fångas genom val i kassan då besök registreras. När patienten har frikort ska aktuell patientavgift väljas i kassan, inte avgiftsfritt besök	0:-	Mottagning läkare, frikort. Dagsjukvård, läkare, frikort. Mottagning annan än läkare, frikort. Dagsjukvård annan än läkare, frikort. Recept, frikort. Sjukintyg, frikort.
300	Läkarbesök, avgiftsfritt	0:-	Fri barnsjukvård. Hembesök av läkare i palliativ vård. Kontrollbesök för organdonatorer. Konsultbesök. Nedsatt avgift. Hembesök, frikort alt. nedsatt avgift. Tillsammans med vara: <i>IVF läkare</i>
305	Provtagning, avgiftsfritt	0:-	Gäller endast i primärvården.
306	Provtagning, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Alla enheter, länssjukvård och primärvård
307	Provtagning, remiss från primärvården	0:-	Provtagning
310	Sjukvårdande behandling, avgiftsfritt	0:-	Fri barnsjukvård. Hembesök av annan än läkare i palliativ vård. Konsultbesök. Nedsatt avgift. Hembesök frikort alt. nedsatt avgift. Gästdialys. Tillsammans med vara: <i>IVF sjukvårdande behandling</i>
320	Läkarbesök, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Smittskydd
330	Sjukvårdande behandling, avgiftsfritt, smittskydd	0:-	Smittskydd
340	Läkarbesök, team, ej första vårdgivaren	0:-	Gäller endast i primärvården
350	Sjukvårdande behandling, team, ej första behandling	0:-	Gäller endast i primärvården.

360	Läkarbesök, korttidsboende, avgiftsfritt	0:-	Gäller endast i primärvården
430	Hälsovård, avgiftsbelagd (varugrupp)	0:-	Denna kod kombineras med avgift bland varor i Cosmic.
440	Varuförsäljning	0:-	Denna kod används vid varuförsäljning utan besök.
450	Hälsokurva, avgiftsbelagd (varugrupp)	0:-	Denna kod används vid varuförsäljning i kombination med varan Hälsovård, avgiftsbelagd, 100 kr
500	Hälsovård, avgiftsfri (varugrupp)	0:-	Mödrahälsovård, barnhälsovård m.m.
600	Återbetalning, väntetid	0:-	Återbetalning, väntetid.
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud	100:-	Avgift vid provtagning, kontroll
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud, barn	100:-	Avgift vid uteblivet besök, läkare, annan personal, barn
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud, barn, tolk	410:-	Avgift vid uteblivet besök, läkare, annan personal, barn, tolk
610	Uteblivet besök, ej meddelat återbud	250:-	Avgift vid ej meddelat återbud, läkare, tolk. Avgift vid ej meddelat återbud, annan personal. Avgift vid ej meddelat återbud, avgiftsfritt barnbesök eller mödrahälsovård hos läkare. Avgift för ej meddelat återbud, avgiftsfritt barnbesök hos annan än läkare. Gäller även besök inom kvinnohälsovården.
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, asylsökande, ej meddelat återbud	25:-	Se ovan
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling, asylsökande, ej meddelat återbud, tolk	335:-	Se ovan
610	Uteblivet besök, sjukvårdande behandling,	560:-	Se ovan

	ej meddelat återbud, tolk		
610	Uteblivet läkarbesök, asylsökande, ej meddelat återbud	50:-	Se ovan
610	Uteblivet läkarbesök, asylsökande, ej meddelat återbud, tolk	360:-	Se ovan
610	Uteblivet läkarbesök, ej meddelat återbud	250:-	Se ovan
610	Uteblivet läkarbesök, ej meddelat återbud, tolk	560:-	Se ovan
610	Uteblivet läkarbesök, primärvård, ej meddelat återbud	250:-	Se ovan
610	Uteblivet läkarbesök, primär-vård, ej meddelat återbud, tolk	560:-	Se ovan
610	Utebliven distanskontakt	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
610	Utebliven distanskontakt, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
610	Utebliven distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande	25:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier men ej läkare, oavsett kommunikationsmedel.
610	Uteblivet läkarbesök distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande	50:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller läkarbesök, oavsett kommunikationsmedel.
610	Utebliven distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande med tolk	335:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier men ej läkare, oavsett kommunikationsmedel.
610	Uteblivet läkarbesök distanskontakt, ej meddelat återbud, asylsökande med tolk	360:-	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller läkarbesök, oavsett

			kommunikationsmedel.
610	Utebliven distanskontakt, med tolk	410	Gäller alla åldrar. Kvalificerade distanskontakter. Gäller alla yrkeskategorier, oavsett kommunikationsmedel.
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, remiss PV	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, barn	100:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, barn, tolk	410:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök inklusive tolk	560:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, läkarbesök, asyl	50:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, tolk, asyl	360:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling	250:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling inklusive tolk	560:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling, asyl	25:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, sjukvårdande behandling, tolk, asyl	335:-	
611	Sent återbud inom 72 timmar, avgiftsfritt	0:-	
611	Sent återbud Distanskontakt inom 72 timmar	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
611	Sent återbud Distanskontakt inom 72 timmar, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
612	Vårdtillfälle, sent återbud inom 72 timmar	250:-	
612	Vårdtillfälle, sent återbud inom 72 timmar, barn	100:-	
613	Avgiftsfritt, när vårdenheten har avbokat inom 72 timmar	0:-	

614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV	250:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, barn	100:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, barn, tolk	410:-	
	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, tolk	560:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, asyl	50:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, läkarbesök PV, tolk, asyl	360:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV	250:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, tolk	560:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, barn	100:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, barn, tolk	410:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, asyl	25:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, sjukvårdande behandling, PV, tolk, asyl	335:-	
614	Sent återbud inom 24 timmar, avgiftsfritt	0:-	
614	Sent återbud Distanskontakt inom 24 timmar	100:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
614	Sent återbud Distanskontakt inom 24 timmar, avgiftsfritt	0:-	Kvalificerad distanskontakt. Gäller alla åldrar, alla yrkeskategorier, alla slags kommunikationsmedel
615	Avgiftsfritt när primärvården har avbokat inom 24 timmar	0:-	
616	Uteblivet vårdtillfälle, ej meddelat återbud	250:-	
616	Uteblivet vårdtillfälle, ej meddelat återbud, barn	100:-	
617	Uteblivet besök, avgiftsfritt	0:-	
618	Sent återbud inom 24 timmar, hälsovård	100:-	Gäller patienter som lämnar sent återbud, vid

			hälsovård, t.ex. Hälsokurva.
620	Receptförskrivning	100:-	Recept utfärdat av läkare eller ssk. Telefon-EKG, band-EKG. Remiss utfärdat efter telefonsamtal. Om både recept och sjukintyg utfärdas efter telefonsamtal, tas endast en avgift ut. Recept ApoDos och förnyelse ApoDos. Recept, frikort. Gäller patienter upp till 85 år.
625	Recept, personer från andra länder	852:-	
630	Recept, avgiftsfritt	0:-	Recept, sjukintyg till tonåring.
640	Sjukintyg	100:-	Sjukintyg utfärdat efter telefonsamtal. Sjukintyg frikort.
650	Receptförskrivning, asyl	25:-	Gäller patienter upp till 85 år.
660	Sjukintyg, avgiftsfritt	0:-	
700	Övrigt	12.757:-	Omskärelse av pojkar av icke medicinska skäl DRG-baserad avgift enligt följande: DRG N200, 12.757 kr*.
	Varugrupper		Hjälpmedel, momsfritt (egenavgift ortoser, kompressionsstrumpor, journalkopior etc.). Intyg utan moms, avgiftsfria intyg. Övriga intyg med moms (inklusive körkortsintyg, provtagning).

* Priset justeras i början på året enligt prislista "Nord DRG" som beslutas i december av Regionsjukvårdsnämnden.

** Priset justeras i början på året enligt prislista "Utomlänsdebiteringar" som beslutas i december av Regionsjukvårdsnämnden.

Förtydligande om patientavgifter A-Ö

Abort och sterilisering

Abort och sterilisering ska betalas enligt gällande patientavgift för sjukvård.

Amningsmottagning

Besök gällande problem med amning är avgiftsfria.

ApoDos - se "dosförpackade läkemedel"

Arbetsplatsbesök

Om en arbetsgivare begär en insats av regionens personal avseende råd och anpassning i arbetsmiljön debiteras enligt gällande intygstaxa B (exkl moms) per besök. Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas.

Om arbetsplatsbesök initieras av vårdgivare debiteras patientavgift som vid sjukvårdande behandling.

Blodgruppering

Blodgruppering som initieras av privatpersoner väljs som "vara" i Cosmic 250 kr (inkluderar provtagning).

Dagsjukvård

För dagsjukvård (dagmedicin, dagkirurgi) betalar patienten vanlig patientavgift.

Besök i dagsjukvård redovisas som ett besök oberoende av vilken/vilka kategorier hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i vården av patienten.

Patient med fler än 5 dagsjukvårdsbesök inom 30 dagar erhåller mat (lunch eller middag) utan egen kostnad från första lunch/middag. Detta gäller de enheter som serverar måltider i samband dagsjukvård. Övriga patienter betalar samma avgift som för personalkost. Barn får mat avgiftsfritt.

Enklare måltid, t.ex. dricka och smörgås kan tillhandahållas utan avgift.

Anhöriga hänvisas till matsal alternativt betalar som för personalkost.

Distanskontakter, kvalificerade

En kvalificerad distanskontakt – oavsett kanal, yrkeskategori och vårdnivå – kostar (från årsskiftet 2021/2022) 100 kr i patientavgift. En distanskontakt betraktas som kvalificerad om den innehållsmässigt motsvarar de insatser som görs vid fysiskt besök. T ex: beslut om behandling eller ytterligare utredning, att man gör en ändring av pågående behandling eller en utvärdering av läkemedel.

För att en distanskontakt ska generera en avgift bör patienten vara medveten om patientavgiften via någon slags överenskommelse.

Precis som vid ett fysiskt besök så ingår även receptförskrivning och provtagning inför/i samband med en kvalificerad distanskontakt. Likaså gäller regelverket för avgiftsfria remissbesök.

Avgiften för kvalificerad distanskontakt räknas in i högkostnadskyddet.

Distanskontakter, EJ kvalificerade (avgiftsfria)

De distanskontakter som fortfarande kommer att vara **avgiftsfria** avser upplysning, rådgivning, hänvisning och information. Till exempel:

- utlämnande av provsvar
- ändra eller boka tid
- telefonrådgivning
- vanliga enkla brevkontakter
- kontaktgarantin inom primärvården - nationella vårdgarantin.

Dosförpackade läkemedel (förr: ApoDos)

Patientavgift för recept tas ut när vårdtagare/patient får *Dosförpackade läkemedel* utfärdat för första gången samt även vid förnyelse/förlängning av recepten i listan (förlängning/förnyelse

görs oftast en gång per år). Om nytt läkemedel tas in i receptlistan för *Dosförpackade läkemedel* så betalar patienten patientavgift på samma sätt som för annan receptförskrivning (om receptförskrivning ingår i ett besök så betalar patienten endast besöksavgift, om det avser typ telefonrecept utan besök betalar patienten receptavgift). Vid förändring av dosering utgår ingen ytterligare avgift, om inte ett helt nytt recept skrivs ut.

Drogtest, DNA-test

Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas vid t.ex. drogtest begärt av arbetsgivare, DNA-test vid t.ex. arvstviser. Läkarinsats + provtagningar. Provsvar går till beställaren som även betalar analyskostnaden.

Faderskapsprov

Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas för faderskapsprov. Läkarinsats + provtagningar, laboratoriekostnader. Provsvar till beställare som får skriva utlåtande.

Flera besök/behandlings samma dygn, samma sjukdom

Om patienten återkommer till vårdgivare inom 24 timmar (ett dygn) *för samma sjukdom* betalas ingen ny patientavgift. Detta gäller *endast för akuta besök*. Det behöver inte vara samma vårdgivare.

Gruppbehandling

Varje patient som behandlas på grund av sjukdom betalar vanlig patientavgift.

Graviditetsdiabetes

Besök som görs på grund av graviditetsdiabetes är avgiftsfria

Hembesök

Vanlig patientavgift tas ut när läkare eller annan vårdgivarkategori (sjukvårdande behandling) besöker patienten i hemmet. Avser det provtagning utgår provtagningstaxa. Hembesök för medicinutdelning är avgiftsfritt.

Om besöket gäller flera patienter i samma hushåll betalar även övriga familjemedlemmar vanlig patientavgift.

Hjälpmedelsförskrivning

Förskrivning av hjälpmedel är en process där behovsbedömning, information, ordination, eventuell anpassning, träning, uppföljning och dokumentation ingår.

Vid förskrivning betalar patienten vanlig patientavgift per behandlingstillfälle (sjukvårdande behandling).

Bedömning och uppföljning av bostadsanpassning, som sker i hemmet, är avgiftsfritt. Även intyget är avgiftsfritt.

När utprovning/tillverkning av ortoser är en del i behandling kostar det vanlig patientavgift + kostnad för produkten. För enbart utlämnande av ordinerad ortos uttas ingen besöksavgift (patienten betalar endast för produkten).

Hälsokontroll

Intygstaxa B (exklusive moms), tillämpas för hälsokontroller. Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas (gäller inte asylsökandes inledande hälsokontroll som är fri och betalas av migrationsverket).

En hälsokontroll bör innehålla: allmän anamnesupptagning, basal kroppsundersökning och provtagning, vid behov EKG och en sammanfattande bedömning.

Hälsovård

Vid t.ex. kostrådgivning och hälsokurva utgår en patientavgift för hälsovård/behandlingstillfälle. Mammografiundersökning, gynekologisk cellprovstagning och tobaksavvänjning är dock avgiftsfria (eventuellt recept i samband med tobaksavvänjning debiteras).

Avgift vid hälsovård är inte frikortgrundande.

Hälsoundersökningar där sjukdom konstateras

Om sjukdom konstateras vid en hälsoundersökning gäller följande:

- Om inga åtgärder vidtas p.g.a. den konstaterade sjukdomen betalas endast patientavgift för hälsundersökningen.
- Om den konstaterade sjukdomen leder till nytt besök betalas vanlig patientavgift.
- Om den konstaterade sjukdomen vid samma tillfälle föranleder åtgärder som normalt inte ingår i hälsundersökningen betalas patientavgift både för hälsundersökningen, om denna är avgiftsbelagd, och för läkarbesöket/sjukvårdande behandlingen.
- Om oklarhet råder vid tolkning av undersökningsresultatet och hälsokontrollen därför måste göras om, tas ingen ny avgift ut av patienten.

Högriskskydd för levande donatorer

Det finns ett särskilt högriskskydd för levande donatorer av organ och vävnader. Skyddet omfattar utredningar och operation i samband med donation. Skyddet innebär att donatorn har rätt till ersättning för sina kostnader. Den enskilde får ersättning från den första dagen i en sjukperiod (karensdagen). Informera patienten om att begära läkarintyg, där det framgår att den försäkrade är donator och vilket organ/vävnad som eventuellt ska doneras.

Donatorn har också rätt att i samband med donationsingrepp få full ersättning för förlorad arbetsförtjänst av organmottagande region. Även andra kostnader som är relaterade till donationsingreppet kan ersättas av respektive region.

Hörselskydd och musikproppar

Kunden alternativt företaget betalar den faktiska kostnaden, 350 kronor per person, för avgjutning av hörselgången i syfte att göra hörselskydd och musikproppar.

Kvarskrivna patienter

En kvarskrivna patient som är bosatt här i vår region, är av sekretessskäl fortfarande folkbokförd i sin gamla hemregion. Enligt en överenskommelse ska dessa patienter behandlas som om de vore skrivna här, dvs. de har rätt till planerad vård som vi normalt måste ha en betalningsförbindelse för.

Regionen, där patienten fortfarande är formellt folkbokförd, ska ej debiteras vårdkostnaden.

KBT via internet

Patienten betalar ingen patientavgift för tillgång till behandlingspaketet. Patientavgift erläggs för inledande bedömningssamtal samt vid eventuellt avslutningssamtal, precis som vid vanliga bokade besök. Övriga kontakter under vårdprogrammet genererar ingen patientavgift.

Konsultation

Konsultation som initieras av vården i samband med slutna vård/dagsjukvård/dagkirurgi är avgiftsfri för patienten. Planerade (tidsbeställda) besök på annan klinik som görs under tiden patienten är inskriven i slutna vård är däremot avgiftsbelagda.

Körkortsyntyg för vissa sjukdomsgrupper

Intyg för vissa sjukdomsgrupper, t.ex. diabetiker, epileptiker, som rutinmässigt vanligtvis årligen begärs av transportstyrelsen för att få behålla körkort ska vara avgiftsfria.

Läkarbesök i samband med oplanerad inläggning

Om patienten läggs in för slutna vård i samband med att han/hon har haft ett öppenvårdsbesök samma dag, debiteras både öppenvårds- och slutenvårdsavgift.

Läkarbesök i äldreboende

När primärvårdsläkare organiserar mottagningsverksamhet på äldreboende ska patienten betala samma avgift som vid besök på vårdcentral. Om primärvårdsläkaren kallas till äldreboendet på annan tid gäller samma patientavgift.

Läkarbesök när patienten är inskriven i slutna vård

Planerade (tidsbeställda) besök som görs under tiden patienten är inskriven i slutna vård är avgiftsbelagda. Konsultbesök är avgiftsfria.

Läkarbesök på grund av sjukdom där samtidigt annan åtgärd vidtas

När en patient vid ett besök samtidigt önskar behandling, undersökning eller åtgärd för annan sjukdom än vad det ursprungliga bokade besöket avser ska det räknas som två separata bokade besök och patientavgift betalas för varje besök.

Läkarbesök och sjukvårdande behandling - flera samma dag

Om flera separata läkarbesök och/eller sjukvårdande behandlingar utförs samma dag betalas patientavgift för varje besök. Patientavgift ska betalas vid varje behandlingstillfälle, även när de av praktiska skäl samordnas samma dag.

Lärcafé

Lärcafé är en pedagogisk modell med målsättning att deltagande patienter och/eller närstående ska få ökad kunskap och lära sig hantera sin livssituation och därmed få bästa möjliga livskvalitet. Deltagande i ett lärcafé bokas inte som ett vanligt vårdbesök, därför är deltagande i lärcaféer avgiftsfritt.

Momsbelagda tjänster

Huvudregeln är att tjänster som görs för att tillhandahålla fakta som grund för tredje persons beslut ska påföras moms. Det gäller t.ex.:

- Rättsintyg
- Intyg till försäkringsbolag
- Intyg om hälsotillstånd
- Körkortsintyg inklusive drogintyg
- Intyg för arbetslivsinriktad rehabilitering
- Medverkan i avstämningsmöte med försäkringskassan
- Intyg för att styrka behov av särskilda hjälpmedel i arbetsliv eller skola, parkeringstillstånd
- Alla typer av intyg för att styrka lämplighet; för att arbeta i utlandet, på natten, på höga höjder, med livsmedel, på sjön, för att flyga, dyka, hoppa fallskärm etc.

Exempel på moms fria tjänster:

- LVM-intyg
- LVU-intyg

Nyförlost med förlossningsskada

Nyförlost med förlossningsskada ska betala avgift för vård fr.o.m. vecka 13 efter förlossningen

När patienten lämnar sent återbud/uteblir från besök i primärvården

Återbud till erbjuden besökstid i primärvården ska lämnas senast 24 timmar före besöket. Uteblivet besök och återbud senare än 24 timmar före besöket debiteras med vad besöket skulle genererat i patientavgift. Detta gäller även patienter som har frikort samt vid besök som normalt är avgiftsfria. Gäller även kvalificerade distanskontakter samt besök inom kvinnohälsovården.

Tidsbeställt avgiftsfritt barnbesök debiteras med 100 kronor för läkarbesök/sjukvårdande behandling, om patienten uteblir eller lämnar sent återbud. Undantag: Gäller ej BHV-besök. Om en patient uteblir eller om återbud meddelas så sent att språktolk inte kan avbeställas debiteras patienten även för tolkkostnad, 310 kronor. Förutsättning för detta är att patienten informerats om dessa regler i kallelsen.

Eventuella undantag från avgift vid sent återbud/uteblivande besök får tas av respektive klinik eller verksamhetschef.

Ovanstående avgifter är inte högkostnadsgrundande.

När patienten lämnar sent återbud/uteblir från besök i specialistsjukvården

Återbud till erbjuden besökstid i specialistsjukvården ska lämnas senast 3 hela vardagar (72 timmar) före besöket. Detta gäller både öppenvård och inläggning/operation.

Uteblivet besök och återbud senare än tre hela vardagar före besöket debiteras med vad besöket skulle ha genererat i patientavgift. För öppen vård utgår vanlig patientavgift. Samma

avgift tas ut om besöket avser en inläggning eller operation. Detta gäller även patienter som har frikort samt vid besök som normalt är avgiftsfria. Det gäller även vid kvalificerade distanskontakter.

Tidsbeställt avgiftsfritt barnbesök debiteras med 100 kronor för läkarbesök/sjukvårdande behandling, om patienten uteblir eller lämnar sent återbud. Undantag: Gäller ej BHV-besök. Om en patient uteblir eller om återbud meddelas så sent att språktolk inte kan avbeställas debiteras patienten även för tolkkostnad, 310 kronor. Förutsättning för detta är att patienten informerats om dessa regler i kallelsen.

Eventuella undantag från avgift vid sent återbud/uteblivande besök får tas av respektive klinik eller verksamhetschef.

Ovanstående avgifter är inte högkostnadsgrundande

När patienten inte får vård

Om det är sjukvårdens fel att planerad åtgärd, t ex ett besök eller ett operativt ingrepp, inte utförs, ska patienten inte betala patientavgift.

För de som har rätt till sjukresa betalas detta av regionen, inklusive egenavgift (sjuktransportkvitto eller skrivet intyg behövs för att sjukreseersättning ska kunna betalas ut). Andra kostnader, t ex förlorad arbetsinkomst eller kostnad för barnpassning, ersätts inte. För mer information om resor och ersättning, ta kontakt med regionens sjukreseenhet.

Om det beror på patienten att åtgärden inte kan utföras, betalas patientavgift.

Om specialistsjukvården avbokar planerad vård senare än tre hela vardagar (72 timmar) före besöket så behöver inte patienten betala för nästa planerade vårdbesök som gäller samma sjukdom.

Om primärvården avbokar planerad vård senare än 24 timmar före besöket så behöver inte patienten betala för nästa planerade vårdbesök som gäller samma sjukdom.

Provtagning - mellanliggande eller inför ett besök

När provtagning görs utan samband med besök - så kallat "mellanliggande provtagning" - ska patienten betala provtagningsavgift.

När provtagning görs inför eller i samband med ett besök eller en kvalificerad distanskontakt, ingår provtagningen i patientavgiften för besöket/kontakten.

Provtagning för alkoholtest ska faktureras polisen (ingår ej i högkostnadsskyddet).

Ex på provtagning: bentäthetsmätning, tfn- eller band-EKG, blodtryck (även -24 tim), blodprov.

Provtagning på familjemedlemmar

Vid vissa sjukdomar är det nödvändigt att samtliga familjemedlemmar lämnar prover, ex svalgodling vid streptococcinfektion. I dessa fall betalas provtagningsavgift för varje prov. Eventuellt recept är avgiftsfritt.

Receptförskrivning

Recept ingår i patientavgiften för både sjukvårdande behandling och läkarbesök samt vid kvalificerade distanskontakter.

Remissbesök hos specialist- och primärvård

Första besöket hos specialistvården blir avgiftsfritt när man har remiss från primärvården och första besöket hos primärvården blir avgiftsfritt när man har remiss från specialistvården (undantag: bassängträning)

Remissbesök som sker mellan specialister genererar patientavgift.

Om man uteblir från sitt första avgiftsfria remissbesök och blir kallad till nytt besök så blir det avgift för nästa besök.

Ovan regelverk gäller även för kvalificerade distanskontakter.

Smittskydd

Det ska inte tas ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen. Det är endast

de besök som läkare bedömer minska risken för smittspridning som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittas och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts.

Slutenvårdsavgift som tas ut för ineliggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Teambesök

Om det är flera besök som samordnas av hälso- och sjukvårdspersonal för en specifik patient är det ett teambesök och patienten betalar endast en avgift. Om det är flera besök som tidsamordnats på samma dag av hänsyn till patienten så ska besöken generera en patientavgift för varje besök.

Teambesök avser ett planerat öppenvårdsbesök där patienten möter ett vårdteam. Vårdteamet träffar patienten samtidigt eller tidsmässigt efter varandra under samma dag. Teamet kan bestå av hälso- och sjukvårdspersonal från samma såväl som från olika medicinska ansvarsområden där varje personal har ett eget behandlingsansvar. Teamet har ett gemensamt syfte och mål och det görs en gemensam bedömning eller uppföljning av patientens behov. Inga tidsmässiga preciseringar av besökets längd ska tillämpas. Besöket ska dokumenteras i journal.

Patientavgift tas endast ut för den som samordnar teamet. Övriga deltagare i teamet registrerar sina besök som avgiftsfria (se regelverk för kontakt-, diagnos och åtgärdsregistrering i Region Jönköpings län). Teambesök omfattar inte vårdpersonal som assisterar annan vårdpersonal.

Transport av avlidna

Regionen har ett yttersta ansvar för att den som avlider på allmän plats eller i en privatbostad införs till bårhus. Kommunen har motsvarande ansvar för särskilda boenden. Polisen ansvarar vid transport för rättsmedicin. Sjukvårdshuvudmannens ansvar upphör när kroppen utlämnas för bisättning/kistläggning.

Regionen utför eller betalar transport

- till sjukhus för obduktion som initierats av läkare
- vid tillkommande transportkostnader för borttagning av implantat
- vid hemtransport av avlidna utanför regionsområdet vid vård enligt specialistvårdsremiss. Dödsboet betalar egenavgift om 300 kronor. Dödsboet betalar övriga transporter.

Faktureringsadress: Region Jönköpings län, Fakturaenheten, Box 1024, 551 11 Jönköping.

Märk fakturan med ansvarsnummer 900008.

Vård på plats av ambulanspersonal

För patient som behandlas på plats av ambulanspersonal tas vanlig patientavgift ut som för besök på akutmottagning/närakut. Om patienten istället förs till vårdcentral eller sjukhus betalar de som tidigare en patientavgift för det vårdtillfället och ingen avgift tillkommer för *vård av ambulans*. Avgiften är högkostnadsgrundande.

Återbetalning vid väntetid

Om väntetiden överstiger 30 minuter vid planerat besök, återbetalas den eventuellt erlagda patientavgiften. Detta gäller inte vid akuta besök eller vid planerade polikliniska ingrepp och mottagning som huvudsakligen har sådan verksamhet. Det åligger patienten att på plats begära återbetalning i samband med besöket.

Patienter i slutenvård

Avgifter i slutenvård

För dag 1-10, inom samma vårdtillfälle, betalar patienten 110 kr per påbörjad vård dag. Därefter utgår en avgift på 90 kr per vård dag.

Med samma vårdtillfälle menas vård på samma klinik. Vid överflyttning till annan klinik eller annat sjukhus påbörjas nytt vårdtillfälle.

Högsta nivå på slutenvårdsavgiften bestäms av aktuellt prisbasbelopp (uträknat av Statistiska Centralbyrån). Region Jönköpings län följer alltid rekommenderad högstanivå.

Barn

Barn och ungdomar under 20 år har avgiftsfri slutenvård. Från och med 20-årsdagen gäller vanlig sjukvårdstaxa.

För vilka dagar betalar patienten?

Patienten betalar för samtliga vård dagar utom för permissions dagar. Patienten betalar för inskrivnings dag, men inte för utskrivnings dag. Detta gäller även om patienten flyttas till annan avdelning, klinik eller annat sjukhus under pågående vård tid.

Om patienten skrivs in och ut samma dag tas en slutenvårdsavgift ut.

Högekostnadsskydd och sluten vård

Patientavgiften för slutenvård är inte högekostnadsgrundande.

Patientgrupper med avgiftsfrihet

Anhållna och intagna på kriminalvårdsanstalt

Patient som är anhållen, häktad eller intagen på kriminalvårdsanstalt betalar ingen patientavgift för sluten vård. Hemregionen står för patientavgiften till dessa patienter.

Rättspsykiatrisk vård

Kriminalvården står för kostnaderna för rättspsykiatrisk utredning av häktade och intagna på kriminalvårdsanstalt. Dessa patienter betalar ingen patientavgift.

För den som ges rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd efter beslut av domstol står hemregionen för vården till dessa patienter. Slutenvårdsavgift tas inte ut för psykiatrisk tvångsvård.

Smittskyddslagen

Det är endast besök som läkare bedömer minska risken för smittspridning som är avgiftsfria för patienten. Slutenvårdsavgift som tas ut för inläggande vård ska fortfarande betalas av patienten.

Asylsökande

Asylsökande med LMA-kort betalar ingen avgift vid sjukhusvård.

Inskrivningsregler

Gränsdragning - öppen eller sluten vård?

Det är alltid behandlande läkare som avgör om patienten ska skrivas in för sluten vård. Från och med den tidpunkt patienten är inskriven är vården att beteckna som sluten vård.

Identitet och rätt folkbokföringsadress

Försäkra dig alltid om att patienten har uppgivit rätt identitet. Tänk på att dokumentera samtliga uppgifter. Det är viktigt att kontrollera att den adress som patienten uppger överensstämmer med folkbokföringsadressen. Detta för att kunna debitera rätt hemregion efter avslutad vård tid. Det är alltid patientens hemregion som har betalningsansvar för vården. I Riksavtalet definieras patientens hemregion som den region där patienten vid vårdtillfällets inledning var folkbokförd.

Permissionsregler

Betalning vid permissioner

För resdag betalar patienten patientavgift för slutna vård. För permissionsdag betalar patienten ingen patientavgift.

Resdag

Som resdag räknas den dag patienten lämnar avdelningen för att gå på permission. Som resdag räknas också den dag patienten återkommer till avdelningen efter avslutad permission.

Permissionsdag

Som permissionsdag räknas den dag då patienten vistas utanför sjukhuset i minst 12 timmar mellan kl 00.00 och kl 24.00. Detta gäller även de dagar när man reser till och från sjukhuset.

Omfattning av permissionen

Permissionen får omfatta högst tre dagar, detta exklusive resdagar.

Undantag: Avsteg från denna regel får i undantagsfall göras för patienter som vårdas på psykiatriska kliniken och där permissionen ingår som ett led i behandlingen.

Anhörigförmåner

När en patient får specialistvård långt från den egna bostadsorten kan ekonomisk ersättning ges till patient eller anhörig för patienthotell i samband med vård/vistelse hos patienten.

Specialistvården ska ha initierats av regionen.

Se utförliga riktlinjer för hotell: [Patienträttigheter-Folkhälsa och sjukvård \(rjl.se\)/](http://Patienträttigheter-Folkhälsa_och_sjukvård(rjl.se)/)

Hotellövernattning och ersättning.

Intygsavgifter

Patienten betalar inte patientavgift utan endast intygsavgift när enda syftet med besöket är att få ett intyg.

Intygsavgiften omfattas inte av högkostnadsskyddet.

Moms på intyg

Skattemyndigheten har utgivit riktlinjer som innebär att vissa av hälso- och sjukvårdens tjänster ska påföras moms. Huvudregeln är att tjänster som görs för att tillhandahålla fakta som grund för tredje persons beslut ska påföras moms. Det gäller också de intyg som ligger till grund för tredje persons ställningstagande och som inte primärt är till för att skydda den enskildes hälsa eller är ett led i vård och behandling.

Det gäller t.ex:

- Rättsintyg
- Intyg till försäkringsbolag
- Intyg om hälsotillstånd
- Körkortsintyg inklusive drogintyg
- Intyg för arbetslivsinriktad rehabilitering
- Medverkan i avstämningsmöte med försäkringskassan
- Intyg för att styrka behov av särskilda hjälpmedel i arbetsliv eller skola, parkeringstillstånd
- Alla typer av intyg för att styrka lämplighet; för att arbeta i utlandet, på natten, på höga höjder, med livsmedel, på sjön, för att flyga, dyka, hoppa fallskärm etc.

Exempel på momsfria tjänster:

- LVM-intyg
- LVU-intyg

Avgiftsfria intyg

- Mycket enkla schablonintyg (kryssa i enkel fråga) för exempelvis mönstring eller enkla intyg som bara bekräftar diagnosen (svara: ja/nej) är avgiftsfria.
- Intyg, utredningar och analyser m.m. till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ska tillhandahållas utan kostnad.
- Adoptionsintyg
- Färdtjänstintyg

Detta gäller även för privata vårdgivare med vårdavtal med Region Jönköpings län.

Intygsavgifter* A, B och C

	Intyg	Exkl moms	Inkl moms
A.	Enkelt intyg grundat på patientkontakt eller journaluppgift.	248:-	310:-
B.	Intyg som kräver undersökning och/eller enkla prover t ex AMF-intyg, livsmedelsintyg inkl prover, LVM-intyg	784:-	980:-
C.	Intyg av omfattande karaktär som kräver kvalificerade undersökningar och/eller röntgen, t ex dykarcertifikat, rättsintyg, handskadeintyg, invaliditetsintyg.	1.224:-	1.530:-

	Vid tidskrävande intyg kan timtaxa debiteras med	984:-/tim	1.230:-/tim
--	--	-----------	-------------

*Möjlighet ges till årlig indexering av intygsavgifterna baserad på LPIK (Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner)

Intygsavgifter enligt författning

Intyg	Avgift
Intyg för rättspsykiatriska undersökningar i brottmål (SOSFS 1996:15). Rättsmedicinalverket beslutar om ersättning	Taxa med moms
Intyg till försäkringskassan är kostnadsfritt för försäkringskassan. Vanlig patientavgift får tas ut om särskild undersökning behövs för intygets utfärdande enligt AFL (SFS 1984:908)	Patientavgift
Intyg för föräldrapenning (SFS 1995:584)	0:-

Körkortsintyg

Intyg	Exkl moms	Inkl moms
De rutinmässiga körkortsintyg som begärs av Transportstyrelsen på grund av sjukdom är avgiftsfria. Patienten är känd för vårdpersonalen och det behövs oftast endast journalinformation när intyget skrivs. Om särskild undersökning krävs tas patientavgift ut för besöket. Avgiftsfriheten gäller inte för de obligatoriska 45-årsintygen eller de intyg som krävs av Transportstyrelsen pga missbruk.	0: -	
Intyg för behörighet till C- och D-körkort. Obligatoriskt 45 års intyg för C- och D-körkort	784:-	980:-
Provtagningar och läkarbesök för att återfå/behålla körkort p.g.a. missbruk (gäller även för att få körkortstillstånd) efter beslut av körkortsmyndighet (Transportstyrelsen). Taxan innefattar 4-6 analyskostnader, provtagningstaxa samt intyg och läkarbesök. Taxa för kompletterande provtagningar utöver de 4-6 godkända som krävs: provtagningstaxa 100 Kr gäller (ej frikortsgrundande). Hela intygskostnaden ska vara erlagd innan utlämnande	1.224:-	1.530:-

av intyget. ! Om Transportstyrelsen kräver ny provomgång och nytt intyg så tas hel intygstaxa ut på nytt vid varje intygstillfälle.		
Läkarintyg i samband med Transportstyrelsens beslut om alkoholås, inklusive kostnaden för blodanalyser. Om någon analys visar sig vara positiv och därför måste verifieras av Rättsmedicinskt laboratorium, får den enskilde utöver grundavgiften för intyget på 1 280 kr, betala provtagningstaxa 100 kr (ej frikortgrundande). Hela intygskostnaden ska vara erlagd innan utlämnande av intyget. ! Om Transportstyrelsen kräver ny provomgång och nytt intyg så tas hel intygstaxa ut på nytt vid varje intygstillfälle.	1.224:-	1.530:-
Övriga körkortshintyg enligt intygstaxa A, B eller C		

Intyg om tandvård till särskilda patientgrupper

Personer med stora behov på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan få tandvård till samma patientavgift som inom hälso- och sjukvården. För detta krävs ett särskilt läkarintyg: "Läkarintyg vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning enligt 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338)" (Socialstyrelsen).

Detta intyg är avgiftsfritt för patienten, de betalar endast patientavgift för besöket.

Avgifter för intyg och möten - sjukskrivningsprocessen

Sjukintyg, läkarintyg vid sjukskrivning, förstadagsintyg, intyg baserat på telefonsamtal kostar 100 kr. Vid besök tas vanlig patientavgift ut och då ingår intyget i besöksavgiften. Intyg gällande smittbärrpenning samt riskgrupp ang Covid 19 är avgiftsfria med motivering till smittskyddslagen.

Läkarutlåtande och intyg

Läkarutlåtande	Exkl moms	Inkl moms
Begäran av läkarutlåtande av Försäkringskassan eller av patienten (inkl detaljerat läkarutlåtande, blankett E213*) i syfte att söka aktivitets- eller sjukersättning ingår i vårdens uppdrag och kan inte debiteras Försäkringskassan eller patienten (SFS 2004:888). Vanlig patientavgift tas ut (SFS 1984:908) om särskild undersökning behövs för intygets utfärdande.	-	-
*Detaljerat läkarutlåtande (blankett E213) - om en person arbetat i annat EU-medlemsland. OBS! Enbart läkare som går under den nationella taxan kan begära ersättning (d.v.s. läkare som bedriver privat verksamhet och inte är knuten till landsting/vårdval). Fakturan skickas till Försäkringskassan (RFFS 1977:27).	4.500:-	5.625:-
Förfrågan (skriftligt) om medicinskt utlåtande från Arbetsförmedlingen eller förfrågan om läkarutlåtande från kommunens socialtjänst är avgiftsbelagda. Arvode tas ut. Faktura skickas till Arbetsförmedling eller kommunens socialtjänst. Om intyget kräver särskild undersökning tas ingen patientavgift ut eftersom besöket räknas in i arvodet. OBS! Vid fakturering Arbetsförmedlingen ska det ärendenummer anges som står i förfrågningsunderlaget. Personnummer ska inte anges på underlaget.	2.200:-	2.750:-
Intyg (exkluderat sjukintyg, läkarintyg vid sjukskrivning, förstadagsintyg)		
Om frågor från Arbetsförmedling, kommunens socialförvaltning eller försäkringsbolag besvaras i ett intyg eller brev gäller vanlig intygstaxa A-C. Se ”patientavgifter i vården/ Intygsavgifter”		

Avstämningsmöte – när läkare medverkar	Exkl moms	Inkl moms
När Försäkringskassan kallar till avstämningsmöte enligt FKFS 2010:35 gäller att vårdenheten debiterar Försäkringskassan för läkarmedverkan. Fakturaunderlag behöver inte undertecknas av försäkringsutredaren.	750: -	938: -

<p>Patientavgift tas inte ut.</p> <p>Om tolkbehov finns vid avstämningsmötet ska Försäkringskassan boka och betala för den kostnaden. Det är viktigt att vården uppmärksammar Försäkringskassan om tolkbehov finns.</p>		
<p>Trepartsmöte med extern aktör - utan Försäkringskassan</p>		
<p>Trepartsmöte innebär ett möte med hälso- och sjukvården, patient och extern aktör, exempelvis arbetsgivare, arbetsförmedling eller socialtjänst. Försäkringskassan deltar inte. Syftet är att initiera och planera insatser för att om möjligt förhindra en sjukskrivning eller förkorta sjukskrivningsperioden. Extern aktör kan initiera, dock inte kräva, ett trepartsmöte med vården.</p> <p>Trepartsmöte kan inte debiteras extern aktör och patientavgift tas inte ut.</p>		

Rehabkoordinator

Besök som görs som en del av vård och behandling för att följa upp/planera insatser under sjukskrivningen, exempelvis via kartläggande eller stödjande samtal.

För bokade besök hos rehabkoordinator debiteras vanlig patientavgift.

Samordnad individuell plan (SIP)

Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §) som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en SIP när den enskilde har behov av stöd med samordning av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Samordnad individuell plan kan initieras av vårdtagare, närstående, sjukvården eller socialtjänsten. SIP kan inte debiteras socialtjänsten. Patientavgift tas inte ut.

Arbetsplatsbesök

Om en arbetsgivare gör en förfrågan om en insats av regionens personal avseende råd och anpassning i arbetsmiljön debiteras arbetsgivaren enligt gällande intygstaxa B (*exklusive moms*). Om intyg måste skrivas ska det momsbeläggas. Debiteringen blir intygstaxa (*inklusive moms*) för besök + intyg.

Det är alltså endast en avgift som debiteras. Man kan inte ta avgift för både ett besök samt ett intyg.

Om arbetsplatsbesök initieras av vårdgivare debiteras vanlig patientavgift som vid sjukvårdande behandling.

PR-team®

Patientavgift tas ut vid varje besök. Vid besök hos flera vårdgivarkategorier samma dag, tas endast en avgift ut.

Se regler för teambesök: ”*patientavgifter i vården/förtydligande om patientavgifter*”

Journal- och röntgenkopior

När en patient, myndighet, advokat, försäkringsbolag etc begär journal- eller röntgenkopior gäller att:

- Kopiorna kan lämnas till patienten personligen eller skickas med post (det bör ske med rekommenderad post för att försäkra sig om att utskriften inte kommer till fel person, det finns dock inget lagkrav som stödjer att de måste rekommenderas).
- Se hela regelverket om utlämnande av patientuppgifter i regionens dokumentationshandbok.

Kostnad vid journalkopior ska inte momsbeläggas. Detta räknas som ett led i sjukvård och är undantaget från momslagen.

Nedanstående kostnad gäller även för övriga administrativa handlingar.

Kostnad

- 1-9 kopior/sidor: 0: -
- 10 kopior/sidor: 50: -
- Kopior där utöver (11 eller fler): 2: -/st
- Röntgenfilm på CD-skiva: 300: -
- Kopia av ljudband: 120: -/st
- Kopia av video/DVD: 600: -/st
- Ultraljudsbild: 50: -/st

Exempel:

Om en patient begär att få ut 15 kopior blir kostnaden $50 + 10 = 60$: -

När försäkringsbolag, företag etc begär journal- och röntgenkopior kan dessa skickas mot faktura.

Uppgift om att journal finns, lämnas ut i samband med svar till personer som begärt utdrag enligt personuppgiftslagen. Journalutdrag lämnas enbart enligt ovan angivna regler i enlighet med patientjournallagen och sekretesslagen.

Avgiftsfria journalkopior

Patienten har rätt att utan kostnad läsa sin journal (gäller både pappersjournal och datajournal) på mottagningen.

Journalkopior som utlämnas till statliga myndigheter, Försäkringskassan, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), Personskaderegleringen (PSR) och kommuner är avgiftsfria oavsett antal.

Journalkopior som behövs i direkt anslutning till vården av en enskild patient hos vårdgivare med vårdavtal eller hos landstingsansluten vårdgivare ska tillhandahållas utan kostnad. Gäller även företagshälsovården i länet.

Vaccinationer

Patienten betalar vanlig patientavgift + vaccinpris hos både primärvård och specialistläkare. En patientavgift gäller oavsett antal injektioner. Detta gäller även icke länsbor och asylsökande. För ej folkbokförda utlänningar/turister gäller debitering enligt fasta prislistan: sjukvårdande behandling + vaccinpris. Vaccinationsavgifter är inte högkostnadsgrundande. Om distriktssköterskan utför vaccination på patient som själv anskaffat vaccin ska patienten också betala vanlig patientavgift.

Vaccin som erbjuds till asylsökande och övriga nyanlända i samband med hälsoundersökning är avgiftsfria.

Vaccinationer inom barnhälsovårdsprogrammet är kostnadsfria, men i samband med resor eller andra vaccinationer utanför programmet kan extra vaccinationer på barn utföras och då är kostnaden enligt prislista + patientavgift även för barn.

För aktuella vaccinpriser se 1177: <https://www.1177.se/jonkopings-lan/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-jonkopings-lan/>

Vaccinpriser

Barn äldre än 6 år som inte fått Hepatit B på BVC och som ska ut och resa kan erbjudas hepatit B vaccin i kombination med hepatit A som resevaccin.

Incidenter med risk för blodsmitta

Vid incidenter där personal stucket eller skurit sig på material där risk för blodsmitta föreligger, gäller att enheten, där incidenten inträffade, står för kostnaden för eventuell provtagning. Om det av infektionsläkaren bedöms nödvändigt med vaccin eller immunglobulin debiteras detta smittskyddsensheten.

Vaccination mot influensa och pneumokocker

Region Jönköpings län erbjuder kostnadsfri vaccination (ingen vaccinkostnad eller patientavgift) mot influensa och pneumokockinfektioner till alla länsinvånare över 65 år samt riskgrupper (definieras av Folkhälsomyndigheten).

Pneumokockvaccinet beställs hos SBL och influensavaccinet beställs hos GSK enligt gällande föreskrifter. Givna vaccinationer ska registreras i vaccinationsregistret. Ersättning för vaccinkostnaden utbetalas en gång per år.

Gratis vaccination av barn med särskild risk

Enligt nationella riktlinjer har barn med Downs syndrom rätt till gratis vaccination mot Hepatit B.

I Region Jönköpings län erbjuds alla barn inom Barnhälsovårdsprogrammet kostnadsfri Hepatit B vaccination vid 3,5,12 månader. För alla barn som flyttar hit från andra länder bedöms vaccinationsstatus vid hälsoundersökning och dessa barn vaccineras så att de kommer ikapp det svenska programmet, inklusive Hepatit B, kostnadsfritt.

Barn med svåra hjärtfel och svår lungsjukdom, t ex Cystisk fibros har rätt till gratis vaccination mot pneumokocker.

Avgiftsfria åtgärder enligt smittskyddslagen (SmL)

Behandling av allmänfarlig sjukdom är avgiftsfri för att förebygga att ingen avbryter behandlingen för tidigt. Det tas inte ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen (SmL 2004:168 7 kap 2§). Det är endast de besök **som läkare bedömer minska risken för smittspridning** som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittas och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts. För behandling av komplikationer betalas vanlig patientavgift. Kostnadsfrihet för läkemedel gäller de mediciner som bedöms ha en biologisk effekt på smittspridningen.

Slutenvårdsavgift som tas ut för inläggande vård ska fortfarande betalas av patienten. Detta gäller för personer som är inskriven i svensk försäkringskassa, asylsökande, personer som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd, EU-medborgare och utländska patienter.

För andra anmälningspliktiga sjukdomar än allmänfarliga betalas vanlig patientavgift.

Se mer info på infektionsavd hemsida ”kostnadsfria besök”:

<http://intra.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=46279&childId=20806#copy>

Förteckning över sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen

Allmänfarliga sjukdomar

- Campylobacterinfektion
- Coronavirus
- Difteri
- Ebola
- Enterohemorragisk E.coli (EHEC)
- Fågelinfluensa (H5N1)
- Giardiainfektion
- Gonorré
- Hepatit A, B, C, D, E
- Hivinfektion
- HTLV I eller II
- Klamydiainfektion
- Kolera
- Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
- Mjältbrand
- Paratyfoidfeber
- Pest
- Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- Polio
- Rabies
- Salmonellainfektion
- Shigellainfektion
- Smittkoppor
- Svår akut respiratorisk sjukdom (sars)
- Syfilis
- Tuberkulos
- Tyfoidfeber
- Virala hemorragiska febrar, exklusive denguefeber och sorkfeber

Avgiftsfria besök och åtgärder

Besök/åtgärd	Kommentar
Adoptionsintyg	Adoptionsföräldrar befrias från kostnad för sig och barnet vad gäller hälsoundersökning och ev lungröntgen.
Amningsmottagning	Besök gällande problem vid amning är avgiftsfria
Anhållna, häktade eller intagna vid kriminalvårdsanstalt	Öppenvårdsbesök (SFS 2010:611)
Antabusbehandling	
Barn och ungdomar	Barn och ungdomar under 20 år har avgiftsfri öppen sjukvård, inkl tobaksavvänjning (från och med 20-årsdagen gäller vanlig patientavgift). Avgiftsfriheten omfattar allt som för andra ingår i högkostnadsskyddet. Avgiftsfriheten omfattar även barn och ungdomar från EES-land, konventionsland samt asylsökande. Besök inom barn- och ungdomspsykiatri.
Barnhälsovård	Hälsosamtal inom ramen för barnhälsovård ska vara avgiftsfritt.
Barnmisshandel	Undersökning av barn som leder till anmälan om misshandel Soc tjänstlag, § 71, (SoL 2001:453)
BB hemvård	Besök i BB hemvård och vid tidig hemgång är avgiftsfritt.
Dialysbehandling	
Donatorer, kontrollbesök för organdonatorer	
Dödsbevis	Konstaterande av dödsfall
Färdtjänstintyg	
Förlossningsskada	Nyförlöst med förlossningsskada har rätt till avgiftsfri vård t.o.m vecka 12 efter förlossningen
Graviditetsdiabetes	Besök gällande graviditetsdiabetes är avgiftsfria
Gynekologisk cellprovtagning	Avgiftsfritt från 1 januari 2018
HIV-smittade som fått infektion genom blod eller blodprodukter	(SFS 1993:332)
Klinisk läkemedelsprovning	
Körkortsintyg vid sjukdom	Gäller de rutinmässiga intyg som Transportstyrelsen kräver in vid vissa sjukdomar. Kan avse t ex diabetiker, epileptiker, psykisk sjukdom, stroke (patientavgift tas ut om särskild undersökning krävs) Avser inte de körkortsintyg som Transportstyrelsen kräver in vid missbruk.

Konsultbesök	Besök för att belysa en viss fråga och där vårdansvaret kvarstår hos den remitterande vårdgivaren.
Kvinnohälsovård	Gäller endast besök hos kvinnohälsovården eller specialistkvinnohälsovården
Lärcaféer	Deltagande i ett lärcafé bokas inte som ett vanligt vårdbesök, därför är deltagande i lärcaféer avgiftsfritt.
Mammografi	Avgiftsfritt från och med 1 juli 2018
Medicinhämtare/- Depotinjektioner	Patienter inom psykiatrin, som får doserade läkemedel.
Palliativ vård	Hemsjukvårdsbesök av läkare eller annan vårdpersonal för patienter i palliativ vård. Med palliativ vård menas vård åt patient med symptomgivande sjukdom med en begränsad förväntad överlevnad, oftast upp till sex månader och där kurativ vård inte längre är möjlig.
Preventivmedels- och abortrådgivning. Insättning av spiral, P-spruta	(SFS 2010:1218) OBS! Patienten betalar själv spiralen eller sprutan.
Psykiatrisk tvångsvård, slutenvård	Ingen slutenvårdsavgift tas ut
Tobaksavvänjning	Själva tobaksavvänjningen är avgiftsfri (ev. recept debiteras som vanliga recept)
Vissa öppenvårdsbesök inom psykiatrin	Verksamhetschef kan i vissa enstaka tidsbegränsade fall (6 mån) medge avgiftsbefrielse när detta krävs för att genomföra en meningsfull behandling.
Vård enligt smittskyddslag (SFS 2004:168)	Det ska inte tas ut några patientavgifter för provtagning, undersökning, vård, behandling och läkemedel avseende smittsamma sjukdomar som lyder under smittskyddslagen. Det är endast de besök som läkare bedömer minska risken för smittspridning som är avgiftsfria för patienten. För efterföljande kontrollbesök gäller kostnadsfrihet för åtgärder som avser att följa upp huruvida patienten fortfarande smittas och kan hantera de medicinska och praktiska åtgärder som getts. (ev. slutenvårdsavgift som tas ut för ineliggande vård ska dock fortfarande betalas av patienten)
Vårdintyg för sluten psykiatrisk vård	Vårdintygsbedömning - patienter som behöver läkarbedömning angående vårdbehov enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

<p>Öppen sjukvård för regionanställda</p>	<p>Anställda i Region Jönköpings län betalar patientavgift för öppen sjukvård. Patientavgiften omfattas av högkostnadsskyddet. Kvittot insänds till lönekontoret för utbetalning med lön. Detta innebär att förmånen blir skattepliktig.</p> <p>Förmånen omfattar besök för sjukvård (inte hälsokontroll, vaccinationer eller läkemedel).</p> <p>Förmånen gäller vid besök på regionens mottagningar samt hos de privata vårdgivare som har vårdavtal med Regionen.</p> <p>För de anställda som är berättigade till förmånen och som bor i annat län, betalar regionen patientavgiften även vid besök på hemlandstingets vårdinrättningar.</p> <p>Vid t.ex. arbetskada eller liknande, där försäkringsbolag eller annan utomstående har betalningsansvar, betalar inte regionen patientavgiften.</p>
<p>Öppen sjukvård för personer 85 år och äldre</p>	<p>Vårdavgifter eller andra avgifter (gäller även receptförskrivning) för öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet tas inte ut för patienter som är 85 år eller äldre.</p>
<p>Övre luftvägsinfektion</p>	<p>Om patienten söker för övre luftvägsinfektion och inte får antibiotika har han vid behov rätt till ett avgiftsfritt återbesök inom fem dagar.</p> <p>Patienten behöver endast uppvisa kvittot från första besöket och upplysa kassapersonalen om orsak till besöket. Vid tveksamhet kan diktat eller journal styrka rätten till avgiftsfrihet.</p>

Patientavgifter för tandvård som ingår i hälso- och sjukvård

Barn och ungdomar har fri tandvård t.o.m. det kalenderår de fyller 23 år (från 1 januari 2019). Viss tandvård debiteras enligt hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler och omfattas av högkostnadsskyddet för sjukvård. Detta gäller både offentlig och privat tandvård. Vissa patienter som omfattas av dessa regler måste uppvisa speciellt intyg.

Hälso- och sjukvårdens öppenvårdsregler gäller:

- Om behandlingen följer Bedömning tandvårds regelverk.
- Nödvändig tandvård till personer med stort och långvarigt behov av personlig omvårdnad i dagliga livet.
- Nödvändig tandvård till personer som tillhör personkretsen LSS § 1, personkrets 1-3, samt har beslut om LSS-insatser enligt 9 §.
- Nödvändig tandvård till personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar som medfört funktionshinder.
- Tandvård som krävs som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.
- Tandvård för personer med stora behov p g a långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
- Viss oralkirurgisk behandling där sjukhusets resurser krävs

Vårdgivare	Patientavgift
Tandläkare inom allmäntandvård	250:-
Tandläkare inom specialisttandvård	250:-
Annan vårdgivare än tandläkare, ex tandhygienist	250:-

För att ta ut patientavgift måste patienten vara fysiskt närvarande.

Patienter som är 85 år eller äldre betalar ingen patientavgift.

Om patienten har giltigt frikort för sjukvård är besöket avgiftsfritt.

Patientavgift ska inte tas ut vid omgörningar under garantitiden.

Patientavgifter i ögonsjukvård

Åtgärder som utförs av olika yrkeskategorier/har ett ”klart samband”/med självklarhet utförs vid ett och samma tillfälle

Åtgärd	Avgift
a. Ny- eller återbesök hos läkare som föregås av förberedelser i form av synundersökning, tryckmätning OCT eller SLO utfört av usk/ssk/optiker eller efterföljs av exteriörfoto utfört av ssk.	250
b. Kombination av åtgärder i samband med ett akutbesök	250

Avgift tas bara för ett läkarbesök vid samma besökstillfälle även om fler än en läkare är involverad, t ex en som undersöker och en annan som ger injektion.

”Relativt omfattande åtgärder” som utförs självständigt och dokumenteras av usk/ssk, optiker eller ortoptist

Åtgärd	Avgift
a. Synfältsundersökning - ssk/optiker	250
b. FUS inför kataraktoperation - ssk/optiker/usk	250
c. Fluo (röntgen) - ssk	250
d. Diabetesfoto - ssk/optiker	250
e. SLO - usk/ssk/optiker	250
f. Makulabesök - ssk/optiker	250

Som ovan i kombination med läkarbesök

Åtgärd	Avgift
Synfältsundersökning av ssk/optiker + läkarbesök	2*250
Läkarbesök med beslut om kataraktoperation + efterföljande FUS av ssk/optiker	2*250
Fluo (röntgen) av ssk + läkarbesök	2*250
Makulabesök hos ssk/optiker + läkarinjektion	2*250
Makulabesök hos ssk/optiker + läkarbesök	2*250

Dubbla avgifter tas ut oavsett om åtgärderna utförs samma dag eller olika dagar. Det framgår av regelverket med följande lydelse: ”Om flera vårdbesök bokas efter varandra under samma dag för att underlätta för patienten ska det inte registreras som ett teambesök utan som enskilda besök. Avgift tas ut för varje besök”.

Patientavgifter, debiteringar och regelverk – vård av personer från andra länder

(fullständigt regelverk för rätten till vård för asylsökande och flyktingar finns här: <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/154b5110-cb34-4e27-9014-313479bedd17>)

Asylsökande

Regionen har ansvar för hälso- och sjukvård åt asylsökande.

Samtliga asylsökande har rätt till en hälsoundersökning, tolk, eventuella hjälpmedel samt sjukresor.

Den inledande hälsoundersökningen är avgiftsfri och betalas av Migrationsverket.

Asylsökande barn och ungdomar under 20 år får hälso- och sjukvård utan kostnad på samma sätt som länsbarn. Från och med 20-årsdagen gäller patientavgift som för asylsökande vuxna. Asylsökande barn och ungdomar har upp till att de fyller 18 år rätt till tandvård som länsbarn. Asylsökande vuxna har från och med 20-årsdagen rätt till akut sjukvård och vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Asylsökande vuxna har rätt till tandvård som inte kan anstå från 18 årsdagen.

I verksamhet som är avgiftsfri, betalar inte heller asylsökande någon egenavgift.

Vem är asylsökande?

Asylsökande och vissa andra utlänningar har rätt att få ersättning enligt lagen om mottagande av asylsökande (LMA) genom att uppvisa ett tillfälligt LMA-kort.

Kortets nummer anges alltid i Cosmic eller på kvitton och annat debiteringsunderlag.

Ersättning för vården sker på vanligt sätt till enheterna via registrering i Cosmic eller för privata vårdgivare genom underlag till ekonomiavdelningen på Regionens Hus.

Om patienten inte har LMA-kort kan Migrationsverket kontaktas för besked (0771-235 235).

Patientavgifter för asylsökande inom primärvård

Frikortsförmån gäller inte.

Läkarbesök	50: -
Sjukvårdande behandling	25: -
Telefonrecept	25: -

Patientavgifter för asylsökande inom länssjukvård

Vid första besök med remiss från primärvården:

Läkarbesök	50: -
Akuta remissbesök	0: -
Sjukvårdande behandling	25: -
Telefonrecept	25: -
Tolk*	

*Sjukvården är skyldig att vid behov svara för att tolktjänst tillhandahålls. Kostnaden för detta är sjukvårdens ansvar. Uteblir patienten från tidsbeställt besök utan att meddela detta ska emellertid patienten debiteras en schablonmässig kostnad på 310 kronor per planerat tolktillfälle + patientavgiften.

Vid återbesök efter att ha haft remiss från primärvården eller ansvarig läkare:

Läkarbesök	50: -
Sjukvårdande behandling	25: -

Vid besök utan remiss inom specialistsjukvården, t.ex. akutmottagningen:

Läkarbesök	250: -
------------	--------

Sjukvårdande behandling	250: -
-------------------------	--------

Sjukhusvård

Asylsökande med LMA-kort betalar ingen avgift vid vård på sjukhus (inläggning/sluten vård).

Debiteringsrutiner

Kostnader för vård åt asylsökande debiteras i vissa fall till ekonomiavdelningen på Regionens Hus eller så regleras vårdersättningen direkt via registrering i Cosmic (beroende på vårdgivarens ekonomisystem).

Ersättningens storlek baseras på öppenvårdsprislistan för utomlänsvård. Betald patientavgift räknas bort.

Läkarbesök i primärvård och länssjukvård	2.334 kr* - 50 kr = 2.284 kr
Besök hos annan vårdgivare	852 kr* - 25 kr = 827 kr
Hjälpmedel	Kostnaden för inköp och anpassning för hjälpmedlet debiteras regionen
Hälsundersökningar	2.175 kronor för rutinhälsundersökning (inkl tolk) utförda under år 2021 samt även 2022.

*Priset justerat i början av året enligt prislista "Priser och ersättningar för sydöstra sjukvårdsregionen" som beslutas i december av Regionssjukvårdsnämnden.

** Ersättning från migrationsverket regleras varje år

Övriga flyktinggrupper, tillståndslösa m.m

Regionen erbjuder tillståndslösa personer (förr kallade gömda/papperslösa personer) akutvård och annan vård som inte kan anstå. De har även rätt till en avgiftsfri hälsundersökning där enheterna ersätts via regionen. För tillståndslösa barn gäller samma regler för hälso- och sjukvård som för länsbarn. Patientavgifter för tillståndslösa personer är detsamma som för asylsökande.

Även de flyktingar (kvotflyktingar och anknytningsflyktingar) som redan vid ankomsten till Sverige har fått sitt uppehållstillstånd och sina sista siffror i personnumret har rätt till en avgiftsfri hälsundersökning. Den ersätts av Migrationsverket på samma sätt som för asylsökande.

För flyktingar som fått uppehållstillstånd, men som ännu ej blivit kommunplacerade, gäller LMA-kortet. Först när man blivit kommunplacerad med ett eget boende gäller samma villkor som för övriga länsbor.

För kommunplacerade flyktingar, kvotflyktingar och flyktingar som fått permanent uppehållstillstånd (har de sista fyra siffrorna i personnumret) gäller samma regler som för länsbor.

Berättigad vård ska ges även om patienten inte har möjlighet att betala vid tidpunkten när de får vård.

EU/EES-länder

EU/EES-länderna är Belgien, Bulgarien, Cypern, Danmark, Estland, Finland (inkl Åland), Frankrike, Grekland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz (EES-avtal gäller), Tjeckien, Tyskland, Ungern, Österrike. För att styrka sin rätt till medicinskt nödvändig vård i Sverige, ska patienter från EU-länderna kunna uppvisa det europeiska sjukförsäkringskortet.

För Storbritannien som nu har genomfört Brexit finns samarbetsavtal med EU. Brittiska medborgare från *Förenade kungariket Storbritannien och Nordirland* (omfattar även Skottland och Wales) har som innan rätt till nödvändig vård precis som de medborgare som tillhör EU. Dessa samarbetsavtal innebär att det i nuläget finns olika varianter av brittiska s.k "EHIC-kort". Det gamla EU-kortet gäller fortfarande förutsatt att kortets giltighetstid gäller,

men det finns även nya kort som utfärdas av brittiska myndigheter. Ett av korten gäller inom hela EU, ett annat kort gäller endast i specifikt angett land. Exempel på hur dessa kort ser ut och mer information finns i bilagan "Utländska patienter" (observera att det precis som innan även kan finnas provisoriska intyg utfärdade av brittisk myndighet).

Patienter från **de nordiska länderna** behöver inte visa upp ett EU-kort, men i ansökan till Försäkringskassan måste det finnas med uppgifter på patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Svenskt EU-kort gäller inte i Sverige.

När vi debiterar Försäkringskassan för dessa patienter ska kopia på deras EU-kort bifogas. Det är sidan med "stjärncirkeln" som ska kopieras. Vid osäkerhet, ta kopia på båda sidor. Se länk hur EU-kortet ser ut i andra länder:

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=sv> .

Blanketterna E110, E111, E119 och E128 accepteras inte av Försäkringskassan.

EU-medborgare utan EU-kort

Om EU-medborgare utan EU-kort söker vård ska lagen om vård till tillståndslösa inte tillämpas då det strider mot likställighetsreglerna för EU-medborgare. De s.k EU-migranterna ingår alltså inte i definitionen "tillståndslösa".

Om en person från annat EU/EESland söker vård och inte har ett EU-kort att visa upp ska de debiteras hela summan för vården via faktura till sin hemadress. De har sedan möjlighet att i efterhand kontakta sin motsvarighet till Försäkringskassa i sitt hemland och ev. få tillbaka sina pengar. Denna rutin ska tillämpas på alla EU-medborgare som saknar EU-kort.

EU-medborgare har endast rätt till akut- och nödvändig vård. Planerad vård är de hänvisade att göra i sitt hemland.

Hälso- och sjukvård till barn från andra länder

Barnkonvention säger att alla barn har samma rättigheter och lika värde, inga får diskrimineras. I artikel 24 står det att alla barn har rätt till hälso- och sjukvård. Däremot så innebär inte det att alla barn ska ha rätt till *avgiftsfri* vård.

Region Jönköpings län har avgiftsfri hälso- och sjukvård för barn, och tandvård är också avgiftsfri för barn. Detta gäller folkbokförda barn och ungdomar under 20 år eller de som kan påvisa rätt till subventionerad vård. Barn under 18 år med rätt till subvention omfattas nationellt av samma rättigheter som länsbarn och följer barnhälsovårdens, skolhälsovårdens och folktandvårdens basprogram.

Asylsökande eller tillståndslösa barn har rätt till sjukvård på samma sätt som länsbarn kostnadsfritt. Tandvård för asylsökande och tillståndslösa som fyllt 18 år debiteras enligt gällande tandvårdstaxa.

Utländska barn och ungdomar under 20 år, som omfattas av sjukvårdskonvention eller EES-avtalet, betalar ingen patientavgift för nödvändig vård. Från och med 20-årsdagen gäller vanlig patientavgift. Försäkringskassan debiteras (enligt prislista för utomlänsvård). Kopia av EU-kortet bifogas för EES-patienter och ID-handling för konventionspatienter. Om patienten saknar EU-kort eller inte omfattas av sjukvårdskonvention ska vårdkostnad enligt gällande prislista för utomlänsvård betalas.

Gäller det övriga utländska medborgare som inte är folkbokförda, t.ex. turister som inte kan påvisa sin rätt till subventionerad vård i Sverige, så fulldebiteras de vården på samma sätt som vuxna enligt gällande prislista för utomlänsvård.

Målgrupper med rätt till kostnadsfri hälsoundersökning inom regionen

Barn och ungdomar som kommer till Sverige för att stanna permanent eller för en längre tid, har behov av en hälsoundersökning så snart som möjligt efter ankomst.

- Flyktingbarn/asylsökande med eller utan förälder.
- Anknätningsbarn som kommer till förälder som redan finns i Sverige
- Barn som immigrerar till Sverige med en eller två föräldrar

- Adoptivbarn
- Barn och ungdomar från östra och sydöstra Europa

Behovet och omfattningen av hälsoundersökning varierar beroende på vilket land barnet kommer från. Barn från Skandinavien, Centraleuropa, USA, Canada, Australien och Nya Zeeland behöver normalt ingen hälsoundersökning.

Konventionsländer

Konventionsländerna är Algeriet, Australien, Québec och Israel.

Danmark, Norge, Island, Finland och Sverige tillhör den Nordiska konventionen.

Patienter från de nordiska länderna behöver inte visa upp ett EU-kort, men i ansökan till Försäkringskassan måste det finnas med uppgifter på patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Patientavgifter för akut sjukvård för utländska medborgare

OBS!! Kopia tas på patientens id-handling/pass om patienten inte kan betala vid vårdtillfället.

Algeriet	Patienten ska kunna styrka sin algeriska identitet med försäkringsintyg eller pass. Betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Patienten betalar 100 kronor/vårddygn för akut slutenvård. Resten enligt DRG-poäng faktureras försäkringskassan. Kopia på patientens id-handling medsändes till FK.
Australien	Patienten ska kunna styrka sin nationalitet med pass eller försäkringsintyg. Betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Patienten betalar 100 kronor/vårddygn för akut slutenvård. Resten enligt DRG-poäng faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens id-handling medsändes till FK
Israel	Konventionen gäller endast vid förlossningsvård. Patienten ska kunna uppvisa intyg från behörig institution (försäkringskassa). För akut slutenvård betalar patienten 100 kronor/vårddygn. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.
Québec	Personer från staten Quebec som arbetar eller studerar i Sverige samt medföljande familjemedlemmar till sådana betalar som svenskar för sjukvård (vistelsetid max ett år). Resten enligt regionavtalet (öppen vård) och DRG-poäng (sluten vård) debiteras försäkringskassan. Patienten ska uppvisa dels ett försäkringsintyg från Quebec och dels ett intyg om arbetstillstånd eller om inskrivning vid läroanstalt i Sverige och omfattas av den svenska lagstiftningen om studiestöd.
Belgien, Bulgarien, Estland, Frankrike, Grekland, Italien, Lettland, Kroatien, Lichtenstein,	Förordning (EEG) 883/2004 reglerar rätten till vård i andra EU/EES-länder. De personer som är försäkrade enligt dessa regler ska kunna intyga sin rätt till vård i

Litauen, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Schweiz, Spanien, Tyskland, Ungern, Österrike	<p>Sverige till vanliga patientavgifter genom att visa upp det Europeiska sjukförsäkringskortet (EU-kortet), eller provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller annat intyg som ger rätt till vård i Sverige (nödvändig vård). Reglerna gäller vid tillfälligt besök i Sverige, samt när vårdbehovet har uppstått under vistelsen här.</p> <p>Patienten betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten enligt regionavtalets taxa faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens EU-kort medsändes (kopior på kortets fram- och baksida). Saknar patienten EU-kortet, ska hen betala 2.334 kr för ett läkarbesök inom primärvård och specialiserad vård och 852 kr för sjukvårdande behandling. Vid akut slutenvård betalar patienten 100 kronor/vårddygn om hen innehar EU-kortet. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.</p>
Danmark, Finland, Island och Norge	<p>Patienten betalar 250 kronor för ett öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten upp till regionavtalet faktureras FK. För akut slutenvård betalar patienten 100 kronor/vårddygn. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.</p> <p>Krav: uppgifter om patientens namn och fullständiga adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort) medsändes till FK.</p>
Förenade kungariket Storbritannien och Nordirland (UK) – omfattar även Skottland och Wales	<p>För att ha rätt till nödvändig vård måste brittiska medborgare kunna uppvisa ett kort (EU-kort eller EHIC-kort) eller provisoriskt intyg utfärdat av brittiska myndigheter. Se bilaga <i>utländska patienter</i> för bilder på dessa kort.</p> <p>Patienten betalar 250 kronor för ett akut öppenvårdsbesök i specialistsjukvården och i primärvården. Resten enligt regionavtalets taxa faktureras försäkringskassan. Kopia av patientens EU-kort medsändes (kopior på kortets fram- och baksida). Saknar patienten EU-kortet, ska hen betala 2.334 kr för ett läkarbesök inom primärvård och specialiserad vård och 852 kr för sjukvårdande behandling. Vid akut slutenvård betalar patienten 100 kronor/vårddygn om hen innehar EU-kortet. Resten enligt DRG-poäng faktureras FK.</p>
Övriga länder	Patienter från övriga länder betalar full avgift enligt

	regionavtalet, 2.334 kr för läkarbesök och 852 kr för sjukvårdande behandling. För akut slutenvård betalar patienten enligt DRG-prislista.
--	--

Reservnummer (A- respektive C-nr)

Patienter från andra länder har oftast sex siffror i sitt personnummer. Våra vårdsystem behöver tio siffror för att kunna registrera patienten. Under dagtid erhålls C-nr/reservnummer (då patienten ej kan identifiera sig) hos Kundservice på IT-centrum, telefon 010-241 41 41. På kvällar och helger kontaktas receptionen vid länets akutmottagningar. A-nr (används när personen kan identifieras) kan klinikerna själva erhålla och registrera i Cosmic.

Utlandssvenskar - definition av utlandssvensk

Svensk medborgare utflyttad från Sverige. För planerad vård gäller att den ges i det landsting man flyttade ut från för att den ska gälla som subventionerad vård.

För barn födda utomlands av svenska föräldrar eller ena parten är svensk, gäller att barnet har ett svenskt medborgarskap, helt eller dubbelt, för att få subventionerad vård. Som hemlandsting gäller det som föräldrarna/föräldern flyttade ut från.

Utlandssvenskar skall kunna uppvisa ett giltigt svenskt pass.

Utlandssvenskar som bor i ett EU/EES-land

Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. De måste styrka sin rätt till akut sjukvård i Sverige genom EU-kortet (i detta fall gäller inte det svenska EU-kortet utan ett EU-kort utfärdat i det land som personen nu är folkbokförd i). Försäkringskassan faktureras sedan resterande kostnad och kopia på EU-kortet bifogas. Om patienten inte har EU-kort måste hen betala full avgift enligt öppenvårdsprislistan för utomlänsvård.

För att få planerad vård i Sverige ska patienten styrka denna rätt med intyg E112 från sitt bosättningsland. Försäkringskassan faktureras sedan resterande kostnad. Om patienten inte har detta intyg måste hen betala fullt pris enligt regionprislistan.

Pensionärer som bor i ett EU/EES-land

Pensionärer med svensk pension som är bosatta i ett annat EU-land och som reser till Sverige har rätt till fullständig vård till vanlig patientavgift. Deras svenska EU-kort gäller inte här i Sverige, de måste uppvisa ett intyg från svenska försäkringskassan: *"Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz"*.

Studerande (utlandssvensk) som bor i ett EU/EES-land

Studenter som är folkbokförda i Sverige får sjukvård på samma villkor som länsbor. Rätten till dessa förmåner kan kvarstå även när studenten inte är folkbokförd i Sverige. Studenter som omfattas av svensk socialförsäkring har även rätt till akut- (nödvändig) och planerad sjukvård i Sverige till samma avgift som länsbor. Förutsättningen är att Försäkringskassan har bedömt att de fortfarande har rätt att omfattas av svensk socialförsäkring. Försäkringskassan utfärdar i dessa fall ett intyg till studenten: *"Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer som studerar i ett annat EU/EES-land eller Schweiz"*. Detta intyg ska visas upp när de söker sjukvård i Sverige och de betalar då samma avgift som länsbor.

Om studenten omfattas av studielandets socialförsäkring har de endast rätt till akut- (nödvändig) sjukvård i Sverige till samma avgift som länsbor. Då krävs ett EU-kort som är utfärdat i studielandet.

Studerande i nordiska länder måste kunna lämna uppgifter på fullständig adress i hemlandet samt en kopia på ID-handling (ID, körkort, pass eller EU-kort).

Utlandssvenskar bosatta i ett konventionsland

Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. Resten faktureras Försäkringskassan. Kopia på patientens ID-handling bifogas.

Patienten betalar 6 x slutenvårdsavgiften för ett öppenvårdsbesök när det handlar om planerad vård. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden. Denna rättighet gäller bara i den region patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige.

Utlandssvenskar bosatta i Kanada, Nya Zeeland, USA, Monaco eller Andorra

Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.

För planerad sjukvård betalar patienten hela vårdkostnaden själv. Planerad vård måste sökas i den region där patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige.

Utlandssvenskar bosatta i övriga länder utan konventioner eller utanför EU/EES

Patienten betalar samma patientavgift som länsbor för akut sjukvård. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.

För planerad sjukvård betalar patienten 600 kronor/besök (6 x slutenvårdsavgift). För slutenvård är kostnaden 1 000/vårddyg (10 x slutenvårdsavgift).

Denna rättighet gäller bara i den region där patienten var folkbokförd när hen flyttade från Sverige. Vårdregionen svarar för den resterande kostnaden.

Vissa utlandssvenskar i utvecklingsländer

Vissa missionärer, präster och volontärer i utvecklingsländer **kan** ha rätt till öppen vård till samma kostnad som länsbor. De **kan** också ha rätt till slutenvård (akut och planerad) till den högsta slutenvårdsavgiften för länsbor, 100 kronor (vårdregionen svarar för den resterande kostnaden). Förutsättningen är dock att dessa personer fortfarande tillhör Svensk Försäkringskassa, och detta måste kontrolleras med FK. I annat fall går dessa som enligt texten ovan ("*Utlandssvenskar bosatta utanför EU/EES*").

Studerande från EU/EES-land

Studerande från EU/EES-land har rätt till nödvändig vård, förebyggande mödra- och barnhälsovård, förlossningsvård samt kontrollundersökningar. Detta under förutsättning att studenten kan uppvisa EU-kortet från behörig institution i sitt hemland.

Under förutsättning att studenten kan styrka sin rätt till vårdförmån genom att uppvisa EU-kortet, betalar personen i fråga samma vårdavgift som bosatta inom regionen. Därefter faktureras försäkringskassan den resterande vårdkostnaden.

Studerande från icke EU/EES-land

Utländsk student (ej EU/EES), som ska studera i Sverige i mer än ett år, måste ha ett uppehållstillstånd. I och med att ett uppehållstillståndet sträcker sig över ett år så har man rätt att bli folkbokförd i Sverige och erhålla de fyra sista siffrorna i personnumret. Regionen har vårdansvaret och man är att jämställa med övriga länsbor. Att bli folkbokförd är dock något personen själv ansöker om hos Skatteverket, det är inget som sker automatiskt.

Arbetande i Sverige från annan EU/EES-stat

Personer som arbetar i Sverige under högst 12 månader, som kommer från andra EU/EES-stater, använder sitt EU-kort. En del av dessa personer kan också ha ett samordningsnr pga skattebetalning. Detta **kan** betyda att de eventuellt tillhör svensk försäkringskassa (FK). FK betalar i så fall ersättning till regionen för både nödvändig och planerad vård för denna kategori patienter som inte är bosatta i Sverige. Personen kan ha ett svenskt arbetsgivarintyg som utfärdats av arbetsgivaren men måste även ha intyget "*Intyg om rätt till vårdförmåner i Sverige för personer bosatta i ett annat EU/EES-land eller Schweiz*". Samordningsnummer behöver alltså inte betyda att de har rätt till vård, intyg måste finnas, kontakta FK för kontroll. Om anställningstiden överskrider 12 månader bör personen ifråga folkbokföra sig i Sverige och har då tillgång till hälso- och sjukvården som övriga bosatta i regionen.

Samordningsnummer

Om en person ska vistas kortare tid i Sverige än ett år får personen ett kortare uppehållstillstånd och eventuellt ett samordningsnummer (ett måste för att personen t ex ska kunna betala skatt). Ett ex på ett samordningsnummer kan vara följande: 19521075-xxxx om personen är född 15:e okt 1952 (talet 60 läggs till på födelsedatum, 60+15, i detta fall 75). Samordningsnummer behöver inte betyda att de har rätt till vård, Försäkringskassan måste kontaktas för att kontrollera om de tillhör svensk försäkringskassa eller inte.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 112

Bilaga till budget 2023 - Egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet i Region Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2022/75

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Överlämna förslag till egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet för 2023.

Sammanfattning

Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar i föreliggande dokument sitt förslag till egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet för 2023.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-03
- Bilaga till budget 2023 - Egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet 2023

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

Egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet 2023

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Överlämnar förslag till egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet för 2023.

Sammanfattning

Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar i föreliggande dokument sitt förslag till egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet för 2023.

Information i ärendet

En ny egenavgift för uppladdningsbara hörapparater införs samt avgifter och bidrag för livsmedel för medicinska ändamål räknas upp med förändring i konsumentprisindex.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-03
- Bilaga till budget 2023 - Egenavgifter och bidrag inom hjälpmedelsområdet 2023

Beslut skickas till

Regionstyrelsen

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Hörsel

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Hörapparat	0 kr	< 20 år	
Hörapparat/ljudstimulerare	500 kr	> 20 år	
Hörapparat/ljudstimulerare (uppladdningsbar)	1 200 kr	> 20 år	

Syn

Område	Bidrag	Målgrupp	Speciella regler
Glasögon kategori I*	Max 800 kr	< 8 år	Bidrag ges per ordinationstillfälle. Barn som behöver glasögon. Särskilda regler finns.
Bidrag till glasögon eller kontaktlinser*	Max 800 kr	8 år < 19 år	Bidrag ges en gång per 12 mån. Särskilda regler finns.
Tandemcykel	Max 5000 kr	Barn och vuxna med svår synnedsättning/blindhet	Cykeln tillfaller brukaren. Service och reparationer bekostas av brukaren.

* Bidraget dras av på kostnaden för glasögonen. Optikern/glasögonbutiken registrerar bidraget i webSESAM och skickar originalrecept/kvitto och faktura till:

Region Jönköpings län
Fakturaenheten
Box 1024
551 11 Jönköping

Rörelse

Område	Bidrag	Målgrupp	Speciella regler
Bilanpassning	Max 3/4 basbelopp	Personer med speciella behov som ej ingår i FK:s regler för bilstöd	Se särskilda regler länk
Trehjulig cykel	500 kr (egenavgift)	< 20 år eller t o m 20" hjulstorlek	Avgift per cykel. Cykeln ägs av huvudmannen och skall lämnas tillbaka när den ej längre används.
Trehjulig cykel	50% av cykelns inköpspris, inkl tillbehör inkl moms	> 20 år eller > 20" hjulstorlek	Cykeln tillfaller brukaren. Service och reparationer bekostas av brukaren.
Däck och slang till drivhjul på manuell rullstol	Eget ansvar	Person med manuell rullstol	Personen rekommenderas vända sig till konsument marknaden. HMC erbjuder byte till självkostnadspris.

Träning, vård och behandling

Område	Avgift	Målgrupp	Speciella regler
CPAP	150 kr/mån	Personer med obstruktivt sömnapné syndrom	*
Kompressionsstrumpa, standard**	170 kr/ uttag	Se särskilda regler	Bidrag ges till max 4 eller 8 par/år beroende på kompressionsgrad
Kompressionsstrumpa, måttbeställd	240 kr/ uttag		
Kompressionsutrustning	150 kr/mån	Se särskilda regler	*
UVB-lampa	150 kr/mån		*
TENS	150 kr/mån	Smärtlindring	
	300 kr/tillfälle	Smärtlindring vid förlossning/graviditet	

* Högkostnadsskydd för behandlingshjälpmedel är **1.800** kr per 12-månaders period.

** Enklare strumpor med låg kompression, där medicinsk ordination saknas, kan köpas i handeln och är egenansvar.

Hårsättning

Område	Bidrag/år	Målgrupp	Förskrivning gäller
Hårsättning	max 8 000 kr inkl. moms	Permanent håravfall	5 år
Hårsättning	max 8 000 kr inkl. moms	Tillfälligt håravfall	1 år
Tatuering	max 8 000 kr inkl. moms	Permanent håravfall 2 * max 8000 kr	5 år
Tatuering	-	Tillfälligt håravfall	-

Ortopediska skor

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Ortopediska skor, stövlar och kängor	50% av totalpris, max 600 kr	< 20 år	Bidrag lämnas till max 4 par per år
Ortopediska skor	50% av totalpris, max 1000 kr	> 20 år	
Ortopediska kängor och stövlar	50% av totalpris, max 1100 kr	> 20 år	
Skoändringar	150 kr/sko		Bidrag lämnas till max 4 ändringar per år
RA-toffel	50% av totalpris, max 700 kr		Bidrag lämnas till max 4 par per år

Egenavgift för skor är inte högkostnadsgrundande.

Ortoser

Område	Egenavgift	Målgrupp	Speciella regler
Ortos, nack, hals och bål	250 kr per utprovad ortos *	> 20 år	Se särskilda regler
Ortos, övre och nedre	250 kr per utprovad ortos *	> 20 år	Se särskilda regler
Ortos, tumme	100 kr per utprovad ortos *	> 20 år	
Ortos, fingrar	100 kr per utprovad ortos *	> 20 år	
Ortos	0 kr	< 20 år	

* Endast en egenavgift vid bilateral behandling och/eller av hygieniska skäl se särskilda regler.

Egenavgift tas ut även för inneliggande patienter om hjälpmedlet tas med vid utskrivning. Avgift för ortoser är inte högkostnadsgrundande.

[Läs mer: Prislista ortoser](#)

Livsmedel för medicinska ändamål

Ett uttag ska täcka näring för en månads behov.

Område	Egenavgift/ bidrag (B)	Målgrupp	Speciella regler
Samtliga livsmedel för medicinska ändamål	120 kr/uttag	< 16 år	
Näringstillskott och sondnäring (enteral nutrition)	2 100 kr/uttag (1)	> 16 år	Helnutrition = mer än 90% av energibehovet
	1 050 kr /uttag (1)	> 16 år	Halvnutrition = 50 - 90% av energibehovet
	420 kr/uttag (1)	> 16 år	Tilläggsnutrition = mindre än 50% av energibehovet
Proteinreducerade livsmedel	300 kr/uttag	16-19 år	
	50% av verklig kostnad	>19 år	
Livsmedel för spannmålsallergi	300 kr/uttag	16-19 år	
	50% av verklig kostnad	>19 år	
Livsmedel vid medfödda metabola sjukdomar	300 kr/uttag	16-19 år	
	Avgift efter behov, hel-, halv- eller tilläggsnutrition (1)	>19 år	
Specialnutrition	50% av verklig kostnad	>19 år	
Glutenfria livsmedel	100 kr/mån (B) (2)	2 - 5 år	Diagnos celiaki ska vara verifierad med biopsi eller celiakispecifika antikroppar
	175 kr/mån (B) (2)	6 - 9 år	
	220 kr/mån (B) (2)	10 - 13 år	
	275 kr/mån (B) (2)	14 - 19 år	

(1) Avgiften räknas upp med förändring i konsumentprisindex januari månad de två åren som föregår budgetåret.

(2) Bidraget räknas upp med förändring i konsumentprisindex januari månad de två åren som föregår budgetåret. Bidraget betalas ut per kvartal i förväg.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 113

Policy för regionalt stöd till civilsamhället

Diarienummer: RJL 2022/1068

Beslut

Presidiet föreslår att nämnden föreslår regionfullmäktige

1. Anta Policy för regionalt stöd till civilsamhället, för de delar som avser nämndens ansvarsområde.
2. Policy för regionalt stöd till civilsamhället ersätter den gamla policyn benämnd Policy för bidragsgivning inom områdena folkhälsa och utbildning och kultur.

Sammanfattning

En översyn har genomförts av Policyn för bidragsgivning inom områdena folkhälsa och utbildning och kultur. Detta arbete har lett fram till en ny policy med namnet Policy för regionalt stöd till civilsamhället.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-02
- Förslag till ny policy för regionalt stöd till civilsamhället

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Presidiet föreslår att nämnden ska föreslå regionfullmäktige anta policyn för de delar som avser nämndens ansvarsområde.

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionfullmäktige

Policy för regionalt stöd till civilsamhället

Förslag till beslut

Nämnd för arbetsmarknad, näringsliv och attraktivitet samt nämnd för folkhälsa och sjukvård föreslår regionfullmäktige

1. Anta Policy för regionalt stöd till civilsamhället.
2. Policy för regionalt stöd till civilsamhället ersätter den gamla policyn benämnd Policy för bidragsgivning inom områdena folkhälsa och utbildning och kultur.

Sammanfattning

En översyn har genomförts av Policyn för bidragsgivning inom områdena folkhälsa och utbildning och kultur. Detta arbete har lett fram till en ny policy med namnet Policy för regionalt stöd till civilsamhället.

Information i ärendet

Policy för bidragsgivning inom områdena folkhälsa och utbildning och kultur reviderades senast under 2020 inom områdena folkhälsa och kultur. I samband med beslut gällande bidrag för år 2022 till pensionärsorganisationer, studiedistrikt, politiska ungdomsorganisationer och övriga ungdomsorganisationer gavs regional utveckling i uppdrag att se över fördelningsmodeller och handläggningsrutiner samt att ta fram reviderade förslag av policy och riktlinjer inför bidragsgivningen år 2023. Då nuvarande policy även inkluderar folkhälsoområdet och kulturstöd har ett utökat arbete gjorts som inkluderar även dessa verksamheter.

Arbetet har genomförts av handläggare från folkhälsa och regional utveckling, med representanter från flera sektioner. Utgångspunkt har varit nuvarande policy, regionens budget och vision samt den regionala utvecklingsstrategin (RUS).

Viss omvärldsbevakning har genomförts genom att söka motsvarande information hos andra regioner. I inledningsskedet genomfördes även en enkät till de som fått bidrag senaste året avseende pensionärsorganisationer, studiedistrikt, politiska ungdomsorganisationer samt övriga ungdomsorganisationer. Svarefrekvensen uppgick till 75 procent. Frågorna var i huvudsak inriktade på handläggningsrutiner som till exempel lämplig tidpunkt för inlämnande av

komplett ansökan samt upplevelsen vid förra ansökningsförfarandet samt hur man önskar genomföra dialoger med regional utveckling framöver.

Folkhälsa och kulturutveckling har sedan tidigare arbetat systematiskt med olika former av dialoger med de som erhåller regionalt stöd enligt denna policy. Med start till hösten 2022 kommer även övriga bidragsmottagare enligt denna policy att bjudas in till dialoger.

Sammanfattningsvis har följande revideringar genomförts:

- Rubriken ändras från Policy för bidragsgivning inom områdena folkhälsa och utbildning och kultur till Policy för regionalt stöd till civilsamhället.
- Skrivningen om den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är utbytt mot Region Jönköpings läns vision.
- Hållbarhetsperspektivet har tillkommit.
- Policyn är mer generell och skrivningar i policyn som enbart gällde en form av bidrag och dess handläggning har flyttats till riktlinjerna.
- Policyn är mer tydlig för vilka olika organisationer som den gäller för.
- Vissa begrepp är moderniserade.
- Ordet bidrag har ersatts av ordet stöd.
- Fördelning av stöden har flyttats till riktlinjerna.
- Studiedistrikt: syftet vad stödet ska användas till är ändrat från administration och utbildning till folkbildning.
- Politiska ungdomsorganisationer: ny skrivning om att organisationen ska vara verksam i minst fem kommuner och att moderpartiet ska vara representerat i regionfullmäktige.
- Pensionärsorganisationer: reviderad text från att ha lokalavdelning i minst fem av länets kommuner till att bedriva verksamhet i minst fem av länets kommuner. Vidare har även en skrivning lagts till om att pensionärsorganisationen ska tillhöra en riksorganisation.

Enligt Region Jönköping läns regler kring styrande dokument exkluderas riktlinjerna i detta beslut då dessa beslutas av respektive direktör.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-06-02
- Förslag till ny policy för regionalt stöd till civilsamhället

Beslut skickas till

Regional utveckling
Folkhälsa sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Karin Hermansson
Regional utvecklingsdirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Policy för regionalt stöd till civilsamhället

Denna policy avser stöd till organisationer inom folkhälsa (folkhälsa, funktionshinder och projekt) och regional utveckling (kulturbidrag samt stöd till ungdomsorganisationer, pensionärsorganisationer och studiedistrikt). Policyn utgår från Region Jönköpings läns vision ”För ett bra liv i en attraktiv region”, vilket innebär ett län med bra miljö, goda möjligheter till arbete, utbildning och utveckling, bra kommunikationer och ett rikt kulturliv.

Stöd ges till organisationer som arbetar länsövergripande, självständigt och kontinuerligt för att bidra till demokrati, social inkludering och en meningsfull fritid för länets invånare. Regionalt stöd ska utgå från regionens grundläggande värderingar och alla människors lika värde.

Stöden ska bidra till att:

- stärka och utveckla demokratin i hela länet
- ge invånare i hela länet möjlighet att påverka sin livssituation
- höja bildnings- och utbildningsnivån för invånare i hela länet
- ge bättre livskvalitet för länets invånare

Vid arbete med stöden är det särskilt viktigt att beakta:

- FN:s barnkonvention och deklarationen om de mänskliga rättigheterna
- ett mångfaldsperspektiv med tillgänglighet och användbarhet även för personer med olika funktionsnedsättning
- hållbar utveckling inom de tre dimensionerna social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet

Allmänna villkor för stöd

Verksamheter som får stöd från Region Jönköpings län ska vara demokratiskt uppbyggda och ha hälsofrämjande, inkluderande, ideologiska, opinionsbildande, demokratiska och/eller sociala funktioner.

Administrativa rutiner och beslutsordning

Ansökan

Ansökan om stöd ska ske via Region Jönköpings läns plattformar. Ansökan ska vara inlämnad senast sista ansökningsdatum och vara komplett med samtliga begärda handlingar. Sent inkommen eller ej fullständig ansökan handläggs inte.

Handläggning

Efter sista ansökningsdatum bereds ansökningar i enlighet med gällande riktlinjer.

Beslut

Beslut om stödets storlek fattas av politisk nämnd eller enligt delegationsordning.

Uppföljning och kontroll

Alla former av stöd ska återrapporteras i enlighet med framtagna riktlinjer i syfte att säkerställa att stöd används på ett korrekt sätt.

Ett stöd som inte används på det sätt som beslutats ska återbetalas. Återbetalningsskyldighet föreligger om beslut om stöd har fattats på felaktiga grunder, om villkor inte har uppfyllts, om medlen används felaktigt eller om redovisning uteblir.

Region Jönköpings län har rätt att ta del av räkenskaper och andra uppgifter som krävs för kontroll av beviljade stöd, i syfte att säkerställa att stöden används för avsedda ändamål. Uppföljning av beviljade stöd sker med föreningarna vid redovisning eller möten för att säkerställa att stödet används på rätt sätt.

Stöd inom folkhälsoområdet

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen". För att bidra till att uppnå målet har strategin "Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län" tagits fram på uppdrag av den politiska ledningen i Region Jönköpings län tillsammans med länets kommuner och andra aktörer.

Folkhälsoarbetet i regionen bedrivs i samverkan mellan en mängd aktörer, där civilsamhället är en viktig aktör. Tillsammans kan vi bidra till att stärka individer att påverka sin livssituation, öka sin livskvalitet och leva ett hälsosamt liv i ett socialt sammanhang. För att uppnå en mer jämlik hälsa är det av stort värde att samskapa med personer som annars har svårt att göra sin röst hörd i samhället.

Stödet kan sökas för hälsofrämjande och förebyggande insatser för att förbättra invånarens hälsa med fokus på en eller flera av de fyra hälsodimensionerna:

- Fysisk hälsa
- Psykisk hälsa
- Social hälsa
- Existentiell hälsa

Stöd inom Regional utveckling

Den regionala utvecklingsstrategin är en viktig utgångspunkt för att skapa attraktivitet och tillväxt tillsammans med andra aktörer i Jönköpings län där förmågan att attrahera, behålla och utveckla kompetenser företag och kapital är avgörande för att utveckla ett attraktivt och konkurrenskraftigt län. Det regionala stödet till studiedistrikt, ungdomsorganisationer och pensionärsorganisationer är en viktig del för att uppnå detta.

Stöd till studiedistrikt

Stöd kan utgå till studiedistrikt som är verksamma inom länet och som främjar länsinvånarnas behov och intressen av bildning, gemenskap och kultur. Studiedistriktet ska vara anslutet till ett studieförbund som får statsbidrag via Folkbildningsrådet samt ha verksamhet i minst fem av länets kommuner.

Studiedistriktet ska använda stödet för den regionala verksamheten i Jönköpings län för stöd och samordning av:

- folkbildning
- anordnande av kulturarrangemang

Syftet med stödet är att främja studiedistriktets utveckling att skapa likvärdiga förutsättningar och arbeta inkluderande för alla i länet.

Stöd till politiska ungdomsorganisationer

Stöd kan utgå till politiska ungdomsorganisationer som är verksamma i minst fem av länets kommuner. Dessutom ska moderpartiet vara representerat i regionfullmäktige.

Syftet med stödet är att främja barns och ungdomars demokratiska fostran genom engagemang och deltagande i samhällsutvecklingen.

Stöd till övriga ungdomsorganisationer

Stöd kan utgå till ungdomsorganisationer som är verksamma i minst fem av länets kommuner och som har en riksorganisation som får statsbidrag till sin centrala verksamhet. Organisationen ska ha minst 300 medlemmar bosatta inom länet i åldern 6-25 år.

Syftet är att stödja barn- och ungdomars engagemang i föreningslivet och därigenom medverka till en meningsfull fritid utifrån föreningens syfte och målsättning.

Stöd till pensionärsorganisationer

Stöd kan utgå till pensionärsorganisationer som bedriver verksamhet i minst fem av länets kommuner samt ha minst 1 000 pensionärsmedlemmar. Organisationen ska vara öppen för medlemskap för alla pensionärer och tillhöra en riksorganisation. Syftet med stödet är att främja pensionärers intressen.

Kulturstöd

Stödets syfte är att det ska bidra till att uppnå målen i den regionala kulturplanen och ges i form av fyra olika stöd.

Verksamhetsstöd

Stödet utgår till i länet verksamma organisationer (juridiska personer) som bedriver stadigvarande verksamhet inom kulturområdet i huvudsak och där verksamheten bedöms vara viktig i länets kulturpolitiska infrastruktur.

Arrangemangsstöd

Stöd i form av arrangörsstöd riktar sig till föreningar som genomför kulturarrangemang i Jönköpings län inom områdena dans, musik, teater, hemslöjd, bild och form, film och rörlig bild, bildning, litteratur samt museum och kulturarv.

Projektstöd

Stödet syftar till att stödja, bredda och förnya kulturlivet och öka tillgängligheten till kulturyttringar i hela länet och har tre delar; utveckling, etablering och produktion. Stödet kan sökas av juridiska personer såsom föreningar, bolag utan vinstintresse, stiftelser och kommuner.

Kultur- och arbetsstipendier

Region Jönköpings län delar varje år ut kultur- och arbetsstipendier för stöd och uppmuntran inom litteratur, folkbildning, dans, film och rörlig bild, musik, bild och form, hemslöjd, teater, museum och kulturarv.

Kulturstipendiet ska stödja och uppmuntra förtjänstfull verksamhet inom konstområdena. Arbetsstipendiet ska ge aktiva kulturarbetare möjlighet att under viss tid ägna sig åt kulturarbete utan avbrott eller för att ta tillvara idéer och uppslag samt stimulera till experiment inom det kulturella området.

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 114

Rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta

Diarienummer: RJL 2022/1418

Beslut

Presidiet föreslår nämnden föreslå regionfullmäktige

- Anta Sveriges Kommuner och Regioners rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp och kikhosta.

Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig positiv till och antar rekommendationen från Sveriges Kommuner och Regioner angående kostnadsfrihet oavsett ålder vid vaccination för mässling, röda hund, difteri, stelkramp och kikhosta.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-05-30
- Meddelande från styrelsen - Rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta Nr 9/2022, daterad 2022-05-20

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Regionfullmäktige

Rekommendation om kostnadsfri vaccination oavsett ålder

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård föreslår regionfullmäktige

- Anta Sveriges Kommuner och Regioners rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp och kikhosta.

Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig positiv till och antar rekommendationen från Sveriges Kommuner och Regioner angående kostnadsfrihet oavsett ålder vid vaccination för mässling, röda hund, difteri, stelkramp och kikhosta.

Information i ärendet

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner har beslutat 2022-05-20 att rekommendera regionerna enligt följande:

- att rekommendera regioner att erbjuda vaccination kostnadsfritt för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta
- att rekommendationen även avser både de som söker skydd enligt massflyktsdirektivet och asylsökande,
- att i skrivelse till regionerna rekommendera dem att godkänna och omgående tillämpa denna rekommendation.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-05-30
- Meddelande från styrelsen - Rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta Nr 9/2022, daterad 2022-05-20

Beslut skickas till

Sveriges Kommuner och Regioner
Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

2022-05-20

Regionstyrelserna

Meddelande från styrelsen - Rekommendation om kostnadsfrihet för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta

Ärendenr: 22/00614

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner har beslutat 2022-05-20 att rekommendera regionerna enligt följande:

att rekommendera regioner att erbjuda vaccination kostnadsfritt för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta

att rekommendationen även avser både de som söker skydd enligt massflyktsdirektivet och asylsökande,

att i skrivelse till regionerna rekommendera dem att godkänna och omgående tillämpa denna rekommendation

Vaccinationsprogram i Sverige

Det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige omfattar elva sjukdomar. Det fungerar väl genom att sjukdomsförekomsten är låg, vaccinationstäckningen är hög, förtroendet för programmet är högt. Detta regleras närmare genom Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2016:51) om vaccination av barn. Folkhälsomyndighetens uppföljning visar att i januari 2020 var 97 procent av 2-åringarna födda 2017 fullvaccinerade enligt det schema som gällde för dem.

Situationen i Ukraina

Som en konsekvens av Rysslands invasion flyr delar av civilbefolkningen i Ukraina för att söka skydd i andra länder, däribland Sverige. Folkhälsomyndigheten har publicerat en genomgång av de smittskyddsinsatser som myndigheten bedömer nödvändiga för personer från Ukraina som söker skydd i Sverige. I rapporten framgår att det 2018-2019 var ett utbrott av mässling i Ukraina. Uppföljningsdata tyder på att detta nu är under kontroll. Folkhälsomyndigheten gör dock bedömningen att det skulle kunna finnas luckor i vaccinationstäckningen för skyddet av mässling. I Ukraina är vaccinationstäckningen bland barn lägre än bland barn Sverige, konstaterar Folkhälsomyndigheten.

Med anledning därav rekommenderar Folkhälsomyndigheten regionerna att erbjuda vaccination mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta och att detta bör prioriteras oavsett ålder.

De flesta vacciner som ingår i det svenska barnvaccinationsprogrammet ges som kombinationsvacciner, dvs. vaccin mot flera sjukdomar ges i samma spruta tex ges MPR i ett kombinationsvaccin mot mässling, påssjuka och röda hund samt ett annat kombinationsvaccin där difteri, stelkramp, kikhosta, polio, Hib och hepatit B ingår.

För att få kunskap om vaccinationsläget gör regionerna en individuell medicinsk bedömning, som i stor utsträckning sker i samband med de hälsokontroller som regionerna genomför. Hälsokontroller erbjuds asylsökande och personer som får uppehållstillstånd enligt massflyktsdirektivet.

Smittskyddslagen

Utgångspunkten i smittskyddslagen är att kommuner och regioner är skyldiga att erbjuda människor vaccinationer mot smittsamma sjukdomar enligt nationella vaccinationsprogram i syfte att förhindra spridning av dessa sjukdomar i befolkningen. Programmen utgörs dels av allmänna vaccinationsprogram, dels av särskilda vaccinationsprogram för personer som ingår i riskgrupper. Det finns idag ett allmänt vaccinationsprogram – det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

Mässling är en anmälningspliktig och smittspårningspliktig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168) och smittskyddsförordningen (2004:255). Enligt 7 kap. 2 a § i smittskyddslagen (SML) är vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram kostnadsfria för patienten. De vaccin som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet framgår av bilaga 3 till smittskyddsförordningen (2004:255) som har rubriken Nationella vaccinationsprogram och ”underrubriken” Allmänt vaccinationsprogram för barn. Av prop. 2011/12:123 sid 76 (författningskommentaren) framgår beträffande 7 kap. 2 a § att vaccinationer som omfattas av nationella vaccinationsprogram är kostnadsfria för patienten. Det är således inte tillåtet för vårdgivarna att ta ut avgifter för dessa vaccinationer.

Vissa har tolkat detta som att det nationella vaccinationsprogrammet endast är till för barn och att det därför skulle vara möjligt att ta betalt av vuxna som vaccineras med vaccin som ingår i det nationella vaccinationsprogrammet. SKR gör dock tolkningen att inte kostnadsfriheten styrs av underrubriken ”Allmänt vaccinationsprogram för barn” utan av syftet enligt smittskyddslagen med de nationella programmen som är att förhindra spridning av aktuella sjukdomar i befolkningen och att detta åstadkoms genom vaccinationsprogrammet som börjar med barnen. En tolkning av smittskyddslagen är således att alla vaccin i nationella vaccinationsprogram skulle kunna vara kostnadsfria för vuxna om regionen inte beslutat att de ska ta ut en avgift för dem.

När det gäller kostnadsansvaret för vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen framgår av 7 kap. 4 a § SML att regioner har kostnadsansvar för vaccinationer som

ingår i nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 f § första stycket SML. Vidare framgår av 2 kap. 3 f § första stycket SML att den som omfattas av 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska av regionen erbjudas vaccinationer mot smittsamma sjukdomar som ingår i nationella vaccinationsprogram. De som omfattas av 8 kap. 1 § HSL är de som är bosatta inom regionen eller de som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Av 8 kap. 1 § HSL framgår även att regionen i övrigt ska verka för en god hälsa hos befolkningen, vilket i detta sammanhang skulle kunna tolkas som att erbjuda vaccin kostnadsfritt till befolkningen är i linje med detta mål. I prop. 1981/82:97 sid 33 som gäller frågan om att regionen ska verka för en god hälsa sägs ”Genom vaccinering har vidare smittkoppsjukdomen totalt utrotats från jorden samt polio och difteri så gott som helt försvunnit från vårt land. Genom olika vetenskapliga undersökningar har påvisats vissa vaccinationers stora samhällsekonomiska lönsamhet. Förestående åtgärder inom detta område är vaccination mot mässling, röda hund och påssjuka i stor skala.”

Vaccination utan avgift för den enskilde

Enligt förbundet ska inte någon enskild oavsett ålder av ekonomiska skäl avstå från erbjudandet om vaccination mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta.

Därför rekommenderar SKR regioner att erbjuda vaccination kostnadsfritt för alla oavsett ålder som vid medicinsk bedömning anses ha otillräckligt skydd mot mässling, röda hund, difteri, stelkramp, polio och kikhosta. Beslutet omfattar därmed också asylsökande och de som erbjuds vård på samma sätt som asylsökande.

Ett ytterligare motiv till att införa generell avgiftsfrihet i hela landet är att det minskar den administrativa bördan för regionerna. Ytterligare ett skäl för kostnadsfrihet är att det inte går att utesluta att vaccinationstäckningen skulle riskera att bli lägre om ett kostnadskrav infördes. De erfarenheter som finns visar att när regionerna började införa avgiftsfrihet för vaccination mot den vanliga influensan ökade på samma gång benägenheten hos olika riskgrupper att vaccinera sig.

Skolans roll Av 2 kap. 3 f § smittskyddslagen (2004:168) framgår att regionen och huvudmannen för elevens utbildning ska erbjuda de vaccinationer mot smittsamma sjukdomar som ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn.

Sveriges Kommuner och Regioner



Anders Knape
Ordförande

Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 101-117

Tid: 2022-06-08 kl. 08:30

Plats: Ateljén, plan 6, Rosenlunds vårdcentrum

§ 115

Remiss av betänkandet E-recept inom EES

Diarienummer: RJL 2022/578

Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag E-recept inom EES- SOU 2021:102.

Region Jönköpings län ställer sig positiv till att området inom e-recept regleras och att en ny lag föreslås för reglering av E-hälsomyndighetens personuppgiftshantering.

Region Jönköpings län har farhågor gällande påverkan på kommunal ekonomi. Kostnader skulle kunna öka om ersättningsanspråk inte stämmer med regionernas, ofta sekretessbelagda, läkemedelsavtal. Tjänsten skulle även kunna underlätta för att systematiskt kringgå svenska rekommendationer och subventionsregler.

Region Jönköpings län anser att socioekonomiska aspekter behöver beaktas när patient betalar vid expediering av läkemedel.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-05-31
- Förslag till yttrande daterat 2022-06-21

Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

E-recept inom EES, SOU 2021:102

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag E-recept inom EES- SOU 2021:102.

Region Jönköpings län ställer sig positiv till att området inom e-recept regleras och att en ny lag föreslås för reglering av E-hälsomyndighetens personuppgiftshantering.

Region Jönköpings län har farhågor gällande påverkan på kommunal ekonomi. Kostnader skulle kunna öka om ersättningsanspråk inte stämmer med regionernas, ofta sekretessbelagda, läkemedelsavtal. Tjänsten skulle även kunna underlätta för att systematiskt kringgå svenska rekommendationer och subventionsregler. Region Jönköpings län anser att socioekonomiska aspekter behöver beaktas när patient betalar vid expediering av läkemedel.

Information i ärendet

Utredningen har haft som uppdrag att utreda vad som krävs för en patientsäker och effektiv process för e-recept inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) och att föreslå de åtgärder som krävs för en sådan process.

Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2022-05-31
- Förslag till yttrande daterat 2022-06-21

Beslut skickas till

- Socialdepartementet
- Regionledningskontoret - folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälsa- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

E-recept inom EES SOU 2021:102

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade betänkande E-recept inom EES SOU 2021:102.

Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig positiv till att området inom e-recept regleras och att en ny lag föreslås för reglering av E-hälsomyndighetens personuppgiftshantering.

Region Jönköpings län har farhågor gällande påverkan på kommunal ekonomi. Kostnader skulle kunna öka om ersättningsanspråk inte stämmer med regionernas, ofta sekretessbelagda, läkemedelsavtal. Tjänsten skulle även kunna underlätta för att systematiskt kringgå svenska rekommendationer och subventionsregler. Region Jönköpings län anser att socioekonomiska aspekter behöver beaktas när patient betalar vid expediering av läkemedel.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län inkommer härmed med synpunkter och vill inledningsvis framhålla att Region Jönköpings län ställer sig positiv till att området inom e-recept regleras och att en ny lag föreslås för reglering av E-hälsomyndighetens personuppgiftshantering.

7.7.3 När patienten är ett barn

Region Jönköpings län anser att tjänsten e-recept över landsgränser bör tillgängliggöras även för barn. Framtida regelverk bör dock överväga huruvida det finns utrymme att utgå från barnets biologiska ålder snarare än en mognadsbedömning i det enskilda fallet.

7.7.1. Skyddade personuppgifter

Region Jönköpings län instämmer i utredningens bedömning att det i dag saknas förutsättningar att hantera personer med skyddade personuppgifter i tjänsten.

9.10. Den registrerades inställning till personuppgiftsbehandlingen

Tjänsten e-recept över landsgränserna kan innebära en potentiell ökad spridning av känsliga personuppgifter. Region Jönköpings län ställer sig därför positiv till att utredningen föreslagit ett integritetshöjande samtycke för att värna om patientens integritet. Med det sagt finns det risk för att det integritetshöjande samtycket förväxlas med den rättsliga grunden samtycke. Fortsatt utredning bör ske för att utröna huruvida andra alternativa integritetshöjande åtgärder kan nyttjas istället.

Utifrån principen om uppgiftsminimering vill Region Jönköpings län även anföra att det integritetshöjande samtycket bör kunna avgränsas till särskilt EES-land, det torde ej vara särskilt vanligt förekommande att patient behöver hämta ut e-recept inom hela EES.

11.2.8 Konsekvensbedömning avseende dataskydd

I förslaget återfinns även skrivelse angående konsekvensbedömning avseende dataskydd. Region Jönköpings län ställer sig positiv till att en sådan görs redan i lagstiftningsarbetet. Av utredningen framgår det dock att konsekvensbedömningen sannolikt behöver kompletteras av de inblandade personuppgiftsansvariga avseende de mer praktiska, tekniska och organisatoriska förutsättningarna för behandlingen. Region Jönköpings län bedömer, mot bakgrund av att någon ny personuppgiftsbehandling ej tillkommer för vårdgivare, att varken regioner eller kommuner behöver genomföra någon egen konsekvensbedömning enligt dataskyddsförordningen vad gäller användningen av tjänsten.

12.2.1 Pappersrecept inom EES

Utredningen bedömer inte pappersrecept inom EES. Likaså har utredningen inte haft möjlighet att utreda båda typerna av recept (pappersrecept och e-recept över landsgränser) gemensamt i delbetänkandet.

Vikten av att pappersrecept utreds gemensamt med e-recept över landsgränser kan inte nog belysas. Utredningen säger sig föreslå en helhetslösning för e-recept över landsgränser, dock kommer båda recepttyperna att vara i omlopp, vilket drabbar både patient, förskrivare samt expedierande farmaceut i de fall tydlighet kring hantering och reglering skiljer sig åt.

12.4.3 Överväganden och förslag till ändringar i läkemedelslagen

Region Jönköpings län instämmer i bedömningen att narkotikaklassade och andra särskilda läkemedel inte ska omfattas av tjänsten.

13.2.1 Digitala vårdtjänster och e-recept över landsgränser

Tjänsten e-recept över landsgränser antas medföra en ökning av patienter som hämtar ut sina e-recept i ett annat EES-land. Detta kommer i så fall också leda till en ökad administration för regionerna på grund av fler ersättningsärenden och ett komplext regelverk. Hur omfattande ökningen kommer att bli är svår att förutse, men Region Jönköpings län kan inte helt instämma i utredningens bedömning att utredningens förslag inte skulle ha konsekvenser för den kommunala ekonomin (i avsnitt 15.10). Det är därför av största vikt att den verkliga användningen av tjänsten noga följs och utvärderas och att regionerna ersätts för eventuella kostnadsökningar.

Det finns även risker för andra kostnadsdrivande konsekvenser än ökad administration. En risk som särskilt betonats är att kostnader skulle kunna öka om ersättningsanspråken inte stämmer med de avtal som regionerna har med läkemedelsbolag, ofta med vissa sekretessbelagda villkor. För vissa sär-läkemedel kan det gälla miljonbelopp per patient. Det finns också farhågor att tjänsten i värsta fall skulle kunna underlätta för ett systematiskt kringgående av svenska rekommendationer och subventionsregler. Allt detta behöver också följas upp när tjänsten börjat användas, och en ansvarig myndighet bör utses för uppföljningen.

Ytterligare synpunkter

Region Jönköpings län anser att de socioekonomiska aspekterna på vad patienten ska betala vid expediering av läkemedel behöver belysas i det vidare arbetet med tjänsten.

Region Jönköpings län önskar ett klagörande om hur ikraftträdandet av författningsändringarna påverkas om nationella läkemedelslistan (NLL) försenas. Implementeringen av NLL är tidspressat, vilket har framhållits av flera aktörer. Ingen region har i nuläget en fastställd tidsplan för komplett implementering, som enligt lag ska ske senast den 1 maj 2023. Om införandet av tjänsten är beroende av att vårdgivare och apoteksaktörer anslutit sina system till NLL ser regionen att fokus först bör läggas på införandet av NLL och att detta nationellt sett blir ett fungerande system innan fokus läggs på införandet av e-recept över landsgränser med hänsyn taget även till E-hälsomyndighetens resursfördelning samt grunduppdrag att förmedla alla elektroniska recept i Sverige. Tidsplanen för införandet av tjänsten e-recept över landsgränser bedöms med hänsyn till ovanstående inte vara rimlig.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande i nämnd för folkhälsa
och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

From: Omid Mavadati
Sent: Thu, 31 Mar 2022 10:17:49 +0000
To: Bijelic Eriksson Nathalie
Cc: S Registrator; S Remissvar
Subject: Sv: S2022/00623 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län

Hej,

Vi behöver dessvärre komma vidare med beredningsarbetet och det är därför inte är möjligt att bevilja den tid som efterfrågas. Ni kan komma in med ett tjänstemannasvar och sedan bekräfta eller komplettera det svaret när nämnden fattat beslut.

Mvh
Omid

Omid Mavadati
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Mobil 073-0494623
omid.mavadati@regeringskansliet.se
www.regeringen.se



Regeringskansliet

Från: Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
Skickat: den 31 mars 2022 11:40
Till: S Remissvar <s.remissvar@regeringskansliet.se>
Kopia: Omid Mavadati <omid.mavadati@regeringskansliet.se>
Ämne: S2022/00623 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
Prioritet: Hög

Hej,

Region Jönköpings län har mottagit ovan rubricerat ärende *Remiss av betänkandet E-recept inom EES SOU 2021:102* och önskar inlämna remissvar. På grund av fastställda mötesdatum för ansvarig beslutsinstans Nämnd för folkhälsa och sjukvård önskar vi begära anstånd och inkomma med vårt yttrande **den 21 juni 2022**.

Tacksam för er återkoppling så snart som möjligt.

Med Vänliga Hälsningar

Nathalie Bijelic Eriksson
Nämndsekreterare

073-0875640

nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för
din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan



E-recept inom EES

*Delbetänkande av Utredningen om
E-recept inom EES*

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:102

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

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

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Omslagsfoto: Ismagilov

Bildbearbetning: Agneta S. Öberg

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0305-8 (tryck)

ISBN 978-91-525-0306-5 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 30 juli 2020 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utreda vad som krävs för en patientsäker och effektiv process för elektroniska recept inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (dir. 2020:80). Till särskild utredare förordnades tidigare generaldirektören Catarina Andersson Forsman från och med den 21 september 2020.

Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med den 18 december 2020 ämnesrådet Henrik Moberg och kanslirådet Lisa Wiberg, båda vid Socialdepartementet.

Som experter förordnades från och med den 18 december 2020 juristen Pernilla Andersson, Integritetsskyddsmyndigheten, strategen Daniel Antonsson, Myndigheten för digital förvaltning, seniora farmaceutiska utredaren Annika Ohlson, E-hälsomyndigheten, medicinska utredaren Johanna Sjögren, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, läkemedelsinspektören Gustav Sjöstrand, Läkemedelsverket och rättslige experten Johan Vadengren, Försäkringskassan. Den 25 maj 2021 entledigades Henrik Moberg som sakkunnig och Omid Mavadati, Socialdepartementet, förordnades som sakkunnig. Den 15 september 2021 entledigades Pernilla Andersson som expert.

Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 november 2020 beredningschefen Evelina Kaarme och den 18 januari 2021 verksjuristen Sarah Svenblad.

Utredningen har antagit namnet *Utredningen om e-recept inom EES*.

Härmed får utredningen överlämna delbetänkandet *E-recept inom EES* (SOU 2021:102).

Utredningsarbetet fortsätter enligt direktiven (dir. 2021:91) med återstående utredningsfrågor.

Stockholm i december 2021

Catarina Andersson Forsman

/Evelina Kaarme
Sarah Svenblad

Innehåll

Vissa förkortningar och begrepp.....	17
Sammanfattning.....	21
1 Författningsförslag.....	29
1.1 Förslag till lag (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).....	29
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel.....	33
1.3 Förslag till lag om ändring i apoteksdatalagen (2009:367).....	42
1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	45
1.5 Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)	47
1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.....	49
1.7 Förslag till förordning (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).....	53
1.8 Förslag till förordning om ändring av förordningen (2006:196) om register om hälso- och sjukvårdspersonal.....	54
1.9 Förslag till förordning om ändring i apoteksdataförordningen (2009:624)	56

1.10	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:659) om handel med läkemedel.....	57
1.11	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten	59
1.12	Förslag till förordning om ändring i läkemedelsförordningen (2015:458).....	60
2	Utredningens uppdrag och arbete	61
2.1	Utredningens uppdrag och arbete	61
2.2	Avgränsningar och utgångspunkter	63
2.3	Delbetänkandets disposition	64
3	Gällande rätt	67
3.1	Inledning	67
3.2	Bestämmelser om skyddet för personuppgifter	67
3.2.1	FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna....	67
3.2.2	Europakonventionen	68
3.2.3	Dataskyddskonventionen	68
3.2.4	EU-stadgan om de grundläggande rättigheterna	69
3.2.5	Dataskyddsförordningen.....	69
3.2.6	Regeringsformen.....	73
3.2.7	Lagen om nationell läkemedelslista.....	76
3.2.8	Apoteksdatalagen.....	78
3.2.9	Patientdatalagen	80
3.3	Annan EU-reglering.....	81
3.3.1	Webbtillgänglighetsdirektivet	81
3.3.2	eIDAS-förordningen	82
3.3.3	SDG-förordningen.....	83
3.3.4	Tillgänglighetsdirektivet	84
3.4	Författningar som rör förskrivning och expediering	85
3.4.1	Lagen om handel med läkemedel	85
3.4.2	Läkemedelslagen	86
3.4.3	Läkemedelsverkets föreskrifter.....	86

4	Bakgrund.....	87
4.1	Inledning.....	87
4.2	Bakgrund till utredningens uppdrag	87
4.2.1	E-hälsomyndighetens rapport	88
4.2.2	En översiktlig beskrivning av läkemedel	88
4.2.3	Expediering av e-recept	90
4.3	Patientrörlighetsdirektivet	90
4.3.1	Erkännande av recept inom EES	91
4.3.2	Svensk reglering av erkännande av recept inom EES.....	93
4.4	Patientrörlighet och vård utomlands	94
4.5	Internationell utblick.....	94
5	Kartläggning av läkemedelsprocessen	97
5.1	Inledning.....	97
5.2	Läkemedelsprocessen.....	98
5.2.1	En beskrivning av läkemedelsprocessen.....	98
5.2.2	Den nationella läkemedelslistans roll.....	98
5.2.3	Aktörerna i läkemedelsprocessen.....	99
5.3	Tjänsten e-recept över landsgränser	108
5.3.1	Nätverket för e-hälsa.....	109
5.3.2	Nationell kontaktpunkt för e-hälsa.....	110
5.3.3	Informationsutbytet om e-recept över landsgränser	110
5.3.4	Information till patient samt hälso- och sjukvårdspersonal	115
5.3.5	Nätverket för e-hälsas krav för att delta i tjänsten.....	115
5.3.6	Vad tjänsten omfattar.....	119
5.4	Informationsflödet i tjänsten	121
5.4.1	Informationsflödet	121
5.4.2	Kraven på överenskomna informationsmängder	122
5.4.3	Behandlingen av personuppgifter	125

5.4.4	Integritetshöjande samtycke	126
5.4.5	Översikt av tjänsten e-recept över landsgränser	127
5.4.6	Sammanfattning	131
6	Ersättning och förmån vid e-recept över landsgränser ..	133
6.1	Inledning	133
6.2	Förutsättningar för ersättning och förmån.....	133
6.2.1	Förordningen om samordning av de sociala trygghetssystemen	133
6.2.2	Patientrörlighetsdirektivet och ersättning för läkemedel	134
6.2.3	Ersättningslagen	135
6.2.4	Lagen om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet	137
6.2.5	Försäkringskassans roll.....	138
6.2.6	Lagen om läkemedelsförmåner m.m.....	138
6.2.7	Utbyte av läkemedel på apotek	141
6.2.8	Personer som kan ha Sverige som försäkringsland	142
6.2.9	Läkemedelsförmånen vid ersättning för vård inom EES	144
6.2.10	Ersättning vid e-recept över landsgränser	145
6.3	Utredningens överväganden och bedömningar	146
6.3.1	Tillämpningen av lagen om läkemedelsförmåner m.m.	146
6.3.2	Överväganden avseende kraven i lagen om läkemedelsförmåner m.m.	148
6.3.3	Överväganden avseende smittskyddsläkemedel.....	151
6.3.4	Överväganden avseende hanteringen på öppenvårdsapotek.....	152
6.3.5	Överväganden om hantering av ersättning och regionernas uppföljning.....	153

7	Grundläggande förutsättningar för E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling m.m.	155
7.1	Inledning.....	155
7.2	Rättslig grund för behandlingen	156
7.2.1	Regleringen i dataskyddsförordningen	156
7.2.2	Det behövs nationell reglering för att den rättsliga grunden ska vara fastställd.....	160
7.3	Förutsättningar enligt regeringsformen	162
7.3.1	Regleringen enligt regeringsformen	162
7.3.2	Den rättsliga grunden bör fastställas i lag.....	164
7.4	Förutsättningar för nationell reglering enligt dataskyddsförordningen.....	165
7.5	Behandling av känsliga personuppgifter	166
7.5.1	Känsliga personuppgifter	167
7.5.2	Utredningens bedömning av känsliga personuppgifter	169
7.6	Var regleringen av personuppgiftsbehandlingen ska placeras	169
7.7	Särskilda överväganden avseende skyddade personuppgifter, fullmakter och barn.....	172
7.7.1	Skyddade personuppgifter	172
7.7.2	Fullmakter och ombud.....	174
7.7.3	När patienten är ett barn.....	176
8	Ändringar i lagen om nationell läkemedelslista	183
8.1	Inledning.....	183
8.2	Behov av ändringar i lagen om nationell läkemedelslista....	184
8.2.1	Behandling av känsliga personuppgifter.....	184
8.2.2	Personuppgiftsansvar	185
8.2.3	Ändamål med personuppgiftsbehandlingen	187
8.2.4	Registerinnehåll	193
8.2.5	Sökbegränsningar	194
8.2.6	Den registrerades inställning till personuppgiftsbehandlingen	196

8.2.7	Direktåtkomst till den nationella läkemedelslistan.....	198
8.2.8	Uppgiftsskyldighet till utländsk kontaktpunkt ..	206
8.3	Behov av nya uppgifter i lagen om nationell läkemedelslista	208
8.3.1	Uppgift om expedierande personal, apotek och förskrivare från ett annat EES-land	209
8.3.2	Förutsättningar enligt dataskyddsförordningen	214
8.4	Inget behov av en ny sekretessbrytande bestämmelse	216
9	En ny lag om E-hälsomyndighetens personuppgiftshantering	221
9.1	Inledning	221
9.2	Lagens tillämpningsområde	222
9.3	Definitioner	223
9.4	Förhållandet till dataskyddsförordningen och dataskyddslagen	224
9.4.1	Dataskyddsförordningen	224
9.4.2	Dataskyddslagen	225
9.5	Personuppgiftsansvar	225
9.5.1	Allmänt om personuppgiftsansvar	226
9.5.2	Bedömningen av personuppgiftsansvaret	227
9.6	Behovet av uppgifter om e-recept från EES.....	230
9.6.1	Inledning.....	231
9.6.2	Förskrivare, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer.....	231
9.6.3	Regionerna.....	232
9.6.4	Socialstyrelsen	232
9.6.5	Inspektionen för vård och omsorg	233
9.6.6	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	233
9.6.7	Läkemedelsverket.....	234
9.6.8	E-hälsomyndigheten	234

9.7	Ändamål med behandlingen	235
9.7.1	Dataskyddsförordningen	235
9.7.2	Ändamålsbestämmelsernas utformning	236
9.7.3	Ändamålet expediering av läkemedel	237
9.7.4	Ändamålet återrapportering	238
9.7.5	Ändamålet statistik	238
9.7.6	Ändamålet Läkemedelsverkets tillsyn	239
9.7.7	Ändamålet för Socialstyrelsens uppdrag	241
9.7.8	Finalitetsprincipen	242
9.8	Personuppgifter som får behandlas	243
9.9	Känsliga personuppgifter	245
9.10	Den registrerades inställning till personuppgiftsbehandlingen	246
9.11	E-hälsomyndighetens uppgiftsskyldighet	248
9.11.1	Inledning	248
9.11.2	Uppgiftsskyldighet till öppenvårdsapotek och utländsk kontaktpunkt för e-hälsa	249
9.11.3	Uppgiftsskyldighet till Läkemedelsverket	250
9.11.4	Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen	252
9.12	Tilldelning av behörighet och kontroll av elektronisk åtkomst	253
9.12.1	Dataskyddsförordningen	254
9.12.2	Behörighetstilldelning och åtkomstkontroll	255
9.13	Bevarandetid	257
9.14	Rätt att meddela föreskrifter	261
10	Övriga aktörers personuppgiftsbehandling, ändringar i HOSP-förordningen och offentlighets- och sekretesslagen	263
10.1	Inledning	263
10.2	Behov av ändringar i apoteksdatalagen	264
10.2.1	Öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling	264

10.2.2	De personuppgifter som behövs vid en expediering.....	265
10.2.3	Rättslig grund för behandlingen	266
10.2.4	Begreppet behörig att förordna läkemedel	267
10.2.5	Apoteksdatalagens tillämpningsområde	269
10.2.6	Ändamål med personuppgiftsbehandlingen	270
10.2.7	Öppenvårdsapotekens övriga behandlingar	275
10.2.8	Behandling av känsliga personuppgifter	275
10.2.9	Sökbegrepp	276
10.2.10	Behörighetstilldelning och åtkomstkontroll	279
10.2.11	Bevarande.....	280
10.2.12	Expediering av svenska e-recept i ett annat EES-land	282
10.3	Förskrivarnas personuppgiftsbehandling.....	282
10.4	Personuppgiftsbehandling hos Läkemedelsverket och Socialstyrelsen med anledning av förslagen	284
10.4.1	Rättslig grund för behandlingen	284
10.4.2	Behandling av känsliga personuppgifter	286
10.5	Förslag till ändringar i HOSP-förordningen	287
10.5.1	Inledning.....	287
10.5.2	Behov av ett nytt ändamål i HOSP-förordningen.....	288
10.6	Förslag till ändringar i offentlighets- och sekretesslagen...	291
11	Avvägning mellan behov och integritetsrisker	295
11.1	Inledning	295
11.2	En avvägning mellan behov och integritetsrisker	295
11.2.1	En sammanfattning av utredningens förslag	295
11.2.2	Aktörernas personuppgiftsbehandling	297
11.2.3	Behovet av behandlingen av personuppgifter.....	300
11.2.4	Integritetsrisker.....	301
11.2.5	Integritetsstärkande åtgärder	304
11.2.6	Avvägning mellan behov och risk för integritetsintrång.....	305
11.2.7	Slutsats proportionalitetsbedömningen.....	314
11.2.8	Konsekvensbedömning avseende dataskydd.....	315

12	Åtgärder för en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess	317
12.1	Inledning.....	317
12.2	Överväganden och förslag till ändringar i lagen om handel med läkemedel	318
12.2.1	Pappersrecept inom EES.....	318
12.2.2	En ny definition av e-recept från EES.....	318
12.2.3	Tillhandahållandeskyldighet	319
12.2.4	Uppgiftsskyldighet till E-hälsomyndigheten	323
12.2.5	Hur öppenvårdsapoteken hämtar och lämnar uppgifter vid expediering av e-recept från EES ...	332
12.2.6	Informationsplikt till konsument.....	335
12.2.7	Vissa bestämmelser som inte gäller för tillståndshavaren vid expediering av e-recept från EES	336
12.2.8	Uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten.....	337
12.2.9	E-hälsomyndighetens avgifter	338
12.2.10	Offentlighet och sekretess.....	338
12.3	Överväganden och förslag till ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter avseende e-recept från EES.....	339
12.3.1	Expediering i Sverige av e-recept från EES.....	339
12.3.2	Läkemedel som får lämnas ut på öppenvårdsapotek.....	344
12.4	Överväganden och förslag när e-recept från Sverige expedieras i annat EES-land	346
12.4.1	Inledning	346
12.4.2	Svenska e-recept kan användas i EES	346
12.4.3	Överväganden och förslag till ändringar i läkemedelslagen	347
12.4.4	E-recept från Sverige som inte får expedieras i ett annat EES-land	353
12.4.5	Information om e-recept som inte får expedieras.....	355
12.4.6	Kvalitetssäkring efter expediering i ett annat EES-land.....	356
12.4.7	Avräkning på e-receptet.....	358

13	Digitala vårdtjänster och arbetet inom nätverket för e-hälsa	361
13.1	Inledning	361
13.2	Digitala vårdtjänster	362
13.2.1	Digitala vårdtjänster och e-recept över landsgränser	364
13.3	Förutsättningar för att delta i tjänsten	368
13.3.1	E-hälsoavtalet	368
13.3.2	Hur patienter från Sverige kan identifieras i tjänsten	372
13.3.3	Information till patient, samt hälso- och sjukvårdspersonal	376
13.4	Pågående arbete inom nätverket för e-hälsa	378
13.4.1	Kraven på identifiering och autentisering	378
13.4.2	Ett europeiskt hälsodataområde	380
13.4.3	Nya standarder för att identifiera läkemedel	381
13.5	Ett nytt uppdrag om patientöversikter för utredningen e-recept inom EES	382
14	Ikraftträdande	383
15	Konsekvenser	385
15.1	Krav på konsekvensutredning och konsekvensanalys	385
15.2	Övergripande om förslagen	387
15.2.1	Problembeskrivning och syfte	387
15.2.2	Alternativa lösningar	387
15.2.3	Sammanfattning av förslagen	388
15.2.4	Särskilt om vissa bemyndiganden	390
15.3	Överensstämmelse med EU-rätten	391
15.4	Konsekvenser för den personliga integriteten och för barns rättigheter	394
15.5	Berörda aktörer	395

15.6	Påverkan på statliga myndigheter	395
15.6.1	E-hälsomyndigheten.....	395
15.6.2	Läkemedelsverket	399
15.6.3	Försäkringskassan.....	400
15.6.4	Socialstyrelsen.....	401
15.6.5	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.....	401
15.7	Övriga aktörer.....	402
15.7.1	Öppenvårdsapoteken	402
15.7.2	Förskrivarna.....	404
15.7.3	Regionerna	405
15.7.4	Patienterna	407
15.8	Små företag.....	408
15.9	Särskilda informationsinsatser	409
15.10	Övriga konsekvenser	410
16	Författningskommentar	411
16.1	Förslaget till lag (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).....	411
16.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel	421
16.3	Förslaget till lag om ändring i apoteksdatalagen (2009:367).....	426
16.4	Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	428
16.5	Förslaget till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315).....	429
16.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.....	431

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:80.....	435
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2021:54.....	449
Bilaga 3	Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU	451
Bilaga 4	Kommissionens genomförandedirektiv 2012/52/EU.....	473

Vissa förkortningar och begrepp

Förkortningar EU-rättsakter och föreskrifter

<i>Dataskyddsförordningen</i>	Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)
<i>eIDAS-förordningen</i>	Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 910/2014 av den 23 juli 2014 om elektronisk identifiering och betrodda tjänster för elektroniska transaktioner på den inre marknaden och om upphävande av direktiv 1993/93/EG
<i>EUF-fördraget</i>	Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt
<i>Förordningen 883/2004</i>	Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen
<i>Genomförandedirektivet 2012/52/EU</i>	Europeiska kommissionens genomförandedirektiv 2012/52/EU av den 20 december 2012 om åtgärder för att underlätta erkännandet av recept som utfärdats i ett annat medlemsland

<i>Humandirektivet</i>	Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel
<i>NIS-direktivet</i>	Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/1148 av den 6 juli 2016 om åtgärder för en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverks- och informationssystem i hela unionen
<i>Patientrörlighetsdirektivet</i>	Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård
<i>Receptföreskrifterna</i>	Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit
<i>SDG-förordningen</i>	Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2018/1724 av den 2 oktober 2018 om inrättande av en gemensam digital ingång för tillhandahållande av information, förfaranden samt hjälp- och problemlösningstjänster och om ändring av förordning (EU) nr 1024/2012
<i>Webbtillgänglighetsdirektivet</i>	Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer

Förkortningar, begrepp och förklaringar

<i>EES</i>	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
<i>Efta</i>	Europeiska frihandelssammanslutningen
<i>eHDSI</i>	E-Health Digital Service Infrastructure är den infrastruktur för digitala e-hälsotjänster som gör det möjligt att tillhandahålla gränsöverskridande informationstjänster för e-hälsa.
<i>E-hälsoavtalet</i>	Agreement between National Authorities or National Organisations responsible for National Contact Points for eHealth on the Criteria required for the participation in Cross-Border eHealth Information Services är ett avtal för att delta i nätverket för e-hälsas informationsutbyte.
<i>E-recept från EES</i>	Begreppet används i delbetänkandet för att beskriva e-recept utfärdade i annat EES-land som kan expedieras i Sverige enligt nätverket för e-hälsas krav.
<i>Humanläkemedel</i>	Läkemedel avsedda för människa
<i>Kommissionen</i>	Europeiska kommissionen
<i>Land A</i>	Försäkringsmedlemsstat enligt artikel 3 c i patientrörlighetsdirektivet
<i>Land B</i>	Behandlande medlemsstat enligt artikel 3 d i patientrörlighetsdirektivet

*Nationell kontaktpunkt
för e-hälsa*

Nationell kontaktpunkt som utsetts enligt artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet att vara kontaktpunkt för e-hälsa.

Nätverket för e-hälsa

Det frivilliga nätverk som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet för samarbete kring e-hälsa. Det engelska namnet eHealth Network används ofta.

Recept-id

En unik identifikation som identifierar varje enskilt recept i receptlistan med en kod och används både i nationell e-recepthantering och vid gränsöverskridande identifiering av e-recept.

*Tjänsten e-recept över
landsgränser*

Begreppet används för att beskriva förutsättningarna för det informationsutbyte som tagits fram inom nätverket för e-hälsa som gör det möjligt att expediera ett e-recept i ett annat EES-land än där det är utfärdat.

Unik identifierare

Begreppet är en översättning av unique identifier som avser den uppgift som krävs för att unikt kunna identifiera t.ex. en enskild patient eller farmaceut och kan vara ett personnummer eller en unik legitimationskod.

Sammanfattning

Redan i dag är det möjligt att expediera pappersrecept från ett annat EES-land på svenska öppenvårdsapotek. Pappersrecept utfärdade i Sverige får expedieras i andra EES-länder. Medlemsländerna i EES samarbetar kring ett informationsutbyte om e-recept över landsgränser som gör det möjligt att även e-recept från ett EES-land får expedieras på ett apotek i ett annat EES-land. Samarbetet sker inom det frivilliga nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av patientrörlighetsdirektivet. Detta nätverk samarbetar kring en infrastruktur och de förutsättningar som behövs för informationsutbytet. Informationsutbytet avser förskrivningar av godkända humanläkemedel utfärdade på e-recept, men med vissa undantag.

Jämfört med pappersrecept finns det fördelar med e-recept för patienter, expedierande personal på apotek och förskrivare. E-recept är i regel säkrare och bidrar till en mer fullständig bild av patientens läkemedelsbehandling bl.a. genom att expedierande apotek rapporterar till patientens hemland vilket läkemedel som har lämnats ut. Sverige deltar aktivt i samarbetet och avser att ansluta sig till informationsutbytet om e-recept över landsgränser.

E-hälsomyndigheten har i dag uppdraget dels att vara Sveriges kontaktpunkt för e-hälsa, dels att fortsätta etableringen och förvaltningen av den tekniska infrastruktur som krävs för att expediera utländska recept i Sverige och svenska recept i ett annat EES-land. All information som behövs för expediering går via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa som sedan vidareförmedlar informationen till expedierande apotek och övriga aktörer.

Utredningen har uppdraget att utreda vad som krävs för en patient-säker och effektiv process för e-recept inom EES och att föreslå de åtgärder som krävs för en sådan process.

Kartläggning av läkemedelsprocessen

Utredningen kartlägger informationsflöden och ansvarsfördelning i läkemedelsprocessen för e-recept inom EES. De grundläggande förutsättningarna för informationsutbytet vid e-recept över landsgränser beskrivs också. Denna kartläggning ligger till grund för utredningens fortsatta arbete.

Utredningen redogör även för ersättning vid gränsöverskridande vård i fråga om läkemedel och gör bedömningen att lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. inte är tillämplig med avseende på e-recept från EES som expedieras i Sverige.

Behovet av att reglera aktörernas personuppgiftsbehandling

E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter

E-hälsomyndigheten kommer att behandla känsliga personuppgifter på ett sätt som inte görs i dag i informationsutbytet för e-recept över landsgränser. Utredningen föreslår att den rättsliga grunden för E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling vid informationsutbytet fastställs i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten, i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista och i en ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

E-hälsomyndighetens uppdrag som kontaktpunkt för e-hälsa enligt patientrörlighetsdirektivet föreslås framgå av förordningen med instruktion för E-hälsomyndigheten. Det föreslås också att E-hälsomyndigheten får ett uppdrag att tillhandahålla tjänster och infrastruktur för informationsutbytet.

Utredningen föreslår ändringar i lagen om nationell läkemedelslista för E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling när e-recept utfärdade i Sverige expedieras i ett annat EES-land. Utredningen föreslår bl.a. ett nytt ändamål som avser expediering i ett annat EES-land av e-recept som har utfärdats i Sverige. Utredningen föreslår också att patienten ska lämna ett integritetshöjande samtycke för att ett svenskt e-recept ska kunna expedieras i ett annat EES-land. Uppgifter om behörig förskrivare, expedierande farmaceut och apotek eller motsvarande i annat EES-land föreslås få registreras i den nationella läkemedelslistan eftersom det behövs för att stärka patientsäker-

heten. En uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa föreslås också.

Utredningen föreslår en ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) för myndighetens personuppgiftsbehandling. Lagen ska tillämpas när ett e-recept från ett annat EES-land expedieras på ett öppenvårdsapotek i Sverige. E-hälsomyndigheten föreslås vara personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför enligt lagen. Utredningen föreslår vilka ändamål E-hälsomyndigheten får behandla personuppgifter för. Personuppgifter ska därutöver få behandlas för andra, icke oförenliga, ändamål. Vidare föreslår utredningen en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till öppenvårdsapotek, utländsk kontaktpunkt för e-hälsa, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Utredningen föreslår också att personuppgifterna får bevaras i högst fem år efter det att läkemedlet expedierats på ett öppenvårdsapotek.

Överväganden om när patienten är ett barn, fullmakt och ombud, samt skyddade personuppgifter

Innan e-recept som avser läkemedel till barn ska kunna omfattas av informationsutbytet över landsgränser krävs det ytterligare utredning och överväganden enligt utredningens bedömning. Sådana överväganden avser frågor om integritet och sekretess, men även om de tekniska förutsättningarna för informationsöverföringen. Motsvarande överväganden bör göras när någon annan ska kunna hämta ut läkemedel åt patienten, med en fullmakt eller som någon annan slags ombud. Utredningen analyserar även förutsättningarna för e-recept inom EES för personer med skyddade personuppgifter.

Övriga aktörers personuppgiftsbehandling

Utredningen föreslår att det framgår av apoteksdatalagen (2009:367) att ett e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land får behandlas. Utredningen föreslår vidare ett utökad ändamål i apoteksdatalagen som omfattar expediering av ett sådant e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land och ett ändamål som rör redovisning av uppgifter om ett sådant e-recept från EES till E-hälsomyndigheten.

Utredningen gör också bedömningen att förskrivare behöriga i Sverige, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har stöd i dataskyddsförordningen för att behandla personuppgifter med anledning av informationsutbytet av e-recept över landsgränser.

Ändringar i HOSP-registret

E-hälsomyndigheten behöver kunna använda uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonal för e-recept över landsgränser. Utredningen föreslår därför ett nytt ändamål som ersätter de ändamål i förordningen (2006:196) om register för hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen) som gäller behandling av personuppgifter för utlämnande av uppgifter till E-hälsomyndigheten. Ändamålet är det samma som föreslagits i delbetänkandet *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården* i SOU 2021:39. Det nya ändamålet innebär att E-hälsomyndigheten ska kunna få de uppgifter som behövs för myndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag.

Ändringar i offentlighets- och sekretesslagen

Utredningen föreslår vidare sekretessbrytande bestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) så att uppgift enligt lagen om nationell läkemedelslista ska kunna lämnas ut till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa och att uppgifter som behandlas med stöd av den nya lagen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) ska kunna lämnas ut till de svenska öppenvårdsapoteken och till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa.

Behovet av andra åtgärder för en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess

Krav på öppenvårdsapotek

Utredningen analyserar behovet av att ändra de krav som ställs på den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument i lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Utredningen föreslår bl.a. en definition av e-recept utfärdade av en förskrivare behörig i ett annat EES-land (e-recept från EES), att tillståndshavaren för ett öppenvårdsapotek ska tillhandahålla läkemedel vid expediering av ett sådant e-recept så snart det kan ske. Tillståndshavaren ska också lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten vid en sådan expediering. Vilka uppgifter som ska lämnas föreslås regeringen få meddela föreskrifter om. Utredningen föreslår även ett krav på att tillståndshavaren ska kunna ta emot och skicka uppgifter på elektronisk väg till E-hälsomyndigheten vid expediering av e-recept från EES. Myndigheten föreslås få meddela föreskrifter om kraven för en sådan överföring. E-hälsomyndigheten föreslås också informera Läkemedelsverket om öppenvårdsapoteken inte lämnar de uppgifter som de ska om e-recept från EES.

Läkemedelsverket föreslås få meddela föreskrifter som ska gälla vid expediering av e-recept från EES t.ex. om förutsättningarna för en expediering, identifiering av patienten och vilket läkemedel som får lämnas ut.

Övriga nödvändiga åtgärder

Utredningen föreslår att det ska framgå av läkemedelslagen (2015:315) att e-recept för godkända humanläkemedel får förmedlas för utlämnande i ett annat EES-land enligt nätverket för e-hälsas krav. Utredningen föreslår också att Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om undantag för e-recept avseende vissa typer av läkemedel som inte får överföras för expediering i ett annat EES-land om ett sådant undantag är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl, t.ex. narkotiska läkemedel. Läkemedelsverket föreslås också få meddela föreskrifter som innebär att det för e-recept för vissa typer av läkemedel anges att endast det förskrivna läkemedlet får lämnas

ut vid expedieringen, om det kan antas vara olämpligt att utbyte sker med hänsyn till läkemedlets egenskaper.

När en patient från Sverige vill hämta ut ett läkemedel i ett annat EES-land föreslår utredningen att viss information även om ett e-recept som inte får expedieras utomlands överförs. Sådan information ger ytterligare förutsättningar för en patientsäker expediering enligt utredningen.

Digitala vårdtjänster och pågående arbete i nätverket för e-hälsa

Utredningen analyserar vad användningen av digitala vårdtjänster kan innebära för e-recept över landsgränser i EES, men föreslår inga ytterligare åtgärder i detta avseende.

Nätverket för e-hälsa samverkar även om informationsutbyte av s.k. patientöversikter. En patientöversikt är en sammanställning av viktig journalinformation som delas i vårdsammanhang för att kunna erbjuda patienten en god och säker vård. Utredningen återkommer till patientöversikter i slutbetänkandet.

Ikraftträdande

Föreslagna författningsändringar bör enligt utredningen börja gälla den 1 maj 2023. Under det första året är det dock frivilligt för öppenvårdsapoteken att expediera e-recept från EES och de nya kraven i lagen om handel med läkemedel gäller under denna period bara om tillståndshavaren väljer att erbjuda tjänsten. Från och med den 1 maj 2024 gäller kraven för alla tillståndshavare. Inga övergångsbestämmelser behövs.

Konsekvenser

Utredningens förslag innebär förbättringar för patienterna, den expedierande personalen och förskrivarna. Förslagen medför kostnader för E-hälsomyndigheten för uppdraget att ta fram förutsättningar för informationsutbytet och som nationell kontaktpunkt för e-hälsa. Utredningen föreslår att det finansieras genom myndighetens anslag. För öppenvårdsapoteken kommer förslagen att innebära vissa

kostnader, främst för en anpassning till de nya förutsättningarna som krävs för att kunna expediera e-recept från EES. Exempelvis kommer expedierande personal få uppgifterna om ett sådant e-recept på ett annat sätt än i dag. Uppgifterna om e-recept från EES avses hämtas genom ett webbgränssnitt som E-hälsomyndigheten tar fram, så att ingen teknisk anpassning bör behövas. Information och utbildning för expedierande personal kan behövas.

Fördelarna med förslagen överväger de integritetsrisker som finns.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES)

Härigenom föreskrivs följande.

Tillämpningsområde m.m.

1 § Denna lag tillämpas vid automatiserad behandling av personuppgifter vid E-hälsomyndighetens hantering av sådana e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land och som expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet).

Vid E-hälsomyndighetens hantering av e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i Sverige och som expedieras på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land gäller lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista.

2 § Med e-recept från EES avses i denna lag e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land och som expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet.

3 § Med utländsk kontaktpunkt för e-hälsa avses i denna lag en sådan nationell kontaktpunkt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård som har utsetts i enlighet med artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet.

Förhållandet till annan reglering

4 § Denna lag innehåller bestämmelser som kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här kallad EU:s dataskyddsförordning.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag.

Personuppgiftsansvarig

5 § E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför med stöd av denna lag.

Ändamål med behandling av personuppgifter

6 § E-hälsomyndigheten får behandla personuppgifter om det är nödvändigt för

1. expediering på öppenvårdsapotek av sådana e-recept från EES som anges i 2 §,

2. redovisning till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa av sådan expediering som avses enligt punkt 1,

3. framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten,

4. redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten enligt 2 kap. 6 § 16 lagen (2009:366) om handel med läkemedel och för Läkemedelsverkets tillsyn över uppgiftslämnande vid expediering av en förskrivning enligt 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel, och

5. redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Personuppgiftsbehandling för andra ändamål

7 § Personuppgifter som behandlas enligt 6 § får behandlas även för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in.

Personuppgifter som får behandlas

8 § E-hälsomyndigheten får med stöd av denna lag behandla endast sådana personuppgifter som behövs för de ändamål som anges i 6 §.

Behandling av känsliga personuppgifter

9 § Personuppgifter som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning (känsliga personuppgifter) får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i förordningen under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt.

Uppgiftsskyldighet till öppenvårdsapotek

10 § E-hälsomyndigheten ska till expedierande personal på öppenvårdsapotek lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för det ändamål som anges i 6 § 1.

Uppgiftsskyldighet till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa

11 § E-hälsomyndigheten ska till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för de ändamål som anges i 6 § 1 och 2.

Uppgiftsskyldighet till Läkemedelsverket

12 § E-hälsomyndigheten ska till Läkemedelsverket lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för det ändamål som anges i 6 § 4.

Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen

13 § E-hälsomyndigheten ska till Socialstyrelsen lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för det ändamål som anges i 6 § 5.

Behörighetstilldelning

14 § E-hälsomyndigheten ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet till den som arbetar hos myndigheten för åtkomst till uppgifter som behandlas enligt denna lag. Behörigheten ska begränsas till det som behövs för att den som arbetar hos E-hälsomyndigheten ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter där.

Åtkomstkontroll

15 § E-hälsomyndigheten ska se till att åtkomst till uppgifterna som behandlas enligt denna lag dokumenteras så att åtkomsten kan kontrolleras. Myndigheten ska systematiskt och återkommande kontrollera om någon obehörigen tar del av uppgifterna.

Bevarandetid

16 § Personuppgifter ska tas bort senast fem år efter det att läkemedlen expedierades på ett öppenvårdsapotek.

Bemyndigande

17 § Regeringen får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas ut till Läkemedelsverket enligt 12 §.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel

Härmed föreskrivs i fråga om lagen (2009:366) om handel med läkemedel,

dels att 1 kap. 4 §, 2 kap. 6, 10 b och 11 §§ och 8 kap. 2 a § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 6 d och 11 b §§, av följande lydelse,

dels att det närmast före 2 kap. 6 d § ska införas en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

1 kap.

4 §¹

I denna lag används följande beteckningar med nedan angiven betydelse.

Apoteksombud

Näringsidkare som vid ett visst försäljningsställe utför sådana uppgifter som anges i 2 a kap.4 § på uppdrag av den som har tillstånd enligt 2 kap. 1 §.

Detaljhandel

Försäljning av läkemedel till konsument, sjukvårdshuvudman, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning eller till den som är behörig att förordna läkemedel.

Dosdispensering

Färdigställande av läkemedel för enskilds behov under viss tid genom uttag ur tillverkarens originalförpackning.

Farmaceut

Den som är behörig att utöva yrke som apotekare eller receptarie enligt 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹ Senaste lydelse 2018:1107.

Förmedling	Verksamhet som är knuten till försäljning eller köp av humanläkemedel och som inte är att anse som partihandel och som sker utan fysisk hantering genom självständig förhandling åt en juridisk eller fysisk person.
Kurant läkemedel	Läkemedel vars hållbarhet inte har gått ut, vars godkännande för försäljning inte har upphört och som inte har återkallats från marknaden, som har lagrats och hanterats i enlighet med de särskilda lagringskrav som gäller för läkemedlet enligt produktresumén och som ligger i en oöppnad och oskadad sekundärförpackning.
Partihandel	Verksamhet som innefattar anskaffning, innehav, export, leverans eller sådan försäljning av läkemedel som inte är att anse som detaljhandel.
Sjukhusapotek	Den funktion eller de aktiviteter som tillgodoser läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus.
Vårdgivare	Fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård.
Öppenvårdsapotek	Inrättning för detaljhandel med läkemedel som bedrivs med tillstånd enligt 2 kap. 1 §.

Föreslagen lydelse

1 kap.**4 §²**

I denna lag används följande beteckningar med nedan angiven betydelse.

Apoteksombud

Näringsidkare som vid ett visst försäljningsställe utför sådana uppgifter som anges i 2 a kap. 4 § på uppdrag av den som har tillstånd enligt 2 kap. 1 §.

Detaljhandel

Försäljning av läkemedel till konsument, sjukvårdshuvudman, sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning eller till den som är behörig att förordna läkemedel.

Dosdispensering

Färdigställande av läkemedel för enskilda behov under viss tid genom uttag ur tillverkarens originalförpackning.

E-recept från EES

E-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat land i Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) som kan överföras till Sverige och expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Farmaceut

Den som är behörig att utöva yrke som apotekare eller receptarie enligt 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

² Senaste lydelse 2018:1107.

Förmedling	Verksamhet som är knuten till försäljning eller köp av humanläkemedel och som inte är att anse som partihandel och som sker utan fysisk hantering genom självständig förhandling åt en juridisk eller fysisk person.
Kurant läkemedel	Läkemedel vars hållbarhet inte har gått ut, vars godkännande för försäljning inte har upphört och som inte har återkallats från marknaden, som har lagrats och hanterats i enlighet med de särskilda lagringskrav som gäller för läkemedlet enligt produktresumén och som ligger i en oöppnad och oskadad sekundärförpackning.
Partihandel	Verksamhet som innefattar anskaffning, innehav, export, leverans eller sådan försäljning av läkemedel som inte är att anse som detaljhandel.
Sjukhusapotek	Den funktion eller de aktiviteter som tillgodoser läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus.
Vårdgivare	Fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård.
Öppenvårdsapotek	Inrättning för detaljhandel med läkemedel som bedrivs med tillstånd enligt 2 kap. 1 §.

Lydelse enligt SFS 2021:1126 *Föreslagen lydelse*

2 kap.

6 §³

Den som har tillstånd enligt 1 § att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument ska

1. ha lokalen bemannad med en eller flera farmaceuter under öppethållandet,

2. bedriva verksamheten i lokaler som är lämpliga för sitt ändamål och säkerställa att de delar av lokalerna där information och rådgivning om läkemedel, utbyte av läkemedel, läkemedelsanvändning och egenvård lämnas är utformade så att konsumentens integritet skyddas,

3. tillhandahålla samtliga förordnade läkemedel, och samtliga förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. så snart det kan ske,

4. ha en läkemedelsansvarig för apoteket som ska ha det inflytande över verksamheten som krävs för att han eller hon ska kunna fullgöra sina uppgifter,

5. vid expediering av en förskrivning lämna de uppgifter som anges i 3 kap. 8 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till E-hälsomyndigheten,

6. ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter hos E-hälsomyndigheten,

7. till E-hälsomyndigheten lämna de uppgifter som är nödvändiga för att myndigheten ska kunna föra statistik över detaljhandeln,

8. utöva särskild kontroll (egenkontroll) över detaljhandeln och hanteringen i övrigt och se till att det finns ett för verksamheten lämpligt egenkontrollprogram,

9. på begäran utfärda intyg enligt 3 a § lagen (1992:860) om kontroll av narkotika,

10. på begäran erbjuda konsumenter delbetalning av läkemedel och varor som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m.,

11. tillhandahålla individuell och producentoberoende information och rådgivning om läkemedel, utbyte av läkemedel, läkemedelsanvändning och egenvård till konsumenter samt se till att informationen och rådgivningen endast lämnas av personal med tillräcklig kompetens för uppgiften,

³ Senaste lydelse 2021:1126.

12. ha ett för Läkemedelsverket registrerat varumärke för öppenvårdsapotek väl synligt på apoteket,

13. i de fall tillståndshavaren inte direkt kan tillhandahålla ett läkemedel eller en vara som avses i 3, informera konsumenten om på vilket eller vilka öppenvårdsapotek läkemedlet eller varan finns för försäljning,

14. uppfylla de krav avseende säkerhetsdetaljer som följer av kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161, *och*

15. vid expediering av en förskrivning av läkemedel för behandling av djur lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten, *och*

13. i de fall tillståndshavaren inte direkt kan tillhandahålla ett läkemedel eller en vara som avses i 3, *eller ett läkemedel som avses i 16*, informera konsumenten om på vilket eller vilka öppenvårdsapotek läkemedlet eller varan finns för försäljning,

14. uppfylla de krav avseende säkerhetsdetaljer som följer av kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161,

15. vid expediering av en förskrivning av läkemedel för behandling av djur lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten,

16. vid expediering av e-recept från EES tillhandahålla det förskrivna läkemedlet eller ett läkemedel som motsvarar det förskrivna läkemedlet så snart det kan ske,

17. vid expediering av e-recept från EES lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten, och

18. vid expediering av e-recept från EES, utöver det som anges i 6, på elektronisk väg kunna ta emot och lämna de uppgifter till E-hälsomyndigheten som krävs för en sådan expediering.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Bestämmelser som inte gäller vid expediering av e-recept från EES

6 d §

Vid expediering av e-recept från EES gäller inte bestämmelserna i 2 kap. 6 § 3 och 5 för den som har tillstånd enligt 1 § att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument.

Lydelse enligt SFS 2021:1126

Föreslagen lydelse

10 b§⁴

E-hälsomyndigheten ska informera Läkemedelsverket om det som framkommit vid en kontroll av det elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten som en tillståndshavare ska ha enligt 6 § 6. Myndigheten ska vidare informera Läkemedelsverket om en tillståndshavare inte lämnar de uppgifter till myndigheten som föreskrivs i 6 § 5, 7 eller 15.

E-hälsomyndigheten ska, för Läkemedelsverkets tillsyn över kravet i 6 § 7, till Läkemedelsverket lämna sådana uppgifter som avses i 6 § 7.

E-hälsomyndigheten ska informera Läkemedelsverket om det som framkommit vid en kontroll av det elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten som en tillståndshavare ska ha enligt 6 § 6. Myndigheten ska vidare informera Läkemedelsverket om en tillståndshavare inte lämnar de uppgifter till myndigheten som föreskrivs i 6 § 5, 7, 15 eller 17.

⁴ Senaste lydelse 2021:1126.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*11 §⁵

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. utformning av sådana lokaler som avses i 6 § 2,
2. inom vilken tid tillhandahållandet enligt 6 § 3 ska ske,
3. vilken kompetens och erfarenhet en läkemedelsansvarig enligt 6 § 4 ska ha,
4. egenkontroll enligt 6 § 8,
5. information, rådgivning och personalens kompetens enligt 6 § 11,
6. användning av det varumärke som avses i 6 § 12,
7. expediering av förskrivningar och undantag från kravet på farmaceutisk kompetens enligt 9 a §, och
8. utformning och kontroll av den EU-logotyp som avses i 10 a § 2,
2. inom vilken tid tillhandahållandet enligt 6 § 3 och 16 ska ske,
7. expediering av förskrivningar och undantag från kravet på farmaceutisk kompetens enligt 9 a §,
8. utformning och kontroll av den EU-logotyp som avses i 10 a § 2, och
9. de krav som ska ställas på tillståndshavaren att på elektronisk väg kunna ta emot och lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten enligt 6 § 18.

11 b §

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas till E-hälsomyndigheten enligt 6 § 17.

⁵ Senaste lydelse 2018:1108.

8 kap.**2 a §⁶**

E-hälsomyndigheten får ta ut en avgift för att

1. utfärda ett intyg som visar att den som ansöker om tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument har förutsättningar att uppfylla de krav som föreskrivs i 2 kap. 6 § 5–7, *och*

1. utfärda ett intyg som visar att den som ansöker om tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument har förutsättningar att uppfylla de krav som föreskrivs i 2 kap. 6 § 5–7, 17, *och*

2. kontrollera det elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten som en tillståndshavare ska ha enligt 2 kap. 6 § 6.

En avgift enligt första stycket 1 får tas ut av den som ansöker om tillståndet. En avgift enligt första stycket 2 får tas ut av tillståndshavaren.

Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om avgifterna.

1. Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

2. Bestämmelserna i 2 kap. 6 § 16–18 och 6 d § ska tillämpas från och med den dag en tillståndshavare som avses i 2 kap. 1 § uppfyller kraven i 2 kap. 6 § 18, dock senast den 1 maj 2024 då bestämmelserna ska tillämpas på samtliga tillståndshavare.

⁶ Senaste lydelse 2013:1025.

1.3 Förslag till lag om ändring i apoteksdatalagen (2009:367)

Härmed föreskrivs i fråga om apoteksdatalagen (2009:367) att 1, 8, 10, 12 och 13 §§, ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Denna lag tillämpas vid sådan personuppgiftsbehandling vid öppenvårdsapotekens detaljhandel med läkemedel m.m. som är helt eller delvis automatiserad, eller där uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter, som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

Personuppgifter som rör konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel får behandlas för de ändamål som anges i 8 §.

Personuppgifter som rör konsumenter och förskrivare behörig i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) får behandlas för de ändamål som anges i 8 §, vid expediering av ett sådant e-recept från EES som anges i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Lydelse enligt SFS 2021:1127

Föreslagen lydelse

8 §¹

Personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för

1. expediering av förordnade läkemedel, och sådana förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. samt för åtgärder i anslutning till expedieringen,

1. expediering av förordnade läkemedel, sådana förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och sådana e-recept från EES som anges i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med

¹ Senaste lydelse 2021:1127.

- läkemedel*, samt för åtgärder i anslutning till expedieringen,
2. redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten enligt 2 kap. 6 § 5, 7 eller 15 lagen (2009:366) om handel med läkemedel,
3. hantering av reklamationer och indragningar,
4. administrering av delbetalning av läkemedel och varor som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m.,
5. administrering av fullmakter att hämta ut läkemedel,
6. redovisning av uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg och Läkemedelsverket för deras tillsyn,
7. rapportering till förskrivare om utbyte av läkemedel enligt 21 § femte stycket, 21 a § fjärde stycket och 21 b § tredje stycket lagen om läkemedelsförmåner m.m.,
8. hälsorelaterad kundservice,
9. att kunna lämna ut recept eller blankett till konsumenten,
10. systematisk och fortlöpande utveckling och säkerställande av öppenvårdsapotekens kvalitet, samt
11. administration, planering, uppföljning och utvärdering av öppenvårdsapotekens verksamhet samt framställning av statistik.
- Sådan personuppgiftsbehandling som avses i första stycket 5 och 8 får inte omfatta någon annan än den som har lämnat sitt samtycke till behandlingen.
- För ändamål som avses i första stycket 10 och 11 får inga uppgifter redovisas som kan hänföras till en enskild person.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

10 §

Identitet får användas som sökbegrepp endast i fråga om

- | | |
|--|--|
| <p>1. konsument, för de ändamål som anges i 8 § första stycket 1, 3–5, 8 och 9, <i>och</i></p> <p>2. den som är behörig att förordna läkemedel, för de ändamål som anges i 8 § första stycket 6 och 7.</p> | <p>1. konsument, för de ändamål som anges i 8 § första stycket 1, 3–5, 8 och 9,</p> <p>2. den som är behörig att förordna läkemedel, för de ändamål som anges i 8 § första stycket 6 och 7, <i>och</i></p> |
|--|--|

3. den som är behörig att utfärda ett sådant e-recept från EES som anges i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel, för de ändamål som anges i 8 § första stycket 6.

Förskrivningsorsak får inte användas som sökbegrepp.

12 §

Tillståndshavaren ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter *om konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel*. Behörigheten ska begränsas till vad som behövs för att den som arbetar på ett öppenvårdsapotek ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter där.

Tillståndshavaren ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter *som behandlas enligt denna lag*. Behörigheten ska begränsas till vad som behövs för att den som arbetar på ett öppenvårdsapotek ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter där.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om tilldelning av behörighet för åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter.

13 §

Tillståndshavaren ska se till att åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter *om konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel*, dokumenteras så att de kan kontrolleras. Tillståndshavaren ska systematiskt och återkommande kontrollera om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Tillståndshavaren ska se till att åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter *som behandlas enligt denna lag*, dokumenteras så att de kan kontrolleras. Tillståndshavaren ska systematiskt och återkommande kontrollera om någon obehörigen kommer åt sådana uppgifter.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om dokumentation och kontroll.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 25 kap. 17 c § i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt SFS 2021:1128 *Föreslagen lydelse*

25 kap.

17 c §¹

Secretessen enligt 17 a och 17 b §§ hindrar inte att

1. uppgift i den nationella läkemedelslistan lämnas enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården *eller* till expedierande personal på öppenvårdsapotek,

2. uppgift lämnas enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel till öppenvårdsapotek eller den som är behörig att förordna läkemedel, *eller*

3. uppgift om förordnande och expediering av läkemedel för be-

1. uppgift i den nationella läkemedelslistan lämnas enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården, till expedierande personal på öppenvårdsapotek, *eller till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa som utsetts enligt artikel 6 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård,*

2. uppgift lämnas enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel till öppenvårdsapotek eller den som är behörig att förordna läkemedel,

3. uppgift om förordnande och expediering av läkemedel för be-

¹ Senaste lydelse 2021:1128.

handling av djur lämnas till expedierande personal på öppenvårdsapotek.

handling av djur lämnas till expedierande personal på öppenvårdsapotek, *eller*

4. uppgift som behandlas med stöd av lagen (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) lämnas till expedierande personal på öppenvårdsapotek eller till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa som avses i 3 § nämnda lag.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

1.5 Förslag till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)

Härmed föreskrivs i fråga om läkemedelslagen (2015:315) att det ska införas två nya paragrafer, 13 kap. 5 § och 18 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 kap.

5 §

E-recept som avser ett godkänt humanläkemedel och som har utfärdats av en förskrivare behörig i Sverige får överföras för utlämnande av läkemedel i ett annat EES-land i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

18 kap.

9 a §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. att e-recept för vissa typer av läkemedel ska undantas från sådan överföring som avses i 13 kap. 5 § om det är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl, och

2. att det, för e-recept som avser vissa typer av läkemedel, får anges vid överföring enligt 13 kap.

5 § att endast det läkemedel som förskrivits får lämnas ut, när det med hänsyn till läkemedlets egenskaper kan antas att utlämnande av ett annat läkemedel är olämpligt.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista

dels att 3 kap. 2, 8 och 9 §§ och 4 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 3 kap. 3 a § och 6 kap. 9 §, av följande lydelse,

dels att det närmast före 6 kap. 9 § ska införas en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §

Personuppgifterna får behandlas om det är nödvändigt för ändamål som rör registrering av uppgifter:

1. om förskrivna läkemedel och andra varor som ska expedieras på öppenvårdsapotek,

1. om förskrivna läkemedel och andra varor som ska expedieras på öppenvårdsapotek, *eller om förskrivna läkemedel som ska expedieras på apotek eller motsvarande i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES),*

2. för tillämpning av bestämmelserna om läkemedelsförmåner vid köp av läkemedel m.m., eller

3. om en fullmakt.

3 a §

Personuppgifterna får behandlas om det är nödvändigt för ändamål som rör expediering av läkemedel på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv

2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet).

8 §

I den utsträckning det behövs för ändamålen enligt 2–5 §§ får den nationella läkemedelslistan innehålla följande uppgifter:

1. förskriften vara, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, läkemedelsbehandlings längd, behandlingsändamål och datum för förskrivning,
2. patientens namn, personnummer eller samordningsnummer, folkbokföringsort och postnumret i patientens bostadsadress,
3. förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats, arbetsplatskod och förskrivarkod,
3. förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats, arbetsplatskod och förskrivarkod, *eller namn och yrke för förskrivare behörig i ett annat EES-land,*
4. ordinationsorsak,
5. senaste datum för när läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas,
6. expedierad vara, mängd och dosering, datum för expediering, expedierande apotek, expedierande farmaceut och uppgift om att farmaceuten har motsatt sig utbyte av ett förskrivet läkemedel och skälen för det,
7. kostnad, kostnadsreducering enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen (2004:168),
8. andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering,
9. uppgift om samtycke och om spärrade uppgifter, och
10. uppgift om fullmakt.

Med expedierande apotek i 6 likställs ett expedierande apotek eller motsvarande i ett annat EES-land.

Med expedierande farmaceut i 6 likställs den som är behörig att

expediera läkemedel i ett annat EES-land.

9 §

Patientens identitet får användas som sökbegrepp endast för de ändamål som anges i 2–4 §§. Ombudets identitet får användas som sökbegrepp endast för de ändamål som anges i 2 § 3 och 3 §. Förskrivarens identitet får användas som sökbegrepp endast för de ändamål som anges i 5 § 4 och 6.

Ordinationsorsak får inte användas som sökbegrepp.

Patientens identitet får användas som sökbegrepp endast för de ändamål som anges i 2–4 §§. Ombudets identitet får användas som sökbegrepp endast för de ändamål som anges i 2 § 3, 3 och 3 a §. Förskrivarens identitet får användas som sökbegrepp endast för de ändamål som anges i 5 § 4 och 6.

4 kap.

1 §

Behandling av personuppgifter som är tillåten enligt denna lag får utföras även om den registrerade inte har lämnat sitt samtycke till behandlingen.

Den registrerades samtycke krävs för behandling av uppgifter om fullmakter för ändamålet i 3 kap. 2 § 3. Patientens samtycke krävs för behandling av uppgifter om en patient som får dosdispenserade läkemedel för ändamålet i 3 kap. 2 § 1. Patientens samtycke krävs även i de fall som avses i 5 §, 3 kap. 7 § andra stycket, 5 kap. 1 § andra stycket, 5 kap. 2 § och 5 kap. 3 § första stycket.

Den registrerades samtycke krävs för behandling av uppgifter om fullmakter för ändamålet i 3 kap. 2 § 3. Patientens samtycke krävs för behandling av uppgifter om en patient som får dosdispenserade läkemedel för ändamålet i 3 kap. 2 § 1. Patientens samtycke krävs *också för behandling av uppgifter om patienten för ändamålet i 3 kap. 3 a §. Därtill krävs patientens samtycke* i de fall som avses i 5 §, 3 kap. 7 § andra stycket, 5 kap. 1 § andra stycket, 5 kap. 2 § och 5 kap. 3 § första stycket.

6 kap.*Utländsk kontaktpunkt
för e-hälsa**9 §*

E-hälsomyndigheten ska lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för det ändamål som anges i 3 kap. 3 a § till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa som utsetts enligt artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet.

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

1.7 Förslag till förordning (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES)

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelse

1 § I denna förordning finns föreskrifter som ansluter till lagen (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

Uppgiftslämnande

2 § De uppgifter som på begäran av Läkemedelsverket ska lämnas ut enligt 12 § lagen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) är de uppgifter som finns hos myndigheten om

1. förskrivet läkemedel, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, behandlingsändamål och datum för förskrivning,

2. patientens namn, födelsedatum och land,

3. uppgift om förskrivarens namn och yrke,

4. expedierat läkemedel, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, behandlingsändamål, datum för expediering, expedierande apotek och expedierande farmaceut,

5. kostnad, och

6. andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering.

Uppgifterna enligt första stycket ska redovisas per öppenvårdsapotek.

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2023.

1.8 Förslag till förordning om ändring av förordningen (2006:196) om register om hälso- och sjukvårdspersonal

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2006:196) om register om hälso- och sjukvårdspersonal att 5 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

Personuppgifterna i registret får, utöver det som anges i 4 §, behandlas endast för att

1. utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal,
2. lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista,
2. lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag,
3. lämna uppgifter till myndigheter och enskilda i enlighet med det som föreskrivs i annan författning eller avtal,
 4. i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister,
 5. lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits,

¹ Senaste lydelse 2021:69.

6. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och

7. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg.

4. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i samband med tjänstetillsättning och under anställning eller uppdrag, och

5. kontrollera hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet att utfärda intyg.

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2023.

1.9 Förslag till förordning om ändring i apoteksdataförordningen (2009:624)

Härigenom föreskrivs i fråga om apoteksdataförordningen (2009:624) att 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

Integritetsskyddsmyndigheten får meddela ytterligare föreskrifter om

1. tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter om konsumenter och dem som är behöriga att förordna läkemedel, om uppgifterna helt eller delvis behandlas automatiskt enligt apoteksdatalagen (2009:367),

1. tilldelning av behörighet för åtkomst till uppgifter som helt eller delvis behandlas automatiskt enligt apoteksdatalagen (2009:367),

2. dokumentation och kontroll av åtkomst till sådana uppgifter som avses i 1, om uppgifterna helt eller delvis behandlas automatiskt enligt apoteksdatalagen.

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2023.

¹ Senaste lydelse 2020:1127.

1.10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:659) om handel med läkemedel

Härmed föreskrivs i fråga om förordningen (2009:659) om handel med läkemedel,

dels att 9 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 10 c och 14 a §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 §¹

Den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska tillhandahålla läkemedel och varor enligt 2 kap. 6 § 3 samma lag.

Den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska tillhandahålla läkemedel och varor enligt 2 kap. 6 § 3 *och läkemedel enligt 16 samma lag.*

Om ett sådant läkemedel som avses i första stycket har efterfrågats av en enskild konsument och det inte finns på öppenvårdsapoteket, ska apoteket beställa läkemedlet utan dröjsmål, dock senast klockan 16.00 om läkemedlet har efterfrågats samma dag före klockan 16.00.

10 c §

Vid expediering av ett e-recept från EES ska den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel till E-hälsomyndigheten lämna uppgifter om

1. förskrivet läkemedel, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administrer-

¹ Senaste lydelse 2018:1109.

ingsätt, behandlingsändamål och datum för förskrivning,

2. konsumentens namn, födelse-datum, kön, den uppgift som används för konsumentens identifiering i det land där e-receptet är utfärdat, kontaktuppgifter till konsumenten och land,

3. uppgift för att identifiera receptet,

4. förskrivarens namn, yrke och land,

5. expedierat läkemedel, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administrerings-sätt, behandlingsändamål, datum för expediering, expedierande apotek och expedierande farmaceut,

6. kostnad,

7. andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering,

8. fullmakt eller ombud, och

9. när det är aktuellt, en uppgift om att ett annat läkemedel än det förskrivna läkemedlet har lämnats ut.

14 a §

E-hälsomyndigheten får meddela föreskrifter om krav på hur tillståndshavaren på elektronisk väg ska kunna ta emot och lämna uppgifter till myndigheten enligt 2 kap. 6 § 18 lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2023.

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten att det ska införas en ny paragraf, 3 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 a §

Myndigheten ska vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa enligt artikel 6 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Myndigheten ska, inom ramen för samarbetet enligt artikel 14 i nämnda direktiv, tillhandahålla tjänster och infrastruktur för gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept i enlighet med lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista samt lagen (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2023.

1.12 Förslag till förordning om ändring i läkemedelsförordningen (2015:458)

Härigenom föreskrivs i fråga om läkemedelsförordningen (2015:458) att det i förordningen ska införas en ny paragraf, 9 kap. 10 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 kap.

10 a §

Läkemedelsverket får meddela föreskrifter om

1. att e-recept för vissa typer av läkemedel ska undantas från sådan överföring som avses i 13 kap. 5 § läkemedelslagen (2015:315) om det är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl, och

2. att det, för e-recept som avser vissa typer av läkemedel, får anges vid överföring enligt 13 kap. 5 § läkemedelslagen att endast det läkemedel som förskrivits får lämnas ut, när det med hänsyn till läkemedlets egenskaper kan antas att utlämnande av ett annat läkemedel är olämpligt.

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2023.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Utredningens uppdrag och arbete

Utredningens direktiv (2020:80) finns intagna som bilaga till detta delbetänkande.¹ Av direktiven framgår att utredningen ska avlämna ett delbetänkande och att utgångspunkten är att få till en heltäckande reglering från förskrivning till expediering och uppföljning för såväl i Sverige utfärdade e-recept som expedieras i andra EES-länder som e-recept som utfärdas i andra EES-länder och expedieras i Sverige. Regleringen ska syfta till att säkerställa att den gränsöverskridande processen kan vara lika patientsäker och effektiv som den nationella processen. De specifika frågeställningar som utredningen ska se över är bl.a. att

- kartlägga de olika delarna i läkemedelsprocessen samt beskriva vilket ansvar som berörda aktörer har när e-recept utfärdade i andra EES-länder ska expedieras i Sverige och e-recept utfärdade i Sverige ska expedieras i andra EES-länder,
- analysera behovet av att reglera personuppgiftsbehandlingen för öppenvårdsapoteken och andra berörda aktörer, t.ex. vårdgivare eller myndigheter, vid expedieringar i Sverige av e-recept utfärdade i annat EES-land eller svenska e-recept som expedieras i andra EES-länder,
- vid behov lämna förslag på de författningsändringar och andra åtgärder som bedöms nödvändiga,

¹ Utredningen har sedermera fått tilläggsdirektiv som avser förlängd tid för utredningen (2021:54) och tilläggsdirektiv med ytterligare utredningsfrågor som ska redovisas i utredningens slutbetänkande (2021:91).

- se över behovet av andra åtgärder för att säkerställa en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess såsom att analysera möjligheterna att inkludera uppgifter om förskrivare, farmaceuter och öppenvårdsapotek från andra EES-länder i den nationella läkemedelslistan och krav på öppenvårdsapotek t.ex. behov av ändringar i lagen (2009:366) om handel med läkemedel och Läkemedelsverkets föreskrifter,
- analysera huruvida förekomsten av digitala vårdtjänster och arbetet inom nätverket för e-hälsa motiverar behov av ytterligare insatser för att säkerställa en patientsäker expediering av ett svenskt e-recept i andra EES-länder,
- vid behov lämna förslag på nationell reglering eller andra åtgärder i syfte att säkerställa en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess vid ett sådant informationsutbyte, och
- i relevanta delar, beakta dataskyddsförordningen, offentlighets- och sekretessperspektivet, samt att särskilt redogöra för hur eventuella författningsförslag förhåller sig till skyddet om betydande intrång i den personliga integriteten i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen.

Utredningsarbetet har bedrivits på sedvanligt sätt med regelbundna möten med sakkunniga och experter. Utredningen har sammanträtt vid ett flertal tillfällen. På grund av utbrottet av covid-19 har alla sammanträden hållits i digital form. Utredningen har också haft två möten med en referensgrupp med företrädare för olika intressenter. Underhandskontakter har tagits med bl.a. företrädare för kommuner, regioner, Sveriges Kommuner och Regioner, apoteksaktörer, privat vårdgivare, patient- och professionsorganisationer, andra intressenter, samt berörda myndigheter.

Utredningen har haft samråd med *Utredningen om betrodda tjänster* (I 2020:01) och *Utredningen om genomförandet av tillgänglighetsdirektivet* (S 2020:05).

Dessa kontakter har skett genom telefonkontakter, e-post eller digitala möten.

2.2 Avgränsningar och utgångspunkter

Möjligheten att erkänna e-recept baseras på patientrörlighetsdirektivet och det frivilliga samarbete inom nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av direktivet. Utredningens förslag och bedömningar utgår från den tjänst för informationsutbyte om e-recept över landsgränser som nätverket för e-hälsa tagit fram och hur den är utformad i skrivande stund, hösten 2021. Eventuellt kommande ändrade krav och förutsättningar har utredningen inte kunnat beakta. Utredningen har arbetat med att ta fram de förslag som utredningen bedömer är nödvändiga för att informationsutbytet om e-recept inom EES ska bli möjligt. Utredningen har även försökt att anpassa förslagen efter befintliga regelverk. Utredningen utreder endast frågan om hur e-recept inom EES ska hanteras och utreder inte hur pappersrecept som kan erkännas inom EES hanteras.

Samarbetet inom nätverket för e-hälsa pågår med informationsutbyte om e-recept och s.k. patientöversikter. En patientöversikt är en sammanställning av viktig journalinformation som delas i vård-sammanhang för att kunna erbjuda patienten en god och säker vård. Samarbete har också inletts med ytterligare informationsutbyte. Detta delbetänkande avser endast e-recept och utredningen återkommer till patientöversikter i slutbetänkandet.

Patientrörlighetsdirektivet gäller enbart hälso- och sjukvård avsedd för människa och träffar inte veterinärmedicinska läkemedel. De senare omfattas inte heller av utredningens uppdrag. Arbete pågår med att anpassa svensk lagstiftning till EU-förordningen som gäller läkemedel för djur som börjar tillämpas den 28 januari 2022.² När det varit möjligt har utredningen beaktat detta arbete. Utredningen har utgått från Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (receptföreskrifterna) som träder i kraft den 28 januari 2022. Utredningen har i sina lagförslag också utgått från de ändringar i SFS 2021:1126–1128 som träder i kraft den 1 januari 2022.

Samarbetet kring informationsutbytet för e-recept är frivilligt. De flesta av EU:s medlemsländer deltar. Norge deltar som observatör. Utredningens direktiv är begränsade till e-recept inom EES. Nätverket för e-hälsas arbetsordning medger att länder i EES, Efta, och kandi-

² Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/6 av den 11 december 2018 om veterinärmedicinska läkemedel och om upphävande av direktiv 2001/82/EG.

datländer kan delta som observatörer (artikel 9). E-hälsoavtalet som krävs för deltagande i informationsutbytet är öppet för deltagare även från Efta. Schweiz är medlem i Efta, men inte i EES. Enligt beslut 153/2014 av den 9 juli 2014 från den gemensamma EES-kommittén ska patientrörlighetsdirektivet tillämpas för EES. Motsvarande beslut finns inte för Schweiz. Utredningen utreder informationsutbyte avseende medlemmarna i EU och EES, inte Schweiz och Storbritannien. Dessa länder deltar inte längre i nätverket för e-hälsa.

Enligt artikel 11.6 i patientrörlighetsdirektivet ska bestämmelsen om erkännande av recept inte tillämpas på läkemedel som endast lämnas ut på ett speciellt läkarrecept. Recept utfärdade i andra EES-länder avseende narkotikaklassade och andra särskilda läkemedel får inte expedieras enligt gällande svenska bestämmelser (se t.ex. 8 kap. 36 § 5 receptföreskrifterna). Utredningen gör tolkningen att någon ändring gällande utlämnande av narkotikaklassade och andra särskilda läkemedel mot recept från EES inte är avsedda att utredas i detta sammanhang. Detta förstärks av att det är en grupp läkemedel som kräver särskilda överväganden. Med särskilda läkemedel avses sådana narkotiska läkemedel, anabola steroider, tillväxthormoner och andra läkemedel som anges i bilaga 11 till receptföreskrifterna.

De avgränsningar utredningen har gjort i dessa och andra avseenden framgår också under respektive kapitel.

2.3 Delbetänkandets disposition

Delbetänkandet inleds med författningsförslag i kapitel 1. Därefter följer en redogörelse för bakgrunden till uppdraget i kapitlen 3–5, med gällande rätt, bakgrund och en kartläggning av läkemedelsprocessen. Därefter redogör utredningen för sina överväganden vad gäller ersättning för läkemedel vid gränsöverskridande vård i kapitel 6. I kapitlen 7–10 redogör utredningen för överväganden och förslag avseende de olika aktörernas personuppgiftsbehandling. I kapitel 10 föreslås också ändringar i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och förordningen (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen). Utredningen redogör i kapitel 11 för vilka konsekvenser förslagen har för den personliga integriteten. Därefter följer utredningens överväganden och förslag avseende behovet av andra åtgärder för att säkerställa en patientsäker och effektiv läke-

medelsprocess inklusive åtgärder avseende krav på öppenvårdsapotek och övriga åtgärder i kapitel 12, samt överväganden avseende digitala vårdtjänster, ytterligare förutsättningar för deltagande i samarbetet om e-recept och pågående arbete inom nätverket för e-hälsa i kapitel 13. De avslutande avsnitten finns i kapitel 14–16. I kapitel 14 behandlar utredningen ikraftträdande för författningsändringarna. Kapitel 15 innehåller en beskrivning av konsekvenserna av förslagen. En författningskommentar som innehåller hänvisningar till de avsnitt där respektive lagförslag behandlas finns i kapitel 16.

Som bilagor till delbetänkandet har fogats utredningens ursprungliga direktiv (2020:80) och tilläggsdirektiv om ytterligare tid (2021:54), patienttrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet 2012/52/EU.

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

I detta kapitel redogör utredningen för delar av den gällande rätt som är relevant för delbetänkandet. Inledningsvis beskrivs regleringen av skyddet för personuppgifter. Därefter redogörs det för vissa av de EU-rättsakter som bl.a. beaktas i kartläggningen av läkemedelsprocessen i kapitel 5. Slutligen redogör utredningen kort för vissa svenska författningar som rör förordnande och expediering av läkemedel. Viss gällande rätt beskrivs även i andra kapitel. I kapitel 4 redogörs för patientrörlighetsdirektivets bestämmelser om erkännande av recept och i kapitel 6 i bestämmelser om ersättning vid gränsöverskridande vård. I kapitel 6 beskrivs även förordningen 883/2004 och annan reglering avseende ersättning vid utlandsvård, samt lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

3.2 Bestämmelser om skyddet för personuppgifter

3.2.1 FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna

Förenta nationerna antog 1948 den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna. Förklaringen är inte formellt bindande för medlemsländerna, men ses som ett uttryck för sedvanerättsliga regler. Skyddet för den personliga integriteten behandlas i artikel 12 som anger att ingen får utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende, samt att var och en har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden och angrepp. I artikel 29 anges att en person endast får underkastas sådana inskränkningar som har fastställts i lag och enbart i syfte att trygga tillbörlig hänsyn till och respekt för andras rättigheter och friheter samt för att tillgodose ett

demokratiskt samhälles berättigade krav på moral, allmän ordning och allmän välfärd.

3.2.2 Europakonventionen

Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) skyddar rätten till privat- och familjeliv och är sedan den 1 januari 1995 inkorporerad i svensk rätt och gäller som lag. Av 2 kap. 19 § regeringsformen framgår att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden p.g.a. konventionen.

Artikel 8 i Europakonventionen beskriver var och ens rätt till respekt för privat- och familjeliv, familj och korrespondens. Vidare anges att en offentlig myndighet inte får inskränka åtnjutande av denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till landets säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välfärd eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Artikel 8 har i Europadomstolens praxis ansetts tillämplig också vid behandling av personuppgifter. Bestämmelsen omfattar dock inte all slags behandling av personuppgifter, det måste gälla privatliv, familjeliv, hem eller korrespondens. Europakonventionen tar i första hand sikte på åtgärder som vidtas av det allmänna.

3.2.3 Dataskyddskonventionen

Europarådets ministerkommitté antog 1980 en konvention (nr 108) till skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter (dataskyddskonventionen). Sverige anslöt sig till dataskyddskonventionen före EU-medlemskapet. Övriga EU-medlemsländer är anslutna. Konventionens syfte är att säkerställa respekten för grundläggande fri- och rättigheter, särskilt den enskildes rätt till personlig integritet i samband med automatiserad behandling av personuppgifter. Dess innehåll kan ses som en precisering av skyddet för den personliga integriteten som följer av artikel 8 i Europakonventionen. Konventionen tillämpas på behandling av personuppgifter i automatiserade personregister och automatiserad personuppgiftsbehand-

ling i allmän och enskild verksamhet, men inte för enskilds rent privata verksamhet. Europarådets utrikesministermöte antog i maj 2018 ändringsprotokoll 108 som syftar till att modernisera och uppdatera konventionens integritetsskydd. Dataskyddskonventionen innehåller principer för dataskydd som de konventionsanslutna länderna måste iaktta i sin nationella lagstiftning.

3.2.4 EU-stadgan om de grundläggande rättigheterna

Den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU-stadgan) skyddar bl.a. individers rätt till personlig integritet. Som en följd av Lissabonfördraget, som trädde i kraft år 2009, är stadgan rättsligt bindande för EU-institutionerna och medlemsländerna när dessa tillämpar EU-rätten. I EU-stadgan anges att var och en har rätt till respekt för sitt privatliv och familjeliv, sin bostad och sina kommunikationer (artikel 7). Av artikel 8 framgår vidare att var och en har rätt till skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Dessa uppgifter ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund. Var och en har rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och att få rättelse av dem (artikel 7 och 8).

3.2.5 Dataskyddsförordningen

Den 27 april 2016 antogs dataskyddsförordningen. Ett av syftena med dataskyddsförordningen är att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Det huvudsakliga syftet med dataskyddsförordningen är att ytterligare harmonisera och effektivisera skyddet för personuppgifter för att förbättra den inre marknadens funktion och öka enskildas kontroll över sina personuppgifter.

Dataskyddsförordningen är direkt tillämplig i alla medlemsländer och ersatte från och med den 25 maj 2018 Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet). Även om dataskyddsförordningen är direkt tillämplig både möjliggör och

förutsätter förordningen kompletterande nationella bestämmelser av olika slag. Dataskyddsförordningen baseras till stor del på dataskyddsdirektivets struktur och innehåll men det har även tillkommit några nyheter såsom en utökad informationsskyldighet, administrativa sanktionsavgifter och inrättandet av Europeiska dataskyddsstyrelsen.

Dataskyddsförordningen är tillämplig på all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter och på manuell behandling av personuppgifter, om uppgifterna ingår i eller kommer att ingå i ett register. Vissa behandlingar av personuppgifter är uttryckligen undantagna från tillämpningsområdet. Dataskyddsförordningen ska inte tillämpas på behandlingar som utförs av en fysisk person och som är av rent privat natur. Detsamma gäller behandlingar som sker inom verksamhet som inte omfattas av EU-rätten, behandling som sker inom EU:s gemensamma utrikes- och säkerhetspolitik och behandling som sker inom brottsbekämpande verksamhet (artikel 2).

För dataskyddsförordningen ska vara tillämplig krävs att de personuppgiftsansvariga är etablerade inom EES, att de behandlar personuppgifter i samband med att de erbjuder varor och tjänster till personer i det området eller behandlar personuppgifter i samband med övervakning av människors beteende inom EES (artikel 3).

Dataskyddsförordningen förutsätter att det finns en personuppgiftsansvarig för all personuppgiftsbehandling som sker (artikel 4.7). Den som behandlar personuppgifter är antingen personuppgiftsansvarig eller personuppgiftsbiträde. Ett personuppgiftsbiträde är en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som behandlar personuppgifter för den personuppgiftsansvariges räkning (artikel 4.8). Ett personuppgiftsbiträde har inte inflytande över bestämmandet av ändamålet med behandlingen och medel. Det är de faktiska omständigheterna i det enskilda fallet som är avgörande för om en aktör är personuppgiftsansvarig eller biträde, dvs. vem eller vilka som faktiskt har bestämt över behandlingen av personuppgifterna. Mellan den personuppgiftsansvarige och biträdet måste ett personuppgiftsbiträdesavtal upprättas. Ett sådant avtal ska innehålla bl.a. tydliga instruktioner om hur biträdet får behandla personuppgifterna (artikel 28).

Två eller flera kan vara gemensamt personuppgiftsansvariga (artikel 4.7 d). Om två eller fler personuppgiftsansvariga gemensamt fastställer ändamålen med och medlen för behandlingen ska de vara

gemensamt personuppgiftsansvariga (artikel 26). Ett samarbete mellan flera personuppgiftsansvariga medför inte automatiskt ett gemensamt ansvar för behandlingen av personuppgifter. Det avgörande är om de deltagande parterna i någon mån tillsammans bestämmer ändamålen med och medlen för behandlingen.

Av artikel 5 i dataskyddsförordningen följer ett antal grundläggande principer som gäller vid all behandling av personuppgifter. Dessa principer utgör ett ramverk för hur personuppgifter får behandlas. För det första ska uppgifterna behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den enskilde (artikel 5.1 a). Uppgifterna ska vidare samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål (artikel 5.1 b). Uppgifterna ska också vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (artikel 5.1 c). Uppgifterna ska dessutom vara riktiga och om nödvändigt uppdaterade. Alla rimliga åtgärder måste vidtas för att säkerställa att personuppgifter som är felaktiga i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas raderas eller rättas utan dröjsmål (artikel 5.1 d). Personuppgifter får inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under en längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka uppgifterna behandlas (artikel 5.1 e). Slutligen ska uppgifterna behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (artikel 5.1 f).

Av artikel 5.2 följer att det är den personuppgiftsansvarige som ansvarar för och ska kunna visa att de grundläggande principerna efterlevs (ansvarsskyldighet). Som ett led i den personuppgiftsansvariges ansvarsskyldighet ska denna bl.a. genomföra en konsekvensbedömning avseende dataskydd (artikel 35). Det är en skyldighet för den personuppgiftsansvarige att göra en konsekvensbedömning före en behandling av personuppgifter som sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Konsekvensbedömning avseende dataskydd är ett verktyg för att säkerställa att den personuppgiftsansvarige följer dataskyddsförordningen.

För att det ska vara tillåtet att behandla personuppgifter krävs det att behandlingen stödjer sig på någon av de rättsliga grunderna i artikel 6 i dataskyddsförordningen. Bestämmelsen är uttömmande och

om inte någon av de uppräknade rättsliga grunderna är tillämpliga är det inte tillåtet att behandla personuppgifter. Ett sådant villkor är att den enskilde har lämnat sitt samtycke till att personuppgifterna behandlas (artikel 6.1 a). Behandling kan också ske om den är nödvändig för att fullgöra ett avtal (artikel 6.1 b) eller nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c), för att skydda intressen som är av grundläggande betydelse för en fysiskperson (artikel 6.1 d), för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e). Personuppgifter kan slutligen behandlas med stöd av en intresseavvägning (artikel 6.1 f).

Av artikel 6.3 i dataskyddsförordningen följer att grunden för den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna uppfylla en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller en uppgift för allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e) måste fastställas i nationell rätt eller EU-rätt. Det innebär att det inte är möjligt att endast stödja sig på den generella regleringen i dataskyddsförordningen vid sådan behandling. Vidare framgår av artikel 6.3 andra stycket att syftet med behandlingen, då denna grundar sig på en rättslig förpliktelse, ska fastställas i den rättsliga grunden och i fråga om behandling vara nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e).

Det finns också möjlighet att i nationell rätt mer detaljerat reglera olika krav på sådan behandling av personuppgifter som är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna uppfylla en rättslig skyldighet eller utföra en arbetsuppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.2). I artikel 6.3 anges dessutom att den rättsliga grunden kan innehålla särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen, bl.a. de allmänna villkor som ska gälla för den personuppgiftsansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka personuppgifterna får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling, inbegripet åtgärder för att tillförsäkra en laglig och rättvis behandling.

Den författning eller det beslut som utgör den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter enligt förordningen måste uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket sista meningen).

Behandling av känsliga personuppgifter (i dataskyddsförordningen benämnda särskilda kategorier av personuppgifter, se artikel 9) är som huvudregel förbjuden. Huvudregeln kompletteras med ett antal undantag i artikel 9.2 i dataskyddsförordningen som anger när behandling av känsliga personuppgifter är tillåten. Ett av undantagen är om den registrerade har uttryckligen samtyckt till behandlingen (artikel 9.2 a). Ett annat undantag avser behandling av känsliga personuppgifter som är nödvändig för skäl som hör samman med förebyggande hälso- och sjukvård, yrkesmedicin och social omsorg, på grundval av EU-rätten eller medlemsländernas nationella rätt, under förutsättning att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av tystnadsplikt (artikel 9.2 h).

Dataskyddsförordningen innehåller även ett antal rättigheter för de enskilda vars personuppgifter behandlas (de registrerade). Av artikel 12–14 framgår t.ex. att den registrerade har rätt att få omfattande information från den personuppgiftsansvarige. Om personuppgifterna har samlats in från någon annan än den registrerade, behöver information inte lämnas om det skulle visa sig vara omöjligt eller innebära en ansträngning som inte står i proportion till nyttan, om erhållande eller utlämnande av personuppgifter är rättsligt reglerat eller om personuppgifterna måste förbli konfidentiella till följd av tystnadsplikt. Den registrerade kan också begära registerutdrag med information om bl.a. vilka uppgifter som behandlas om honom eller henne (artikel 15) och begära att få sådana uppgifter rättade eller raderade eller att behandlingen ska begränsas (artikel 16–18). Vidare har den registrerade rätt att göra invändningar mot personuppgiftsbehandling avseende honom eller henne som utförs på vissa rättsliga grunder (artikel 21.1). Dessa rättigheter kan begränsas under vissa förutsättningar (artikel 23.1).

3.2.6 Regeringsformen

Grundläggande bestämmelser om skydd för den personliga integriteten finns i regeringsformen. Av målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § regeringsformen (RF) framgår bl.a. att den offentliga makten ska utövas med respekt för den enskilda människans frihet och att det allmänna ska värna den enskildes privatliv och familjeliv.

För att stärka skyddet för den personliga integriteten infördes år 2011 ett nytt andra stycke i 2 kap. 6 § RF. I bestämmelsen anges att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Enligt 2 kap. 20 § RF får skyddet begränsas genom lag under de förutsättningar som anges i 2 kap. 21 § RF. Enligt förarbetena avses med begreppet den enskildes personliga förhållanden bl.a. namn och andra personliga identifikationsuppgifter, adress, familjeförhållanden, hälsa, fotografisk bild, uppgift om anställning och en persons ekonomi.¹ Uttrycket avses ha samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Vid bedömningen om en åtgärd ska anses innebära övervakning eller kartläggning är det inte åtgärdens huvudsakliga syfte utan vilken effekt åtgärden har som är avgörande. I förarbetena anges som exempel att en åtgärd från det allmännas sida som vidtas primärt i syfte att ge myndigheterna underlag för beslutsfattande i enskilda ärenden i många fall anses innebära kartläggning av enskildas förhållanden, även om kartläggning inte är avsikten. Ett annat exempel är de myndighetsspecifika verksamhetsregister och databaser med information som är knuten till en myndighets ärendehantering som förekommer i stort sett all statlig och kommunal förvaltning. Enligt förarbetena får uppgifterna i flertalet fall anses tillgängliga för myndigheterna på sådant sätt att lagringen och behandlingen av uppgifterna kan sägas innebära att enskilda kartläggs, även om det huvudsakliga ändamålet med behandlingen är ett helt annat.² Som exempel på kartläggning angav Integritetskommittén i sitt betänkande *Hantering av uppgifter om den enskildes hälsa i patientjournaler och hälso-databaser eller inom ramen för forskning i det allmännas regi*.³

Behandling av personuppgifter med stöd av samtycke är undantaget i 2 kap. 6 § andra stycket RF. I förarbetena anges att regleringen tar sikte på sådana åtgärder som den enskilde inte själv kan få kännedom om eller påverka genom krav på frivilligt godkännande. Om åtgärderna förutsätter den enskildes godkännande anses intrånget normalt inte vara så allvarligt att det omfattas av det särskilda grundlagsskyddet. Detta bör gälla oberoende av vilka slags uppgifter

¹ Prop. 2009/10:80 s. 177.

² Prop. 2009/10:80 s. 180.

³ SOU 2008:3 s. 271.

åtgärden eller behandlingen avser. Vidare hänvisas i förarbetena till den då gällande personuppgiftslagen (1998:204) och att den regleringen kan tjäna som vägledning vid bedömningen av vad som krävs för att en åtgärd ska falla utanför grundlagsskyddet redan p.g.a. att den vidtas med den enskildes samtycke. De krav som nämns i förarbetena är att de berörda personerna tillfrågats om samtycke och att de därvid fick all den information som kunde tänkas påverka deras beslut att tillåta behandlingen.⁴

Det särskilda grundlagsskyddet omfattar endast betydande integritetsintrång. Det är således bara vissa kvalificerade intrång i den personliga integriteten som omfattas. Vid bedömningen av hur ingripande intrånget i den personliga integriteten kan anses vara i samband med insamling, lagring och bearbetning eller utlämnande av uppgifter om enskildas personliga förhållanden är det enligt förarbetena naturligt att stor vikt läggs vid uppgifternas karaktär. Ju känsligare uppgifterna är, desto mer ingripande måste det allmännas hantering av uppgifterna normalt anses vara. Även hantering av ett litet fåtal uppgifter kan med andra ord innebära ett betydande intrång i den personliga integriteten om uppgifterna är av mycket känslig karaktär. Vid bedömningen av intrångets karaktär är det också naturligt att stor vikt läggs vid ändamålet med behandlingen. Därutöver kan givetvis mängden uppgifter vara en betydelsefull faktor i sammanhanget. Vidare hänvisas i förarbetena till att konstitutionsutskottet i flera lagstiftningsärenden som rört myndigheters personuppgiftsbehandling framhållit att målsättningen bör vara att myndighetsregister med ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll ska regleras särskilt i lag. Regeringen har flera gånger instämt i denna bedömning.⁵

Enligt förarbetena bör flera omständigheter vägas in vid bedömningen av vad som kan anses utgöra ett betydande intrång. Uppgifternas karaktär och omfattning utgör endast två faktorer att beakta. Även sådana omständigheter som t.ex. ändamålet med behandlingen av uppgifterna och omfattningen av utlämnandet av uppgifter till andra som sker utan omedelbart stöd av offentlighetsprincipen kan vara av betydelse vid bedömningen.⁶

⁴ Prop. 2009/10:80 s. 178 f.

⁵ Prop. 2009/10:80 s. 183. I propositionen hänvisas till bet. 1990/91:KU11 s. 11, 1997/98:KU18 s. 43, prop. 1997/98:44 s. 41 och prop. 1999/2000:39 s. 78.

⁶ Prop. 2009/10:80 s. 184.

Skyddet för den personliga integriteten enligt 2 kap. 6 § andra stycket RF är inte absolut och kan under vissa förutsättningar begränsas med hänsyn till andra motstående intressen. Av 2 kap. 20 § RF följer att en sådan begränsning endast får ske genom lag. Enligt 2 kap. 21 § RF följer att begränsningen får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart p.g.a. politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

I förarbetena framfördes att en följd av denna reglering är bl.a. att lagstiftaren tvingas att tydligt redovisa vilka avvägningar som gjorts vid proportionalitetsbedömningen. Detta kan förväntas öka förutsättningarna för att avvägningarna i fråga om integritetsintrånget blir mer ingående belysta och att de presenteras på ett sådant sätt att kvaliteten i lagstiftningen höjs ytterligare.⁷ Vid en proportionalitetsbedömning ska det intrång som sker i den enskildes personliga integritet vägas mot de fördelar som intrånget innebär. Det intrång som sker i den enskildes personliga integritet måste vara befogat och stå i rimlig proportion till de fördelar som intrånget bidrar med till det motstående intresset. Ett ytterligare krav är att det inte finns några mindre integritetskänsliga alternativ.

Det är bara genom svensk lag som skyddet enligt 2 kap. 6 § andra stycket RF kan inskränkas. Den rätt att behandla personuppgifter som följer av dataskyddsförordningen gör alltså inte att myndigheter får behandla personuppgifter i strid med 2 kap. 6 § andra stycket RF.

3.2.7 Lagen om nationell läkemedelslista

Den 1 maj 2021 trädde lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista i kraft. Lagen ersätter lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Det övergripande målet med den nationella läkemedelslistan är att skapa en samlad källa av en patients förskrivna läkemedel och andra varor samtidigt som patientens behov av integritetsskydd tillgodoses.

⁷ Prop. 2009/10:80 s. 177.

E-hälsomyndigheten ska med automatiserad behandling föra ett register över vissa uppgifter om förskrivna och expedierade läkemedel och andra varor för människor (1 kap. 1 §). E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den personuppgiftsbehandling myndigheten utför (3 kap. 1 §). I lagen finns kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen. Känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt. I 3 kap. 2–5 §§ anges de ändamål för vilka personuppgifterna får behandlas. Uppgifterna får bl.a. behandlas om det är nödvändigt för ändamål som rör registrering av uppgifter om förskrivna läkemedel och för ändamål som rör öppenvårdsapotek, bl.a. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits. Enligt 4 kap. 1 § första stycket får behandling som är tillåten enligt lagen utföras även om den registrerade inte har lämnat sitt samtycke. Personuppgifterna som behandlas för något av de angivna ändamålen får dessutom, enligt 3 kap. 7 §, behandlas för andra ändamål under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in. Av samma bestämmelse följer att behandling som inte annars är tillåten enligt lagen får utföras om den registrerade har lämnat uttryckligt samtycke. Vilka uppgifter som får behandlas i registret framgår av 3 kap. 8 §. Registret får också innehålla andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering och uppgifter om samtycke, spär och fullmakt.

Expedierande personal på öppenvårdsapotek, viss hälso- och sjukvårdspersonal samt patienten själv och dennes ombud får ges direktåtkomst till registret, under vissa förutsättningar och för vissa ändamål. Enligt 5 kap. 1 § får direktåtkomst ges till expedierande personal på öppenvårdsapotek för bl.a. ändamålet expediering av läkemedel och andra varor. Det krävs inte samtycke för sådan direktåtkomst, förutom när det gäller uppgift om ordinationsorsak. Av 6 kap. följer att E-hälsomyndigheten har en skyldighet att lämna ut uppgifter från registret till bl.a. expedierande personal på öppenvårdsapoteken, viss hälso- och sjukvårdspersonal, regioner, och till vissa myndigheter.

Lagen innehåller också vissa skyddsåtgärder som t.ex. s.k. integritetshöjande samtycke för vissa ändamål och viss behandling, spärrning (4 kap. 3–4 § §), sökbegränsningar (3 kap. 9 §), bevarandetid

(3 kap. 10 §) och villkor för tilldelning av behörighet och åtkomstkontroll (8 kap. 1 §).

3.2.8 Apoteksdatalagen

Apoteksdatalagen tillkom år 2009 i och med omregleringen av apoteksmarknaden. I förarbetena till lagen uttalade regeringen att det var angeläget med en tydlig reglering av hanteringen av personuppgifter i öppenvårdsapotekens verksamhet för att även på en omreglerad marknad skydda integriteten hos konsumenter och den som är behörig att förordna läkemedel.⁸

Apoteksdatalagen reglerar öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter och är en registerförfattning som innehåller kompletterande nationella bestämmelser till dataskyddsförordningen. Med öppenvårdsapotek avses en inrättning för detaljhandel med läkemedel som bedrivs med tillstånd enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel (3 §). Apotekens kärnverksamhet utgörs av expediering av läkemedel och andra varor som förordnats. Det innebär en behandling av personuppgifter hänförliga till såväl konsumenter som till den som är behörig att förordna läkemedel. Den behandling av personuppgifter som hänför sig till de interna och administrativa åtgärder som kan förekomma i öppenvårdsapotekens verksamhet, dvs. sådant som inte rör handel med läkemedel med mera omfattas inte av lagens tillämpningsområde. Behandling av personuppgifter i verksamhet som faller utanför apoteksdatalagen regleras av dataskyddsförordningen, dataskyddslagen och eller annan registerförfattning.

Apoteksdatalagen tillämpas på all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter samt manuell behandling av personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier (1 §). Öppenvårdsapoteken ska behandla personuppgifter så att den enskildes integritet respekteras, samt att dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem (4 §).

De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas på öppenvårdsapoteket anges i 8 §. Personuppgiftsbehandling får ske för expedier-

⁸ Prop. 2008/09:145 s. 330.

ing av förordnade läkemedel och sådana förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. samt för åtgärder i anslutning till expedieringen (p. 1), redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten enligt 2 kap. 6 § 5 eller 7 lagen om handel med läkemedel (p. 2), hantering av reklamationer och indragningar (p. 3), administrering av delbetalning av läkemedel och varor som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m., (p. 4) administrering av fullmakter att hämta ut läkemedel (p. 5) redovisning av uppgifter till Inspektionen för vård och omsorg och Läkemedelsverket för deras tillsyn (p. 6), rapportering till förskrivare om utbyte av läkemedel enligt 21 § femte stycket, 21 a § fjärde stycket och 21 b § tredje stycket lagen om läkemedelsförmåner m.m. (p. 7), hälso-relaterad kundservice (p. 8), att kunna lämna ut recept eller blankett till konsumenten (p. 9), systematisk och fortlöpande utveckling och säkerställande av öppenvårdsapotekens kvalitet (p. 10), samt administration, planering, uppföljning och utvärdering av öppenvårdsapotekens verksamhet samt framställning av statistik (p. 11).

Av 6 § första stycket apoteksdatalagen följer att behandling av personuppgifter som är tillåten enligt lagen får utföras även om den enskilde motsätter sig den. I de fall det enligt apoteksdatalagen krävs samtycke, är personuppgiftsbehandlingen givetvis inte tillåten om inte samtycke ges. Personuppgiftsbehandling för ändamålen administrering av fullmaktsregister och hälsorelaterad kundservice är sådana ändamål för vilka samtycke krävs (8 § 2 apoteksdatalagen). Vidare framgår av 6 § andra stycket apoteksdatalagen att behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt apoteksdatalagen ändå får ske, om den enskilde lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen.

I 9 § kommer den s.k. finalitetsprincipen till uttryck.⁹ Av bestämmelsen följer att personuppgifter som behandlas enligt 8 § får behandlas även för andra ändamål under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in.

Den som innehar ett tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel är personuppgiftsansvarig för den behandlingen av personuppgifter som utförs på ett öppenvårdsapotek (7 §). Personuppgiftsansvaret omfattar även den behandling av personuppgifter som sker

⁹ Artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen.

när expedierande personal genom direktåtkomst tar del av uppgifter som finns hos E-hälsomyndigheten i den nationella läkemedelslistan.¹⁰

Det finns en bestämmelse om sökbegrepp i apoteksdatalagen (10 §) som innebär att identiteten för en konsumenten och för den som är behörig att förordna läkemedel får användas som sökbegrepp endast för vissa av de ändamål som anges i 8 § första stycket. Det finns även bestämmelser om tilldelning av behörighet för åtkomst till personuppgifter, och att behörigheten ska vara begränsad till vad som behövs för att den som arbetar på ett öppenvårdsapotek ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter (12 §). Åtkomsten ska dokumenteras och kontrolleras (13 §). Den personuppgiftsansvarige ska också se till att den registrerade får viss information om behandlingen av personuppgifter. Förutom den information som ska lämnas enligt artiklarna 13 och 14 i dataskyddsförordningen, ska den personuppgiftsansvarige lämna information om den uppgiftsskyldighet som kan följa av lag eller förordning, de tystnadsplikts- och säkerhetsbestämmelser som gäller för uppgifterna och behandlingen, rätten till skadestånd samt vad som gäller i fråga om sökbegrepp (16 §).

När en personuppgift inte längre behövs för behandling enligt ändamålen i lagen ska uppgiften tas bort (14 §). Vid expediering av recept finns krav på att öppenvårdsapoteken ska upprätta en verifikation över utlämnandet. En verifikation ska innehålla uppgifter om vad som har förskrivits och vad som har lämnats ut. Av 17 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. framgår att de handlingar som enligt förordningen utgör apotekets verifikationer ska förvaras i tre år. Enligt 10 kap. 1 § 1 receptföreskrifterna ska verifikationer sparas i fem år för Läkemedelsverkets tillsyn.

3.2.9 Patientdatalagen

Patientdatalagen (2008:355) reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, oavsett om vården bedrivs i offentlig eller privat regi. Patientdatalagen är en ramlagstiftning, som anger vilka grundläggande principer som ska gälla för informationshanteringen avseende uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård. Syftet med lagen är att informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser

¹⁰ Prop. 2017/18:223 s. 82.

patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem (1 kap. 2 §).

Patientdatalagen tillämpas på all helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter samt manuell behandling av personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier (1 kap. 4 §). Lagen omfattar behandling av personuppgifter i all individinriktad patientverksamhet som innefattar vård, undersökning eller behandling. Det är vårdgivaren som är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför (2 kap. 6 §). De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården framgår av 2 kap. 4 §.

Patientdatalagen innehåller även grundläggande bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst i en vårdgivares verksamhet (4 kap.). Därtill finns bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal (3 kap.), om nationella och regionala kvalitetsregister (7 kap.), om sammanhållen journalföring över vårdgränserna (6 kap.), om rättigheter för den enskilde (8 kap) och om bevarande samt gallring i t.ex. 3 kap. 17 § och 6 kap. 8 §.

3.3 Annan EU-reglering

3.3.1 Webbtillgänglighetsdirektivet

Webbtillgänglighetsdirektivet syftar till att offentliga sektorns webbplatser och mobila applikationer ska bli mer tillgängliga för användare och då särskilt för personer med funktionsnedsättning, samt bidra till en ökad harmonisering av standarder (artikel 1). Det innebär att digital service (offentliga tjänster och information via en webbplats eller mobil applikation) ska vara tillgänglig, dvs. möjlig att uppfatta, hanterbar, begriplig och robust (artikel 4). Webbplatser och mobila applikationer kan leva upp till kraven genom att följa en viss europeisk standard (artikel 6). Offentliga aktörer ska tillhandahålla en tillgänglighetsredogörelse som beskriver hur webbplatsen eller applikationen uppfyller kraven (artikel 7). Det ska också finnas en mekanism så att användare kan lämna återkoppling om tillgäng-

lighetsproblem. Direktivet har genomförts i Sverige bl.a. genom lagen (2018:1937) och förordningen (2018:1938) om tillgänglighet till digital offentlig service, samt Myndigheten för digital förvaltnings (DIGG) föreskrifter. DIGG är tillsynsmyndighet.

3.3.2 eIDAS-förordningen

eIDAS-förordningen och genomförandeförordningarna ger ett rättsligt ramverk, tekniska standarder och specifikationer för elektronisk identifiering och betrodda tjänster. Syftet är att säkerställa en väl fungerande inre marknad och uppnå en lämplig säkerhetsnivå för medel för elektronisk identifiering och betrodda tjänster (artikel 1). Utredningen går inte in på frågor om betrodda tjänster och redogör därför enbart för vad som gäller för elektronisk identifiering. Tjänsten e-recept över landsgränser innebär inte i sig att gränsöverskridande identifiering görs, utan eIDAS-förordningen kan få betydelse främst beroende på vad nätverket för e-hälsa ställer för krav, se avsnitt 13.4.1.

Förordningen syftar till att undanröja hinder för gränsöverskridande användning av e-legitimationer i medlemsländerna för autentisering för åtminstone offentliga tjänster (skäl 12). Förordningen bör inte tolkas som att den ställer krav på e-legitimationer som endast används nationellt, utan kraven aktualiseras först när de ska användas över landsgränserna.¹¹ I skäl 10 görs en hänvisning till 14 c i patientrörlighetsdirektivet om att stödja gemensamma åtgärder för identifiering och autentisering för att underlätta överförbara uppgifter i en gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Ett sådant ömsesidigt erkännande av elektronisk identifiering och autentisering anges vara en förutsättning för att gränsöverskridande sjukvård ska bli verklighet.

Medel för elektronisk identifiering definieras som en materiell eller immateriell enhet som innehåller personidentifieringsuppgifter och som används för autentisering för nättjänster (artikel 3.2). E-legitimationer är ett medel för elektronisk identifiering. För e-legitimationer i Sverige är det normalt en persons personnummer som är personidentifieringsuppgiften.¹² En e-legitimation som uppfyller kraven

¹¹ SOU 2021:62 s. 57.

¹² Prop. 2020/21:81 s. 8.

enligt eIDAS-förordningen och som utfärdats i ett annat medlemsland ska kunna användas för autentisering för nättjänster som tillhandahålls av offentliga organ i Sverige. Nättjänst definieras inte i förordningen, men tjänster som i Sverige kallas e-tjänster anses omfattas enligt *Utredningen om betrodda tjänster*.¹³ Förordningen fastställer tillitsnivåerna låg, väsentlig och hög för e-legitimationer.

Förordningen gäller e-legitimationssystem som har anmälts av ett medlemsland (artikel 2). En e-legitimation ska under vissa förutsättningar omfattas av ömsesidigt erkännande (artikel 6). Sverige gjorde sin första föransmälan i december 2020.

För att identifiera sig för åtkomst till en digital tjänst i ett annat medlemsland än det där individens e-legitimation har utfärdats kan det system för gränsöverskridande identifiering som upprättas genom eIDAS-förordningen användas. Identifieringen går då mellan förbindelsepunkter, kallade noder, i avsändande och mottagande medlemsland för verifiering. I Sverige är DIGG en sådan nod.

3.3.3 SDG-förordningen

SDG-förordningen träder gradvis i kraft fram till och med 2023. Förordningen syftar till att göra det enklare för privatpersoner och medborgare att agera över gränserna främst genom tillförlitlig information samt hjälp- och problemlösningstjänster för den som t.ex. ska arbeta i eller flytta till ett annat land.

Det ska underlättas genom en gemensam digital ingång på EU-nivå (även kallad single digital gateway, SDG). För detta används webbplatsen Ditt Europa/Your Europe, www.youreurope.eu. Från den kan användarna ta sig vidare till nationell information. Där ska det bl.a. finnas uppgifter om lagar, rättigheter och skyldigheter, digitala tjänster för att utföra ett ärende, samt hjälp och support för stöd i kontakter med offentliga aktörer. Detta gäller för ett antal utvalda områden som beskrivs i en bilaga till SDG-förordningen, t.ex. hälso- och sjukvård. Under området hälso- och sjukvård anges bl.a. att det omfattar att köpa receptbelagda läkemedel i ett annat medlemsland än där receptet utfärdades, online eller personligen.

SDG-förordningen ställer även krav på ett tekniskt system för bevisutbyte som grundar sig på engångsprincipen. Engångsprincipen

¹³ SOU 2021:62 s. 58.

innebär att användare endast ska behöva lämna samma uppgift en gång och att uppgifter i stället ska delas mellan olika myndigheter och organ i EU på användarens initiativ.

För närvarande pågår arbete både på europeisk och på nationell nivå kopplat till SDG-förordningen i enlighet med kommissionens tillkännagivande *Riktlinjer för genomförandet av förordningen om inrättande av en gemensam digital ingång* (2021/C 71/02).

DIGG är nationell samordnare i Sverige och arbetar, bistådda av Kommerskollegium, med den nationella samordningen tillsammans med de behöriga aktörerna. Sedan december 2020 ska de myndigheter som berörs av SDG-förordningen tillhandahålla information samt hjälp- och problemlösningstjänster via Ditt Europa. Motsvarande gäller från december 2022 för kommuner och regioner. I december 2023 ska myndigheter som berörs av SDG-förordningen, samt kommuner och regioner, tillhandahålla digitala tjänster helt online och en uppgift ska bara behöva lämnas en gång.

3.3.4 Tillgänglighetsdirektivet

Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2019/882 av den 17 april 2019 om tillgänglighetskrav för produkter och tjänster (tillgänglighetsdirektivet) innehåller krav som ska gälla produkter och tjänster efter den 28 juni 2025, med vissa undantag. Syftet är att harmonisera reglerna för tillgänglighetskrav för vissa produkter och tjänster, samt att hjälpa medlemsländerna uppfylla nationella och internationella åtaganden som gäller tillgänglighet. Det ska även främja ett fullt och effektivt deltagande på lika villkor genom att förbättra tillgången till konventionella produkter och tjänster som genom sin ursprungliga utformning eller senare anpassning tillgodoser behoven hos personer med funktionsnedsättning. *Utredningen om genomförande av tillgänglighetsdirektivet* (S 2020:05) har i maj 2021 lämnat sitt betänkande SOU 2021:44 *Tillgänglighetsdirektivet* med förslag hur direktivet ska genomföras i svensk rätt.

3.4 Författningar som rör förskrivning och expediering

3.4.1 Lagen om handel med läkemedel

Lagen (2009:366) om handel med läkemedel innehåller bl.a. bestämmelser om detaljhandel med läkemedel till konsument. När det gäller information, marknadsföring, förordnande och utlämnande av läkemedel hänvisas till läkemedelslagen. Reglerna om detaljhandel är huvudsakligen nationella bestämmelser eftersom detaljhandel med humanläkemedel endast i liten utsträckning varit föremål för harmonisering genom EU-rätten.

För att få bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument krävs Läkemedelsverkets tillstånd. Undantag finns för vissa typer av receptfria läkemedel. En inrättning som har beviljats ett sådant tillstånd kallas öppenvårdsapotek. Sökanden måste bl.a. uppfylla lämplighetskrav och visa att den har förutsättningar att uppfylla de krav som ställs på verksamheten. I öppenvårdsapotekens grunduppdrag ingår att verka för en god och säker läkemedelsanvändning genom att säkerställa att konsumenten så snart det kan ske får tillgång till förordnade läkemedel och varor, ge sakkunnig och individuellt anpassad information och rådgivning, samt att genomföra och upplysa om utbyte av läkemedel.

Det finns detaljerade krav för öppenvårdsapotek i lagen om handel med läkemedel och anslutande regleringar. Flera av kraven på tillståndshavaren framgår i 2 kap. 6 § lagen om handel med läkemedel, t.ex. ska tillståndshavaren tillhandahålla läkemedel så snart det kan ske (2 kap. 6 § 3) och vid expediering av en förskrivning lämna de uppgifter som anges i 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista till E-hälsomyndigheten (2 kap. 6 § 5). Tillståndshavaren ska också ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter hos E-hälsomyndigheten (2 kap. 6 § 6).

Läkemedelsverket har tillsyn över lagen om handel med läkemedel, kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161¹⁴ och de föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

I förordningen (2009:659) om handel med läkemedel finns bestämmelser som ansluter till lagen om handel med läkemedel.

¹⁴ Kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161 av den 2 oktober 2015 om komplettering av Europaparlamentet och rådets direktiv 2001/83/EG genom fastställande av närmare bestämmelser om de säkerhetsdetaljer som anges på förpackningar för humanläkemedel.

3.4.2 Läkemedelslagen

Läkemedelslagen (2015:315) innehåller de grundläggande svenska bestämmelserna om läkemedel. Syftet med lagen är främst att skydda människors och djurs liv, hälsa och välbefinnande samt att värna om folkhälsan och skydda miljön utan att detta i högre grad än vad som är nödvändigt hindrar utvecklingen av läkemedel eller handeln med läkemedel i Sverige och inom EES (1 kap. 1 §). I lagen finns bl.a. bestämmelser om krav på läkemedel, godkännande, registrering och tillstånd till försäljning av läkemedel (4 kap.), krav för försäljning av läkemedel (5 kap.), förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (13 kap.), tillsyn (14 kap.) och bemyndiganden (18 kap.). Läkemedelsverket har tillsyn enligt läkemedelslagen. I läkemedelsförordningen (2015:458) finns kompletterande bestämmelser till läkemedelslagen.

3.4.3 Läkemedelsverkets föreskrifter

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (receptföreskrifterna) reglerar förordnande av förskrivare, hur expediering av recept och rekvisition ska hanteras vid öppenvårdsapotek samt hur receptfria läkemedel som inte har förordnats ska säljas på öppenvårdsapotek. I föreskrifterna regleras bl.a. pappersrecept som utfärdas avsedda att användas i EES och vad som gäller vid expediering av pappersrecept från EES. I föreskrifterna finns även krav på dokumentation och hur lång tid den ska bevaras för tillsyn. Föreskrifterna träder i kraft den 28 januari 2022 och ersätter då Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Utredningen har i möjligaste mån försökt beakta de nya föreskrifterna även om de inte trätt i kraft i skrivande stund.

4 Bakgrund

4.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs bakgrunden till utredningens uppdrag att utreda vad som krävs för en patientsäker och effektiv process för e-recept över landsgränser inom EES. Vissa grundläggande begrepp och förutsättningar för e-recept för humanläkemedel förklaras också. Slutligen beskrivs patientrörlighetsdirektivets bestämmelser om erkännande av recept inom EES, hur bestämmelserna har genomförts i Sverige och en kort internationell utblick.

4.2 Bakgrund till utredningens uppdrag

Redan i dag är det möjligt att expediera pappersrecept från ett annat EES-land på öppenvårdsapotek i Sverige och pappersrecept utfärdade i Sverige får expedieras i andra EES-länder. Det finns fördelar med en övergång till e-recept. Det ger en mer samlad bild för patienten och hälso- och sjukvårdspersonal över patientens aktuella recept och utlämnade läkemedel, vilket är en förutsättning för en patientsäker läkemedelshantering. Det kan också innebära fördelar för personer som bor i Sverige och arbetar i ett annat land eller delvis bor i annat land. Även om den gränsöverskridande vården omfattar relativt små patientflöden är den ett viktigt komplement till den nationella vården. I Sverige utfärdas nästan uteslutande e-recept för humanläkemedel. Regeringen avser att även e-recepthantering ska vara möjligt vid gränsöverskridande vård och beslutade mot denna bakgrund om utredningens uppdrag att föreslå en helhetslösning. I uppdraget ingår bl.a. att analysera frågor i E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS) och i remissvaren, samt komplettera kartläggningen i rapporten.

4.2.1 E-hälsomyndighetens rapport

E-hälsomyndigheten fick 2018 i uppdrag att göra en rättslig analys av den personuppgiftsbehandling som myndigheten avsåg att genomföra inom ramen för patientrörlighetsdirektivet. I rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling* beskriver E-hälsomyndigheten hur processen är tänkt att se ut när svenska e-recept ska expedieras i utlandet och utländska e-recept ska expedieras i Sverige. Utifrån denna beskrivning konstaterar E-hälsomyndigheten att ett informationsutbyte över landsgränser av e-recept innebär att det kommer att vara nödvändigt att behandla känsliga personuppgifter på ett sätt som myndigheten inte gör i dag. För att denna personuppgiftsbehandling ska vara tillåten behövs författningsändringar och myndigheten lämnade ett antal förslag.

E-hälsomyndighetens uppdrag var avgränsat till myndighetens personuppgiftsbehandling, men det lyftes att ytterligare utredningsarbete var nödvändigt för att ett gränsöverskridande informationsutbyte skulle kunna genomföras. I rapporten framhöll E-hälsomyndigheten vidare att de tekniska förutsättningarna för e-recept över landsgränser i stort finns på plats i Sverige, men att ett författningsstöd behövs innan ett sådant informationsutbyte inleds.

4.2.2 En översiktlig beskrivning av läkemedel

Som en bakgrund till uppdraget beskrivs i detta avsnitt översiktligt grundläggande förutsättningar för läkemedel och kort om några olika typer av läkemedel. Ett läkemedel innehåller en eller flera medicinskt aktiva substanser som är avsedda att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom. Aktiv substans är en beståndsdel i läkemedel vars syfte är att ge terapeutisk effekt eller möjlighet att ställa diagnos.¹ Läkemedel kan delas in i olika grupper enligt ett system efter indikationsområde som heter Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Det kallas även ATC-koder. Med indikation avses symptom, sjukdomstillstånd eller liknande.

Läkemedelslagstiftningen är i stort harmoniserad i EU. Humanläkemedel godkänns enligt de gemensamma kraven främst i human-

¹ Socialstyrelsens termbank. Se även 2 kap. 1 § läkemedelslagen (2015:315) där bl.a. läkemedel, aktiv substans och humanläkemedel definieras.

direktivet och förordningen 726/2004.² Det finns olika godkännandeprocedurer för läkemedel, vilket bl.a. innebär att ett läkemedel kan vara godkänt för försäljning i alla länder i EU, i vissa länder eller i endast ett land. Ett visst läkemedel kan säljas i olika länder under olika namn. Förpackningsstorlekar kan också variera mellan olika länder.

För ett nytt läkemedel som ett läkemedelsföretag har forskat fram kan företaget få ensamrätt att sälja originalläkemedlet under ett antal år. När ensamrätten går ut får s.k. generiska läkemedel tillverkas. Ett generiskt läkemedel har samma kvalitativa och kvantitativa sammansättning i fråga om aktiva substanser och samma läkemedelsform som ett originalläkemedel. Det generiska läkemedlet ska dessutom ha visats vara likvärdigt.³ Parallelimporterade läkemedel är läkemedel som importeras till Sverige från ett annat EES-land vid sidan av läkemedelsföretagets avtalade import- eller försäljningskanaler. De anses i regel som medicinskt likvärdiga. Läkemedel som godkänns av kommissionen för hela EU kallas centralt godkända läkemedel. De kan importeras och säljas i Sverige av någon annan än den som har det ursprungliga godkännandet. Ett sådant läkemedel är identiskt oavsett i vilket land det säljs. Ett biologiskt läkemedel definieras i punkt 3.2.1.1 b i bilaga I, del I, till humandirektivet. Förenklat är det en produkt vars aktiva substans utgörs av en biologisk substans.

Gängse benämning är det internationella generiska namnet på en aktiv substans som rekommenderas av Världshälsoorganisationen eller, om sådant inte finns, den vanligtvis använda benämningen. Det innebär i praktiken läkemedlets generiska namn, dvs. namn på den eller de aktiva substanserna i läkemedlet. Det skiljer sig alltså från läkemedelsnamnet som är det namn läkemedelsföretaget valt att kalla läkemedlet. Synonymer till läkemedelsnamnet är handelsnamn, varumärkesnamn eller läkemedlets namn. Läkemedelsnamnet kan t.ex. vara ett varumärke eller det generiska namnet på den aktiva substansen tillsammans med läkemedelsföretagets namn.

² Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet.

³ Det görs oftast genom studier som ska påvisa s.k. bioekvivalens.

4.2.3 Expediering av e-recept

Detaljhandel med läkemedel till konsument regleras endast till viss del av EU-rätten. Ett recept för humanläkemedel kan utfärdas elektroniskt, på en receptblankett i pappersform eller per telefon. Behörigheten att ordinera och förskriva läkemedel styrs i grunden av den s.k. förskrivningsrätten, som bl.a. innefattar rätten att utfärda recept som avser läkemedel.

När en förskrivare utfärdar ett e-recept i Sverige ska uppgifterna föras över till och registreras i den nationella läkemedelslistan. Expedierande personal på det öppenvårdsapotek där patienten hämtar ut sina läkemedel får sedan åtkomst till uppgifterna för att kunna genomföra expedieringen. E-recept från EES registreras i huvudsak i ett annat lands register, men vid expedieringen i Sverige är avsikten att vissa uppgifter om expedieringen ska kunna registreras i den nationella läkemedelslistan.

I Sverige expedieras recept på öppenvårdsapotek. Expediering är, enligt receptföreskrifterna, en process som börjar med att ett läkemedel efterfrågas utifrån ett förordnande och avslutas med att ett läkemedel lämnas ut. Processen omfattar alla de uppgifter, inklusive kontroller och bedömningar, som ska utföras på ett öppenvårdsapotek i syfte att rätt läkemedel ska kunna lämnas ut till rätt person. En verifikation ska upprättas på öppenvårdsapoteket över varje mot recept utlämnat läkemedel enligt 8 kap. 42 § receptföreskrifterna. Verifikationen ska innehålla vissa uppgifter. En verifikation kan bl.a. innehålla uppgifter om patientens namn, personnummer, vad som har förskrivits, förskrivaren, farmaceuten och om kontroller som utförts.

4.3 Patientrörlighetsdirektivet

Patientrörlighetsdirektivet innehåller bestämmelser för att göra det lättare för patienter att få tillgång till en säker och högkvalitativ gränsöverskridande hälso- och sjukvård, och uppmuntrar till samarbete mellan medlemsländer, samtidigt som fullständig hänsyn ska tas till nationell kompetens i fråga om organisation och tillhandahållande av hälso- och sjukvård (artikel 1.1). Direktivet är genomfört i svensk rätt bl.a. genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, se vidare avsnitt 6.2.3 och 6.2.5.

Den rättsliga grunden för direktivet är artikel 114 i EUF-fördraget eftersom de flesta bestämmelserna syftar till att främja den fria rörligheten (skäl 2). Det finns även en hänvisning till artikel 168.1 i EUF-fördraget som anger att en hög hälsoskyddsnivå för människor måste säkerställas vid utformning och genomförande av all EU-politik och alla EU-åtgärder (skäl 1).

I patientrörlighetsdirektivet pekas ett antal områden ut där en fördjupad samverkan eftersträvas för att uppnå direktivets syften (skäl 51 och kapitel IV). Ett av dessa områden rör e-hälsa (artikel 14). Samarbetet ska göras inom ramen för det frivilliga nätverket för e-hälsa och syftar till att göra utbyte av patientrelaterad information möjlig.

4.3.1 Erkännande av recept inom EES

I grunden baseras medlemsländernas ömsesidiga erkännande av recept på artikel 56 i EUF-fördraget.⁴ Medlemsländernas skyldighet att ömsesidigt erkänna recept från andra länder beskrivs i artikel 11 i patientrörlighetsdirektivet. Direktivet anses vara genomfört.⁵ Direktivet är inte begränsat till pappersrecept, utan avser även e-recept. Informationsöverföringen av e-recept mellan medlemsländerna baseras dock på frivillighet. En anledning till det kan vara att gränsöverskridande hälso- och sjukvård måste ske med hjälp av ett informations- och kommunikationssystem (IKT-system) och införandet av ett sådant system omfattas av nationell behörighet (skäl 56). Det gör också organisering och utförande av hälso- och sjukvård. Avsikten i patientrörlighetsdirektivet är att nå kompatibilitet mellan lösningar för e-hälsa, samtidigt som hänsyn tas till nationell lagstiftning om hälso- och sjukvårdstjänster som syftar till att skydda patienterna (skäl 57). Kommissionen ska bistå med att ta fram riktlinjer när medlemsländerna utvecklar e-receptens kompatibilitet (artikel 11.2 b).⁶

Artikel 11 innebär i korthet att ett recept utfärdat av en behörig förskrivare avsett för en patient ska erkännas i ett annat medlemsland om läkemedlet är godkänt. Patientrörlighetsdirektivet omfattar medicinska hjälpmedel. Nätverket för e-hälsas samarbete om e-recept omfattar inga andra produkter än humanläkemedel. Enligt artikel 11.6

⁴ Skäl 9 till genomförandedirektivet 2012/52/EU.

⁵ Europeiska Revisionsrätten, *Särskild rapport – EU:s åtgärder för gränsöverskridande hälso- och sjukvård: ambitionerna är höga, men förvaltningen måste bli bättre*, 2019, s. 18.

⁶ eHealthNetwork, *ePrescription guidelines*, version 1, 2014, och version 2, 2016.

omfattas inte läkemedel som endast lämnas ut på särskilt läkarrecept, vilket i Sverige motsvaras av särskilda läkemedel som anges i bilaga 11 till receptföreskrifterna t.ex. narkotiska läkemedel. Ett recept ska erkännas utan begränsningar enligt artikel 11, om begränsningar inte är nödvändiga, proportionerliga för att skydda hälsa och inte diskriminerande. Begränsningar kan också vara tillåtna om det finns tvivel om receptets äkthet, innehåll eller begriplighet. Nationella regleringar om förskrivning och utlämnande, inklusive utbyte av läkemedel på apotek, eller kostnadsersättning för läkemedel ska inte påverkas (artikel 11.1).

För att ett recept ska erkännas i ett annat land ska det innehålla minst de uppgifter som räknas upp i bilagan till genomförandedirektivet 2012/52/EU som avser förskrivare, patient och produkt, t.ex. patientens namn och födelsedata, utfärdandedatum samt förskrivarens namn, kvalifikationer, kontaktuppgifter, adress och signatur (elektronisk eller skriftlig). Läkemedel ska anges med den gängse benämningen som huvudregel. Läkemedelsnamnet ska anges om det är ett biologiskt läkemedel eller när förskrivaren anser det medicinskt nödvändigt att patienten får just det förskrivna läkemedlet. I det senare fallet ska det motiveras av förskrivaren. I dessa fall ska endast det förskrivna läkemedlet lämnas ut. Läkemedelsform, kvantitet och styrka, samt dosering bör framgå av receptet.

Medlemsländerna kan tillämpa principen om ömsesidigt erkännande, även på recept som inte innehåller alla uppgifter i bilagan i genomförandedirektivet 2012/52/EU (skäl 9). Medlemsländerna får också lägga till uppgifter på recept om det är förenligt med EU-rätten.

I skäl 53 till patientrörlighetsdirektivet anges att det skulle kunna krävas ett medgivande från patientens läkare eller farmaceut i varje enskilt fall av erkännande, om det är motiverat för att skydda folkhälsan, nödvändigt och proportionellt. Utredningen känner inte till att något sådant krav har genomförts.

Ett erkännande av recept bör inte påverka någon yrkesmässig eller etisk skyldighet som skulle kräva att farmaceuten vägrade att lämna ut läkemedlet (skäl 53). Det har inte ansetts finnas etiska begränsningar för utlämnanden av recept i Sverige.⁷

⁷ Prop. 2012/13:150 s. 102.

4.3.2 Svensk reglering av erkännande av recept inom EES

I svensk rätt har delar av artikel 11 och genomförandedirektivet 2012/52/EU ansetts genomförda genom receptföreskrifterna.⁸ På ett recept för läkemedel till människa avsett att hämtas ut i ett annat EES-land är huvudregeln att läkemedlets gängse benämning anges enligt 4 kap. 10 § receptföreskrifterna. Det är en skillnad jämfört med recept avsedda för expediering i Sverige eftersom de utfärdas med läkemedelsnamn. Läkemedelsnamnet ska anges på recept avsedda för EES om det är ett biologiskt läkemedel eller ett läkemedel som inte får bytas ut vid expedieringen enligt genomförandedirektivet 2012/52/EU. I genomförandedirektivet framgår det inte vad som händer om ett läkemedelsnamn har angetts på receptet utan en motivering varför byte inte får ske. I vägledningen till receptföreskrifterna anges att farmaceuten bör utgå från att förskrivaren då avsett att det förskrivna läkemedlet ska lämnas ut, men att det kan bli aktuellt för farmaceuten att kontakta förskrivaren vid behov så att förskrivaren kan förtydliga receptet.⁹ I receptföreskrifterna finns också särskilda förutsättningar för utlämnande av läkemedel mot ett recept från EES t.ex. vilka uppgifter det ska innehålla, vilket läkemedel som ska lämnas ut och krav på verifikation. Ett sådant recept ska innehålla minimiuppgifterna i genomförandedirektivet 2012/52/EU som framgår av bilaga 12 till receptföreskrifterna. Det utgör dock inget expedieringshinder om en sådan uppgift saknas på ett recept från EES om farmaceuten gör bedömningen att läkemedlet ändå kan expedieras.

Svenska pappersrecept som expedieras på utländskt apotek registreras inte i E-hälsomyndighetens register. Uppgifter i pappersrecept från EES som expedieras i Sverige registreras i huvudsak inte heller i E-hälsomyndighetens register. Vissa uppgifter om uttaget förs dock i ett register över försäljningstransaktioner för statistikändamål som kan anses vara en del av den nationella läkemedelslistan.

⁸ Prop. 2012/13:150 s. 100 ff.

⁹ Läkemedelsverket, *Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit*, version 1, december 2021, s. 68.

4.4 Patientrörlighet och vård utomlands

De mest heltäckande data om patientrörlighet som publicerats av kommissionen rör situationen 2016. Dessa data visar att drygt 200 000 patienter per år nyttjade de system som införts för att få vård utomlands inom EES och Schweiz. Frankrike var det land som hade flest utresande patienter (drygt 140 000) och Spanien var det land med flest inresande patienter (drygt 45 000). Varje år rapporterar kommissionen om hur patientrörligheten utvecklas. Antalet ärenden ser ut att ha ökat sedan 2016. År 2019 uppgick antalet ärenden för ansökan om ersättning för patientrörlighet till cirka 290 900, vilket var en viss uppgång från 2018 då antalet uppgick till cirka 232 100 för ersättning för vård som givits i ett annat medlemsland. Det anges i rapporten från 2019 att patientrörligheten anses vara på en stabil nivå.¹⁰

I Sverige är det Försäkringskassan som hanterar ersättning för utlandsvård. År 2016 var det något färre än 2 500 svenska medborgare som sökt ersättning för utlandsvård. Vården utfördes i 26 olika EU-länder och Schweiz med en stark koncentration till Danmark och Finland.¹¹ Ärenden om ansökan om ersättning som enbart avser recept expedierade i ett annat EES-land uppgick under 2019 till något hundratal enligt uppgift från Försäkringskassan. Antal recept som expedierades från andra EES-länder i Sverige 2019 uppgick till cirka 21 000 enligt E-hälsomyndigheten.

4.5 Internationell utblick

I skrivande stund deltar fyra medlemsländer i informationsutbytet av e-recept, fram till och med 2023 planerar ytterligare 19 länder att delta. Informationen nedan är främst hämtad från den webbplats där alla länder ska beskriva förutsättningarna för informationsutbytet avseende e-recept över landsgränser i respektive land.

¹⁰ European Commission, *Health Connect Partners member state data on cross-border patient healthcare following Directive 2011/24/EU Year 2019*, 2020, s. 7.

¹¹ Försäkringskassan, *Korta analyser 2017:4*.

Finland

I Finland utfärdas ett recept med läkemedlets generiska namn eller läkemedelsnamnet. Det finns en gemensam definition av pappers- och e-recept över landsgränser i Social- och hälsovårdsministeriets förordning om förskrivning av läkemedel. Där anges att ett europeiskt recept är ”ett sådant recept som en person som har rätt att förskriva läkemedel skriftligen eller elektroniskt utfärdat i ett land som hör till EU eller EES eller i Schweiz och mot vilket ett apotek i något annat land som hör till EU eller EES kan expediera läkemedlet till patienten.”

När det gäller e-recept utfärdade i ett annat land anges i lagen om elektroniska recept (61/2007) i 23 a § att ett sådant e-recept får expedieras i Finland om det ”uppfyller de krav som godkänts i EU eller mellan EU och EES-medlemsstater och att receptet förmedlas till ett finländskt apotek genom en utländsk och en finländsk nationell kontaktpunkt som certifierar receptets riktighet”. Det anges vidare att ett e-recept utfärdat i Finland med patientens samtycke kan förmedlas för expediering i ett annat land om det sker via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa.

Recept utfärdat i ett annat EES-land kan inte expedieras i Finland om det gäller narkotiska, psykotropa läkemedel eller icke-godkända läkemedel. Att hämta ut läkemedel åt någon annan är inte möjligt ännu. För finska e-recept verkar endast vuxna kunna hämta ut recept i annat EES-land för närvarande och patientens samtycke krävs. Möjligheten att hämta ut e-recept i annat land verkar för närvarande vara begränsat till finska medborgare. Finska patienter ska i ett annat EES-land identifieras med sitt personnummer och pass eller ett finskt id-kort. Den finska nationella kontaktpunkten för e-hälsa, Kela, ska säkerställa att endast förskrivningar som får expedieras i ett annat land överförs dit. En patient kan begära ersättning för läkemedel i efterhand i sitt hemland eller från Kela.¹²

Estland

För att en estniskt patient ska kunna hämta ut ett recept i ett annat land ska patientens identitet bekräftas med pass eller estniskt id-kort med ett estniskt personnummer. Patienten ska vara medborgare eller

¹² www.kanta.fi/en/buying-medicines-with-an-overseas-prescription (hämtad 21-12-10).

ha uppehållstillstånd i Estland. Patientens samtycke krävs inte för att läkemedlet ska kunna hämtas ut i ett annat land i EES, men patienten kan motsätta sig utbyte av läkemedel. Läkemedlets generiska namn används i regel på receptet och användande av läkemedelsnamnet måste motiveras. Narkotiska läkemedel kan inte expedieras mot ett e-recept från EES i Estland.

Kroatien

Patientens samtycke krävs för utlandsexpediering. Det krävs också samtycke för att kunna hämta ut läkemedel åt någon annan. Patienter över 16 år anses kunna lämna samtycke. En patient från Kroatien identifieras med en fotolegitimation och ett hälsoförsäkringskort. För den patient som vill hämta ut läkemedel i Kroatien anges att de läkemedel som finns upptagna på en lista, Croatian Health Insurance Fund Basic Medicines List, kan lämnas ut. Utbyte av läkemedel får göras på kroatiska apotek. På ett apotek i Kroatien expedieras endast det förskrivna läkemedlet om receptet avser biologiska läkemedel, läkemedel med ett snävt terapeutiskt intervall eller läkemedel som administreras med medicintekniska produkter.

Portugal

Patientens samtycke krävs för expedieringar i ett annat land. Portugisiskt id-kort eller pass fungerar för identifiering för en patient från Portugal i ett annat EES-land. Patienten ska ange sitt hälsoförsäkringsnummer när patienten hämtar ut ett recept, samt ett särskilt recept-id som finns på receptet. Förskrivningen utfärdas i regel med det generiska namnet.

5 Kartläggning av läkemedelsprocessen

5.1 Inledning

Utredningen ska enligt sitt uppdrag komplettera beskrivningen i E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS) av hur läkemedelsprocessen är tänkt att se ut när i Sverige förskrivna e-recept expedieras i andra EES-länder och när e-recept som förskrivs i andra EES-länder expedieras i Sverige med en analys och kartläggning som även inkluderar andra berörda aktörer, t.ex. öppenvårdsapotek, vårdgivare och myndigheter.

Det frivilliga samarbetet i nätverket för e-hälsa baseras på patientrörlighetsdirektivet. Samarbetet är också grunden för informationsutbytet som gör att e-recept som har utfärdats i ett EES-land kan expedieras i ett annat EES-land. I nätverket för e-hälsa används ofta begreppet ”tjänsten e-recept över landsgränser” för de förutsättningar och krav som gör informationsutbytet om e-recept möjligt. Utredningen använder också detta begrepp eftersom denna tjänst är utgångspunkten för den läkemedelsprocess som delbetänkandet avser.

Kartläggningen av läkemedelsprocessen inleds med en beskrivning av aktörerna och deras ansvar. Därefter redogör utredningen för tjänsten e-recept över landsgränser och hur informationen är tänkt att flöda i tjänsten. Utredningen utgår från hur tjänsten är utformad i dag utifrån nätverket för e-hälsas krav och E-hälsomyndighetens rapport. Utredningen beaktar även relevanta EU-rättsakter i kartläggningen.

5.2 Läkemedelsprocessen

5.2.1 En beskrivning av läkemedelsprocessen

Med läkemedelsprocessen menar utredningen det förfarandet att ett e-recept utfärdat i ett annat EES-land expedieras i Sverige och ett e-recept utfärdat i Sverige expedieras i ett annat EES-land genom tjänsten e-recept över landsgränser. Läkemedelsprocessen kan delas in i olika delprocesser 1) ordination, 2) läkemedelshantering, och 3) uppföljning.¹ Ordination är ett beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd.² Kartläggningen avser endast ordinationer som leder till utfärdande av ett e-recept för godkända humanläkemedel som hämtas ut på ett apotek i ett annat EES-land än där det utfärdades. Endast sådana e-recept ingår i tjänsten e-recept över landsgränser i dag.³ Expediering av läkemedel på apotek är en central del i den andra delprocessen. Den tredje delprocessen avser uppföljning i ett brett perspektiv, inklusive uppföljning av expediering. Läkemedelsprocessen omfattar även det informationsutbyte som krävs för e-recept över landsgränser.

För att beskriva läkemedelsprocessen över landsgränser använder utredningen begreppet ”land A” för patientens försäkringsland där e-receptet utfärdas. Begreppet ”land B” är landet där patienten får hälso- och sjukvård, dvs. får sitt läkemedel utlämnat mot ett e-recept från land A.⁴

5.2.2 Den nationella läkemedelslistans roll

För läkemedelsprocessen kommer den nationella läkemedelslistan vara viktig. Den regleras av lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista som ska innehålla uppgifter om såväl förskrivna som expedierade läkemedel. E-recept utfärdade i Sverige registreras där. Det framgår dock inte uttryckligen att förskrivningen eller expedieringen ska ske i Sverige. När expediering av ett svenskt e-recept kom-

¹ Läkemedelsprocessen beskrivs på liknande sätt i prop. 2017/18:223 och i SOU 2015:32, utan den gränsöverskridande aspekten.

² Socialstyrelsens termbank.

³ Det finns även ytterligare begränsningar i tjänsten, t.ex. vilka läkemedel som omfattas och hur tjänsten kan användas som utredningen beskriver i följande avsnitt.

⁴ Försäkringsmedlemsland och behandlande medlemsland definieras i artikel 3 c och d i patientrörlighetsdirektivet.

mer att ske i ett annat EES-land avses uppgift om utlämnandet av läkemedlet registreras i den nationella läkemedelslistan. När en expediering kommer att ske i Sverige av ett e-recept från EES är inte förskrivningen, e-receptet, registrerad i den nationella läkemedelslistan, utan i ett annat EES-land. Det utländska registret avses användas för information vid expediering i Sverige och ska också uppdateras med uppgifter om utlämnandet av läkemedlet. Av lagen om nationell läkemedelslista framgår det inte att uppgifter om expedierade läkemedel måste vara kopplade till en förskrivning som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan sedan tidigare. Det kan finnas ett behov av att registrera uppgifter om en expediering av ett recept i Sverige, även om receptet inte finns registrerat i den nationella läkemedelslistan från början, t.ex. e-recept från EES.⁵

5.2.3 Aktörerna i läkemedelsprocessen

Patienten⁶

Läkemedelsprocessen kan sägas vara till för patienten. I Sverige kan patienten ordinerar läkemedel på olika ställen, t.ex. vid besök på vårdcentraler, sjukhus eller hos tandläkare och inom kommunal hälso- och sjukvård. De flesta recept är e-recept, men läkemedel kan också förskrivas på receptblankett eller undantagsvis per telefon. Förskrivningen kan ske när förskrivaren och patienten möts fysiskt, men kan också ske via telemedicin eller ett digitalt möte.⁷ Ett recept kan förnyas utan möte med en förskrivare. I dag kan pappersrecept avsedda att hämtas ut i ett annat EES-land utfärdas i Sverige och pappersrecept utfärdade i EES expedieras här.

Patienten ansvarar bl.a. för att identifiera sig hos förskrivare och på apotek. Dessutom kan patienten sägas ansvara för att, med stöd av hälso- och sjukvården, förstå varför läkemedlen har blivit ordinerade, hur läkemedelsbehandlingen ska genomföras och att följa ordinationen.⁸ Vid resa inom EES behöver patienten känna till vad som gäller för läkemedelsbehandling, t.ex. genom att vända sig till de natio-

⁵ E-hälsomyndigheten, *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS), s. 18 f.

⁶ Utredningen har valt att i huvudsak använda begreppet patient, men eftersom begreppet konsument också används, t.ex. i apoteksdatalagen (2009:367) och lagen (2009:366) om handel med läkemedel gör utredningen också det i de avsnitt den lagstiftningen analyseras.

⁷ Med telemedicin avses hälso- och sjukvård som bedrivs på distans med hjälp av informations- och kommunikationsteknik. När tekniken är digital kan begreppet digitala vårdtjänster användas.

⁸ Se vidare t.ex. prop. 2017/18:223 avsnitt 4.1 och 10.1, samt SOU 2015:32 s. 71 f.

nella kontaktpunkterna för information om utlandsvård eller e-hälsa, eller söka information via den gemensamma digitala ingången. I tjänsten e-recept över landsgränser kommer en patient från Sverige även att behöva ta ställning till om han eller hon vill lämna samtycke till personuppgiftshanteringen som krävs för att kunna hämta ut ett läkemedel i ett annat land. Särskilda överväganden när patienten är ett barn finns i avsnitt 7.7.3.

Hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL). Behörighet och ansvar för sådan personal framgår främst i speciallagstiftning. Hälso- och sjukvårdspersonal har i regel tystnadsplikt, med vissa undantag definierade i lag. Bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet finns främst i 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) och inom den privata hälso- och sjukvården, inklusive öppenvårdsapotek, i 6 kap. PSL. Förskrivare som varit, men inte längre är anställda av det allmänna, regleras inte uttryckligen i OSL. Tillsyn över behöriga förskrivare och expedierande personal ligger främst hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 7 kap. 1 § PSL. Fler myndigheter utövar tillsyn över olika delar i vården och Integritetsskyddsmyndigheten över personuppgiftsbehandlingen.

Hälso- och sjukvårdspersonal inom EES

Hälso- och sjukvårdspersonal definieras i patientrörlighetsdirektivet som läkare, sjuksköterska, tandläkare, barnmorska eller farmaceut i den mening som avses i direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer (yrkeskvalifikationsdirektivet),⁹ eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som är begränsad till ett reglerat yrke enligt yrkeskvalifikationsdirektivet eller den som anses som hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagstiftningen i land B (artikel 3 f).

I läkemedelsprocessen är behöriga förskrivare och expedierande personal viktiga aktörer. Endast behörig hälso- och sjukvårdsperso-

⁹ Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer.

nal i land B ska få tillgång till uppgifter om patienten i tjänsten e-recept över landsgränser. I *Reglering av personuppgiftsbehandling* anges bl.a. att det kan antas att hälso- och sjukvårdspersonal i EES har en tystnadsplikt, men att det inte kunnat utredas.¹⁰ I en säkerhetsspecifikation för tjänsten anges det att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha tystnadsplikt enligt lag, myndighetsföreskrifter eller liknande.¹¹

Behörig förskrivare i Sverige

Behörigheten att ordinera och förskriva läkemedel i Sverige styrs av förskrivningsrätten som omfattar rätten att utfärda recept. Förskrivningsrätten regleras främst i receptföreskrifterna. Läkare, tandläkare, tandhygienist, barnmorska och sjuksköterska får förskriva läkemedel för människor enligt vissa förutsättningar. Läkare har en generell rätt att förskriva läkemedel. Övriga yrkesgrupper har en begränsad förskrivningsrätt.

Den som har rätt att förordna läkemedel har också rätt att ordinera läkemedel enligt 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Den som ordinerar ett läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov, och bl.a. ta hänsyn till patientens läkemedelsanvändning. Ordinatörens tillgång till läkemedelsinformation om en patient är betydelsefull.¹² Förskrivare, och i vissa fall annan hälso- och sjukvårdspersonal, kan under olika förutsättningar få tillgång till uppgifter om patientens läkemedel i den nationella läkemedelslistan.

Förskrivningen regleras bl.a. i receptföreskrifterna och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Förskrivare ska ange och registrera den information som krävs för förskrivning och journalföring enligt t.ex. patientdatalagen (2008:355) (PDL) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

¹⁰ E-hälsomyndigheten, *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS), s. 48.

¹¹ DG SANTE, *Patient Summary and ePrescription eHDSI Security Services Specification*, s. 14. https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/download/attachments/37752830/eHDSI_Security_Services_Specification_v5.0.0_RC.doc?version=2&modificationDate=1602827374970&api=v2 (hämtad 2021-09-20).

¹² SOU 2015:32 s. 278 och prop. 2017/18:223 s. 156.

Definitioner av vårdgivare, behörig förskrivare och recept i EES

Med vårdgivare avses i patientrörlighetsdirektivet den som lagligen bedriver hälso- och sjukvård i ett medlemsland (artikel 3 g). Recept definieras som en ordination av ett läkemedel som utfärdas av någon med ett reglerat vårdyrke enligt yrkeskvalifikationsdirektivet eller som är behörig enligt nationell rätt (artikel 3.1 k). E-recept definieras av nätverket för e-hälsa som en elektronisk förskrivning av läkemedel utfärdad av behörig förskrivare.¹³

Vårdgivare i Sverige

Hälso- och sjukvård definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna, enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Vårdgivare kan vara en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i både privat- och offentligt finansierad verksamhet (1 kap. 3 § PSL). Med hälso- och sjukvård avses även verksamhet inom detaljhandel med läkemedel (1 kap. 2 § PSL). Vårdgivare som är leverantörer av en samhällsviktig tjänst är skyldiga att anmäla och identifiera sig till IVO enligt det regelverk som genomför NIS-direktivet. Sådana leverantörer ska bl.a. rapportera incidenter i nätverk och informationssystem.

Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitik. Regioner och kommuner kan vara vårdgivare, men kan också avtala med andra aktörer att utföra hälso- och sjukvård. Det finns också privata vårdgivare utan sådana avtal. Hälso- och sjukvårdslagen är en ramlag som bl.a. anger att det ska finnas en ansvarig för hälso- och sjukvårdsverksamheten (4 kap. 2 §).

Hur personuppgifter behandlas i hälso- och sjukvården regleras förutom i dataskyddsförordningen bl.a. i PDL. Personuppgifter får som huvudregel behandlas om det behövs för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall (2 kap. 4 § PDL). Den personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdens direktåt-

¹³ eHealth Network, *Guideline on the electronic exchange of health data under Cross border directive 2011/24/EU ePrescriptions and eDispensations*, version 2, 2016, s. 7.

komst till den nationella läkemedelslistan anses falla under PDL.¹⁴ Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som denne utför (2 kap. 6 § PDL).

Regioner och kommuner

Regionerna ansvarar för att genomföra hälso- och sjukvård inom sitt område, t.ex. vård som kräver insats av en läkare (12 kap. 3 § HSL). Vidare ska regionerna erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är bosatta inom regionen, och åt dem som utan att vara bosatta där har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordningen 883/2004 (8 kap. 1 och 2 §§ HSL). Som hemregion kan en region vara ansvarig för kostnaden för vård utomlands, se vidare kapitel 6.

Kommunerna ansvarar bl.a. för att erbjuda en god hälso- och sjukvård för vissa områden, såsom hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel för personer i vård- och omsorgsboenden. I kommunal hälso- och sjukvård finns det förskrivare.

Öppenvårdsapotek i Sverige

Detaljhandel med läkemedel avser försäljning till konsument. Endast den som har tillstånd från Läkemedelsverket får bedriva detaljhandel med receptbelagda läkemedel till konsument. En sådan inrättning kallas öppenvårdsapotek. I öppenvårdsapotekens grunduppdrag ingår att verka för en god och säker läkemedelsanvändning genom att säkerställa att konsumenten så snart det kan ske får tillgång till förordnade läkemedel och varor, ge sakkunnig och individuellt anpassad information och rådgivning, och genomföra och upplysa om utbyte av läkemedel. Den som bedriver apoteksverksamhet är vårdgivare enligt definitionen i PSL.

Öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling regleras förutom i dataskyddsförordningen, i apoteksdatalagen (2009:367). Den personuppgiftsbehandling som sker vid direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan anses omfattas av apoteksdatalagen.¹⁵

¹⁴ Prop. 2017/18:223 s. 82.

¹⁵ Prop. 2017/18:223 s. 82.

För personuppgiftsbehandling som utförs på öppenvårdsapoteken är tillståndshavaren personuppgiftsansvarig (7 § apoteksdatalagen).

Expedierande personal och apotek eller motsvarande i EES

Detaljhandel med läkemedel till patient är i mycket liten utsträckning harmoniserad i EU och kan därför se olika ut. Utredningen har valt att använda begreppet ”apotek eller motsvarande i EES” eftersom det kan finnas andra institutioner än apotek som får expediera recept i övriga länder i EES.¹⁶ När det gäller tystnadsplikt vid behandling av känsliga uppgifter vid en expediering, så kan de deltagande länderna antas ha en reglering som förutsätter tystnadsplikt. Ett tiotal länder i nätverket för e-hälsa har beskrivit hur tystnadsplikten regleras för expedierande personal i respektive land.¹⁷ Endast behörig hälso- och sjukvårdspersonal ska få tillgång till uppgifter om patienternas hälsa när e-recept från ett annat land expedieras, enligt nätverkets krav.¹⁸

Expedierande farmaceut på öppenvårdsapotek i Sverige

Farmaceut är enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel den som är behörig att utöva yrke som apotekare eller receptarie enligt 4 kap. 4 § PSL. När Sverige deltar i tjänsten e-recept över landsgränser kommer farmaceuten på ett öppenvårdsapotek ansvara bl.a. för att hämta uppgifter från ett annat EES-land via den nationella kontaktpunkten för e-hälsa, identifiera patienten, expediera och lämna ut läkemedel mot ett e-recept. I Sverige kan e-recept från EES inte expedieras i dag, utan endast utländska pappersrecept kan expedieras.

Vid expediering ska farmaceuten så långt det är möjligt förvissa sig om att patienten kan använda läkemedlet på rätt sätt genom individuellt anpassad information och rådgivning. Farmaceuten ska även ge sakkunnig och omsorgsfull vård, upplysa och samråda med patienten (13 kap. 1 § läkemedelslagen [2015:315]). Farmaceuten ska innan ett läkemedel lämnas ut göra en helhetskontroll som bl.a. innebär att säkerställa att det läkemedel som ska lämnas ut motsvarar det

¹⁶ Begreppet används även i 4 kap. 1 § 2 receptföreskrifterna.

¹⁷ E-hälsomyndigheten har för utredningen låtit göra en enkät, *Suvery – Binding Secrecy*, inom nätverket för e-hälsa, e-post E-hälsomyndigheten, 2021-07-12.

¹⁸ Det framgår bl.a. av kapitel II, avsnitt II.1.1.3 i e-hälsoavtalet.

som förordnats, att alla övriga uppgifter som ska ingå i en expediering har utförts på rätt sätt, att receptet är korrekt utfärdat och att bedöma om expedieringen är lämplig med hänsyn till patienten för att t.ex. upptäcka interaktioner mellan läkemedel. För helhetskontrollen krävs bl.a. information om patientens recept och vilka läkemedel patienten tidigare har fått utlämnade (8 kap. 7, 11 och 31 §§ receptföreskrifterna).

En farmaceut har behörighet att expediera recept. Vissa delar av expedieringen, t.ex. helhetskontrollen, får endast utföras av en farmaceut. Om det inte särskilt anges i lag eller i receptföreskrifterna att en farmaceut ska utföra en viss uppgift får annan apotekspersonal med tillräcklig kompetens och erfarenhet utföra uppgifter. Studenter under verksamhetsförlagd utbildning får också utföra uppgifter vid expediering, men inte självständigt genomföra helhetskontrollen. Apotekspersonal som expedierar läkemedel eller som lämnar råd och upplysningar är hälso- och sjukvårdspersonal (1 kap. 4 § 4 PSL), liksom även den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården som apotekare och receptarie (1 kap. 4 § 1 och 4 kap. 4 § PSL). För dem gäller tystnadsplikt enligt 6 kap. PSL.

E-hälsomyndigheten

Enligt 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten ska myndigheten bl.a. ansvara för de register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till. Det avser bl.a. den nationella läkemedelslistan, ett produkt- och artikelregister för läkemedel och vissa andra produkter (VARA), samt legitimationsregistret som innehåller uppgifter om behörig hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive legitimerade farmaceuter i Sverige (FORS). FORS används för validering av recept och kontroll av behörighet och förskrivningsrätt vid expediering, behörighetskontroll, samt för statistikändamål. Uppgifterna i FORS hämtas från Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret).

E-hälsomyndigheten är nationell kontaktpunkt för e-hälsa och har regeringens uppdrag att fortsätta etableringen och förvaltningen av den tekniska infrastruktur som krävs för att expediera e-recept från

ett annat EES-land i Sverige och svenska e-recept i annat EU-land.¹⁹ Myndigheten har under flera år aktivt medverkat för att e-recept över landsgränser ska bli möjligt. I samverkan med flera apoteksaktörer tar myndigheten fram ett webbgränssnitt för öppenvårdsapotekens expediering av e-recept från ett annat EES-land. E-hälsomyndigheten ansvarar även för informationen i den gemensamma digitala ingången inom det område som kallas ”köpa receptbelagda läkemedel i ett annat medlemsland än där receptet utfärdades”.²⁰

Läkemedelsverket

Läkemedelsverket ska bl.a. verka för säkra och effektiva läkemedel av god kvalitet och för god läkemedelsanvändning, samt att godkänna läkemedel för försäljning i Sverige. Läkemedelsverket tar fram föreskrifter inom myndighetens verksamhetsområde, om bl.a. förskrivning, expediering och utlämnande av läkemedel, samt förskrivningsrätt. Myndigheten utövar tillsyn över bl.a. öppenvårdsapotek, medicinteknik och medicinska informationssystem.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

TLV ska bl.a. följa och analysera utvecklingen på läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdena, samt det medicintekniska området. TLV beslutar även om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i läkemedelsförmånerna samt vilka inköps- och försäljningspriser som öppenvårdsapoteken ska tillämpa för dessa. Vidare tar myndigheten fram föreskrifter om t.ex. prissättning av läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna samt om utbyte av läkemedel på öppenvårdsapotek. TLV utövar tillsyn över efterlevnaden av lagen om läkemedelsförmåner m.m. och de föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen, bl.a. följsamheten till utbytesregelverket och till de av TLV fastställda priserna på läkemedel inom läkemedelsförmånerna.

¹⁹ Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende E-hälsomyndigheten (S2021/06820).

²⁰ www.chalsomyndigheten.se/other-languages/english/eu/ (hämtad 21-10-24).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är nationell kontaktpunkt för medborgare från EES som vill söka vård i Sverige enligt patientrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet 2012/52/EU. Socialstyrelsens uppdrag omfattar även bl.a. epidemiologiska undersökningar, forskning, statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. Myndigheten ansvarar också för bl.a. HOSP-registret och läkemedelsregistret.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar tillsyn över hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal enligt PSL. Som en del av tillsynen prövar IVO klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Myndigheten utövar även tillsyn över hälso- och sjukvårdens informationssystem enligt NIS-direktivet.

Försäkringskassan

Försäkringskassan har ett omfattande ansvar för ärendehantering, beslut och information i fråga om utlandsvård, t.ex. för patientrörlighetsdirektivet och förordningen 883/2004. Myndigheten utfärdar också föreskrifter och allmänna råd. Försäkringskassan är även kontaktpunkt enligt patientrörlighetsdirektivet för personer bosatta i Sverige som vill söka vård i övriga EES-länder och för genomförandedirektivet 2012/52/EU, se även avsnitt 6.2.5 för Försäkringskassans roll.

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG)

DIGG samordnar och stöder den förvaltningsgemensamma digitaliseringen i syfte att göra den offentliga förvaltningen mer effektiv och ändamålsenlig. DIGG stöder också offentliga organs anslutning till eIDAS-infrastrukturen och samordnar arbetet med den gemensamma digitala ingången. Vidare ansvarar DIGG för de svenska förbindelsepunkterna (noderna) för gränsöverskridande e-identifiering i enlighet med eIDAS-förordningen. DIGG är också nationell samordnare för webbtillgänglighetsdirektivet.

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

IMY är Sveriges nationella tillsynsmyndighet för behandling av personuppgifter och granskar att reglerna på dataskyddsområdet följs, framför allt genom tillsyn. IMY ger också vägledning och stöd till andra myndigheter, företag och allmänheten och bidrar till en enhetlig tillämpning av dataskyddsreglerna inom EU.

5.3 Tjänsten e-recept över landsgränser

Det finns flera situationer där en patient behöver läkemedel i ett annat EES-land, t.ex. vid arbete eller resa. Det är möjligt att hämta ut ett läkemedel förskrivet på ett e-recept genom tjänsten e-recept över landsgränser. Sådana recept kan vara utfärdade vid ett vårdtillfälle i patientens hemland eller t.ex. via en digital vårdtjänst där patienten befinner sig utomlands och förskrivaren i patientens hemland, land A. Beskrivningen av tjänsten i detta kapitel baseras främst på rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling*, styrande dokument och krav som tagits fram inom nätverket för e-hälsa utifrån aktuella användningsfall för tjänsten e-recept över landsgränser.²¹

Patientrörlighetsdirektivet är grunden för erkännande av e-recept inom EES. Direktivets förutsättningar bör gälla som för annan gränsöverskridande vård.²² Läkemedel expedieras i regel enligt det regelverk som gäller i land B, där apoteket finns.²³ Det kan noteras att den svenska läkemedelsförsäkringen endast gäller vid expedieringar i Sverige.

Det frivilliga samarbetet om e-recept innebär att bestämmelserna i artikel 11 i patientrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet 2012/52/EU har anpassats för tjänsten e-recept över landsgränser, t.ex. omfattas inte medicinska hjälpmedel av tjänsten som de gör i patientrörlighetsdirektivet. Vidare innebär principen om ömsesidigt erkännande av recept även att medlemsländerna har möjlighet att komma överens om att recept kan erkännas utan att innehålla de upp-

²¹ Styrande dokument, krav, specifikationer och andra beskrivningar av tjänsten finns samlade på en ny webbplats som lanserades hösten 2021 *My Health @ EU – eHealth Digital Service Infrastructure (eHDSI) Home*, under en folder som heter *eHDSI Operations Home*. Det krävs en EU-inloggning för webbplatsen som alla kan skaffa. <https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/OPERATIONS+Home> (hämtad 2012-12-08).

²² För överväganden vid genomförandet av patientrörlighetsdirektivet, se prop. 2012/13:150 och prop. 2015/16:139.

²³ Artikel 11.1 b andra stycket i patientrörlighetsdirektivet.

gifter som anges i genomförandedirektivet 2012/52/EU (skäl 9). Medlemsländerna kan även ingå avtal sinsemellan (artikel 10.3 i patientrörlighetsdirektivet) och e-hälsoavtalet kan ses som ett sådant avtal.²⁴

Eftersom samarbetet baseras på frivillighet är det enligt utredningens bedömning ibland oklart hur bestämmelserna i patientrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet är avsedda att tillämpas i tjänsten. Klart är dock att medlemsländerna kommer överens om gemensamma krav inom nätverket för e-hälsa. Medlemsländerna åtar sig att följa dessa krav för att ansluta sig till tjänsten. Kraven finns inte i någon sammanhållen rättsakt, utan är resultatet av ett pågående arbete. Nationella förutsättningar kan också få betydelse för ländernas deltagande i tjänsten, t.ex. vilka recept som kan förskrivas elektroniskt i ett medlemsland.

5.3.1 Nätverket för e-hälsa

EU ska stödja och främja samarbete och utbyte av information inom ramen för det frivilliga nätverket för e-hälsa som baseras på artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet och Kommissionens genomförandebeslut 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (nedan genomförandebeslutet). Nätverket för e-hälsa arbetar för gränsöverskridande informationstjänster som utbyte av e-recept och patientöversikter.²⁵

Syftet med samarbetet är främst att skapa en infrastruktur för informationsutbyte som gör att hälsouppgifter kan förmedlas över landsgränser. Medlemsländerna kan välja att delta i samarbetet om e-recept och/eller patientöversikter, antingen som land A, land B eller båda. Samarbetet i nätverket för e-hälsa bygger på tillit mellan länderna och för att uppnå det behövs en teknisk, semantisk, organisatorisk och juridisk interoperabilitet mellan länderna och de nationella system som ska användas. Kommissionen stöder arbetet och agerar som medordförande på nätverkets möten. Medlemsländerna i EU

²⁴ eHealth Network, *9th eHealth Network meeting Cover note by Secretariat*, den 25 maj 2016, s. 1 och *Summary minutes 9th Meeting of the eHealth Network*, den 7 juni 2016, s. 3.

²⁵ En patientöversikt är en sammanställning av viktig journalinformation som delas i vårdssammanhang för att kunna erbjuda patienten en god och säker vård.

deltar och Norge deltar som observatör. Länder från EES, Efta och kandidatländer kan vara observatörer.²⁶

Nätverket för e-hälsa har beslutat om ett antal expert- och arbetsgrupper. De nationella kontaktpunkterna för e-hälsa finns representerade i medlemsländernas expertgrupp för e-hälsa, eHealth Member State Expert Group (eHMSEG) som definierar och beslutar om genomförandet av e-hälsotjänsterna. eHealth Operational Management Board övervakar tillhandahållandet av tjänster samt fattar taktiska och operativa beslut om den gemensamma digitala infrastrukturen. Socialdepartementet deltar i nätverket för e-hälsa för Sveriges del och E-hälsomyndigheten deltar i egenskap av nationell kontaktpunkt för e-hälsa och expertmyndighet. eHMSEG Legal Work Group (LWG) består av jurister från deltagande länder. E-hälsomyndigheten och andra myndigheter deltar i flera av arbets- och expertgrupperna.

5.3.2 Nationell kontaktpunkt för e-hälsa

Varje medlemsland ska utse endast en nationell kontaktpunkt för e-hälsa som ska ansvara för de organisatoriska och tekniska förutsättningarna för tillhandahållande av gränsöverskridande informationstjänster för e-hälsa under medlemslandets ansvar. Dessa kontaktpunkter ska anslutas till varandra och all information som utbyts av medlemsländerna ska gå genom dem. Varje kontaktpunkt för e-hälsa ska vara ansluten till apotek, förskrivare och registerhållare i det egna landet. E-hälsomyndigheten är Sveriges kontaktpunkt för e-hälsa.²⁷ Utländska apotek ska inte vara direkt anslutna till E-hälsomyndigheten, utan informationen förmedlas till dessa apotek eller motsvarande via den utländska kontaktpunkten för e-hälsa.

5.3.3 Informationsutbytet om e-recept över landsgränser

Informationsutbytet om e-recept över landsgränser inleds med att en patient får ett e-recept förskrivet i land A. Där registreras e-receptet. När patienten från land A vill hämta ut sitt läkemedel land B,

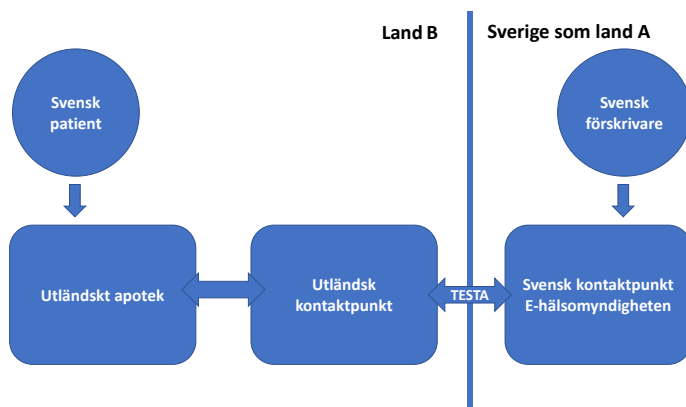
²⁶ Artikel 5.9 i genomförandebeslutet och artikel 9 i *eHealth Network Rules of Procedure*. Utredningen utgår från EES, se avsnitt 2.2.

²⁷ Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende E-hälsomyndigheten (S2021/06820).

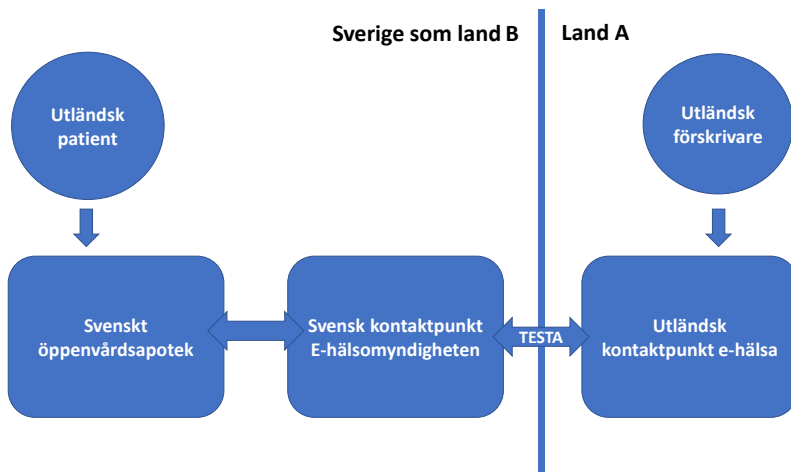
måste information skickas från land A av den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i land A, via den nationella kontaktpunkten i land B, till ett apotek eller motsvarande i land B där patienten är. Detta informationsutbyte kommer att ske genom att ett antal frågor och svar utväxlas succesivt mellan apoteket i land B och kontaktpunkten för e-hälsa i land A, via kontaktpunkten för e-hälsa i land B.

Två situationer är aktuella, dels att Sverige kommer att vara land A när svenska e-recept expedieras inom EES, dels att Sverige kommer att vara land B när e-recept från EES expedieras på svenska öppenvårdsapotek. Det krävs en nationell infrastruktur för att E-hälsomyndigheten som kontaktpunkt för e-hälsa ska kunna förmedla information mellan den utländska kontaktpunkten för e-hälsa, förskrivarna, det nationella registret och apoteken. Informationen mellan de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa förmedlas genom en infrastruktur, Trans European Services for Telematics between Administrations (TESTA), som kommissionen ansvarar för, se vidare nästa avsnitt.

Figur 5.1 E-recept från Sverige expedieras i ett annat EES-land



Figur 5.2 E-recept från ett annat EES-land expedieras i Sverige



Infrastrukturen för e-hälsotjänster

E-hälsotjänsterna kallas inom samarbetet eHealth Digital Services och infrastrukturen för dessa gränsöverskridande e-hälsotjänster, eHDSI. Infrastrukturen baseras på ett pilotprojekt som kallades Smart Open Services for European Patients, epSOS, som pågick mellan åren 2008–2014 för utbyte av information om patientöversikter och e-recept. Projektet syftade till att utveckla och utvärdera en infrastruktur för gränsöverskridande interoperabilitet mellan system för elektronisk patientinformation.

Kommissionen tar tillsammans med medlemsländerna fram eHDSI som består av sådana kärntjänster och bastjänster som avses i förordningen 283/2014 om riktlinjer för transeuropeiska nät på området för telekommunikationsinfrastruktur.²⁸ Förenklat ska kommissionen ansvara för kärntjänsten, det säkra nätverket TESTA. De nationella kontaktpunkterna för e-hälsa ansvarar för bastjänsterna som kopplar samman den nationella infrastrukturen.²⁹

²⁸ Europaparlamentets och rådets förordning 283/2014 av den 11 mars 2014 om riktlinjer för transeuropeiska nät på området för telekommunikationsinfrastruktur och om upphävande av beslut nr 1336/97/EG. Förordningen har upphävts genom Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/1153 av den 7 juli 2021 om inrättande av Fonden för ett sammanlänkat Europa och om upphävande av förordningarna (EU) nr 1316/2013 och (EU) nr 283/2014.

²⁹ Skäl 7 och artikel 6.1 d i genomförandebeslutet.

Ansvar för personuppgifter inom nätverket för e-hälsa

Enligt genomförandebeslutet ska medlemsländerna och deras utsedda företrädare betraktas som personuppgiftsansvariga för de personuppgifter som de behandlar genom eHDSI och ska fördela ansvarsområdena mellan sig på ett tydligt och transparent sätt (artikel 7.1). De bör tillsammans fastställa syftet med och metoderna för behandling av personuppgifter genom eHDSI, därför är de personuppgiftsansvariga. De personuppgiftsansvarigas respektive ansvarsområde bör definieras separat (skäl 20). Kommissionen kan betraktas som personuppgiftsbiträde (artikel 7.2). Personuppgiftsbiträdesavtalet finns i bilagan till genomförandebeslutet och innebär bl.a. att kommissionen ska förvalta kärntjänsterna i eHDSI och fullgöra sina skyldigheter som personuppgiftsbiträde. Kommissionen ska inte ha tillgång till personuppgifter om patienter som behandlas genom infrastrukturen i e-hälsotjänsterna, utan ska behandla krypterade personuppgifter för medlemsländernas räkning mellan de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa.

Fråga om gemensamt personuppgiftsansvar

Om och i vilken omfattning det finns ett gemensamt personuppgiftsansvar för de personuppgifter som behandlas genom eHDSI hos deltagande medlemsländer är under diskussion. LWG har även frågat Europeiska dataskyddsstyrelsen om detta och beskrev då att de deltagande länderna har konsulterat respektive lands tillsynsmyndighet som inte hittat någon gemensam hållning. Europeiska dataskyddsstyrelsen svarade att det är för de aktörer som behandlar personuppgifter att bestämma om det är ett gemensamt eller ensamt personuppgiftsansvar för behandlingen, enligt ansvarsprincipen i artikel 5.2 i dataskyddsförordningen.³⁰ Europeiska dataskyddsstyrelsen uttalade sig alltså inte om hur frågan om personuppgiftsansvaret ska bedömas. Utredningen utgår därför från att varje medlemsland anses ensamt personuppgiftsansvarig för respektive del av behandlingen.

³⁰ Brev från Europeiska dataskyddsstyrelsen till eHMSEG Legal Work Group, Bryssel, (2021-06-30), ref: OUT2021-0115.

Informationssäkerhet i tjänsten e-recept över landsgränser

För överföring i TESTA krävs att E-hälsomyndigheten är ansluten till Swedish Government Secure Intranet (SGSI) för säker och krypterad kommunikation mellan myndigheter i Sverige och i Europa. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap är systemägare för SGSI. För att skapa tillit i tjänsten har man inom nätverket för e-hälsa kommit överens om bl.a. följande

- ett e-hälsoavtal som anger krav på bl.a. kontaktpunkterna för e-hälsa och kriterier för deltagande i informationsutbytet,
- att e-hälsoavtalet ställer krav på en säkerhetsnivå i fråga om inbyggt dataskydd och dataskydd som standard, sekretess, integritet, autenticitet, tillgänglighet, oförnekbarhet, kryptering och andra åtgärder för datasäkerhet och kontrollmekanismer i enlighet med dataskyddsförordningen och eIDAS-förordningen,
- att e-hälsoavtalet kräver identifiering och autentisering av hälso- och sjukvårdspersonal och att endast sådan behörig personal i land B kan få del av uppgifter om patientens hälsa,
- att informationen ska gå i de säkra nätverken SGSI/TESTA,
- gemensamma tester,
- en kvalitetsgranskning ledd av kommissionen som involverar stora delar av de nationella kontaktpunkterna för e-hälsas processer och kvalitetsarbete, och
- att nätverket för e-hälsa godkänner anslutning till tjänsten för de medlemsländer som vill delta.

Det finns även andra regelverk som skulle kunna bedömas tillämpliga för den nationella infrastrukturen i tjänsten t.ex. reglerna för ett nationellt medicinskt informationssystem i Läkemedelsverkets föreskrift (LVFS 2014:7) om tillämpning av lagen om medicintekniska produkter på nationella medicinska informationssystem eller EU:s regelverk för medicintekniska produkter.

5.3.4 Information till patient samt hälso- och sjukvårdspersonal

För en effektiv och patientsäker process behövs tillgänglig information om förutsättningarna för tjänsten, t.ex. genom de nationella kontaktpunkterna och de relevanta nationella myndigheterna. På kommissionens webbplats finns information riktad både till invånare och hälso- och sjukvårdspersonal.³¹ Varje medlemsland ska också publicera landets förutsättningar för tjänsten, hur personuppgifter behandlas och vem som är personuppgiftsansvarig. På så sätt ska den registrerade få möjlighet att få en samlad information på sitt eget språk om behandlingen hos de olika aktörer som är inblandade i expedieringen av e-recept.

Ditt Europa/Your Europe är en del av den gemensamma digitala ingången och innehåller information om att hämta ut läkemedel i andra länder. Aktuella myndigheter och andra aktörer ansvarar för att informationen uppfyller webbtillgänglighetsdirektivet och SDG-förordningens krav.

Inom nätverket för e-hälsa har man tagit fram en mall för den s.k. Patient Information Notice (PIN) som syftar till att uppfylla kraven på information om behandling av personuppgifter som ska lämnas till patienten enligt artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen. PIN ska lämnas senast i samband med personuppgiftsbehandlingen. Motvarande mall för information till hälso- och sjukvårdspersonal har nätverket för e-hälsa också tagit fram, s.k. Healthcare Professional Information Notice (HPIN). Informationen i mallen får anpassas efter respektive lands lagstiftning.

5.3.5 Nätverket för e-hälsas krav för att delta i tjänsten

För att stödja arbete i nätverket för e-hälsa har tre gemensamma åtgärder s.k. joint actions, genomförts: eHealth Government Initiative, Joint Action to support the eHealth Network och eHealth Action. Åtgärderna är EU-övergripande projekt. Nätverket för e-hälsa har antagit ett stort antal vägledande dokument för ett säkert informationsutbyte, ofta baserat på de gemensamma åtgärderna. Dessa förutsättningar och krav syftar till att informationsutbytet om e-recept

³¹ "MyHealth@EU" – Flyer addressed to patients and health professionals | Folkhälsa (europa.eu) (hämtad 21-12-09).

över landsgränser ska vara möjligt. Nätverkets styrande dokument har hittills inte funnits publicerade samlat, vilket påverkar förutsättningarna att få en överblick av det omfattande arbetet som utvecklas efter hand. Dessutom pågår arbete med informationshanteringen och dokument flyttas. I delbetänkandet finns det därför i regel inte länkar till specifika dokument. På eHDSI nya webbplats *MyHealth@EU – eHealth Digital Service Infrastructure (eHDSI) Home*³² finns omfattande information om e-hälsotjänsterna. Webbplatsen kräver en EU-inloggning som alla kan skaffa. På den webbplatsen under *OPERATIONS Home/eHDSI SERVICE OFFERING* beskrivs användningsfallen under rubriken *eP/eD use case*, omfattningen av tjänsten under *eHDSI Scope and Business Goals* och detaljerade krav beskrivs under rubriken *eHDSI Requirements Catalogue*. De mest centrala dokumenten finns även publicerade av kommissionen.³³

Krav på kvalitetsgranskning

De deltagande länderna måste först genomgå en kvalitetsgranskning, en s.k. initial compliance check, som kommissionen leder med stöd av medlemsländerna. Granskningen ska säkerställa att kontaktpunkten för e-hälsa uppfyller aktuella krav på processer och dokumentation på en rad områden såsom organisation, rättsliga förutsättningar, interoperabilitet, semantik och teknik. Därefter beslutar nätverket för e-hälsa om deltagande land uppfyller kraven och får driftsätta tjänsten via den nationella kontaktpunkten för e-hälsa.³⁴ Innan nätverket fattar ett sådant beslut krävs ett undertecknande av e-hälsoavtalet, se avsnittet nedan.

³² <https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/OPERATIONS+Home> (hämtad 21-12-10).

³³ https://ec.europa.eu/health/ehealth/electronic_crossborder_healthservices_sv (hämtad 2021-12-03).

³⁴ Artikel 5 i genomförandebeslutet.

Krav som följer av e-hälsoavtalet

E-hälsoavtalet³⁵ ska undertecknas för att en kontaktpunkt för e-hälsa ska bli godkänd av nätverket för e-hälsa och landet ska kunna delta i e-hälsotjänsterna. Det ska även fastställas att kontaktpunkten följer avtalet och de relevanta processerna samt kriterierna i tillhörande dokument i bilagan till avtalet.³⁶ Därigenom avses avtalsparterna följa kriterierna i avtalet.³⁷ Syftet med e-hälsoavtalet är att skapa rättslig stabilitet och interoperabilitet. Vidare har det angivits finnas ett behov av ett avtal eftersom samarbetet baseras på frivillighet och inte tvingande EU-rätt.³⁸ E-hälsoavtalet ska undertecknas enligt nationell rätt och vad det kan innebära i Sverige analyseras i avsnitt 13.3.1.

E-hälsoavtalet har en bilaga som hänvisar till ett antal dokument som ytterligare beskriver kraven, vilka hänvisar till andra dokument och processer. Dokumenten i bilagan är bindande och har varierande karaktär, t.ex. diskussionsunderlag, riktlinjer och detaljerade specifikationer. Dessa dokument och hänvisningarna i dem är föråldrade i vissa delar, men i skrivande stund pågår arbete med en uppdatering. E-hälsoavtalet och kraven i bilagan kan ändras.³⁹

E-hälsoavtalet ställer inte i sig krav på ändringar i nationell rätt utan parterna kan välja hur de ska uppfylla kraven i enlighet med nationell rätt och EU-rätten.⁴⁰ Det ställer dock krav på bl.a. organisation, semantisk behandling, teknik, spårbarhet och säkerhet, samt hur informationen ska överföras och tas emot. Parterna åtar sig att identifiera och autentisera patient och hälso- och sjukvårdspersonal på ett otvetydigt sätt.⁴¹ Nätverket för e-hälsa har angett att identifiering av hälso- och sjukvårdspersonal i land B ska ske med tvåfaktorsautentisering. Det finns också bestämmelser om avtalsparternas civilrättsliga ansvar och skadeståndsansvar.⁴²

E-hälsoavtalet innehåller även bestämmelser om personuppgiftsbehandlingen. De nationella kontaktpunkterna för e-hälsa ska uppnå

³⁵ *Agreement between National Authorities or National Organisations responsible for National Contact Points for eHealth on the Criteria required for the participation in Cross-Border eHealth Information Services.*

³⁶ Kapitel III, avsnitt III 1.2.1 i e-hälsoavtalet.

³⁷ Kapitel I, avsnitt I.3(3) i e-hälsoavtalet.

³⁸ 9th eHealth Network meeting, *Cover note by Secretariat*, den 25 maj 2016, s. 1 och *Summary minutes 9th Meeting of the eHealth Network*, den 7 juni 2016, s. 3.

³⁹ Kapitel III, avsnitt III.2 i e-hälsoavtalet.

⁴⁰ Kapitel I, avsnitt I.3 i e-hälsoavtalet.

⁴¹ Kapitel II, avsnitt II.1.1.2 i e-hälsoavtalet.

⁴² Kapitel II, avsnitt II.1.2 i e-hälsoavtalet.

en säkerhetsnivå i enlighet med dataskyddsförordningen och eIDAS-förordningen i fråga om inbyggt dataskydd och dataskydd som standard, sekretess, integritet, autenticitet, tillgänglighet, oförnekbarhet, kryptering och andra åtgärder för datasäkerhet och kontrollmekanismer, med beaktande av processerna och kriterierna i avtalet.⁴³ Det finns också krav på spårbarhet m.m.⁴⁴ Enbart behörig hälso- och sjukvårdspersonal i land B ska kunna ta del av uppgifter om patientens hälsa.⁴⁵

E-hälsoavtalet innehåller åtgärder som avser att stärka skyddet för integriteten vid informationsutbytet, men innehåller inte den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen. Det innebär bl.a. att E-hälsomyndigheten inte kan undgå sitt ansvar och sina skyldigheter som personuppgiftsansvarig med hänvisning till avtalet. Myndigheten måste därför bedöma om tillämpningen av de beslut som nätverket tar är förenliga med dataskyddsförordningen.⁴⁶

Artikel 29-gruppen var en oberoende europeisk arbetsgrupp som behandlade frågor om integritetsskydd och skydd av personuppgifter fram till införandet av dataskyddsförordningen och som nu ersatts av Europeiska dataskyddsstyrelsen. Artikel 29-gruppen lämnade ett yttrande om e-hälsoavtalet, men hade inga avgörande invändningar. I yttrandet anges bl.a. att enbart patientrörlighetsdirektivet och e-hälsoavtalet inte i sig synes uppfylla kraven på rättslig grund i dataskyddsförordningen.⁴⁷

Kontroll av behörig förskrivare och expedierande farmaceut

Ett krav i nätverket för e-hälsa är att parterna ska autentisera och identifiera hälso- och sjukvårdspersonal. En kontroll av expedierande farmaceuts behörighet ska göras för att farmaceuten ska kunna fråga efter och ta emot information om ett e-recept från ett annat EES-land. I tjänsten förväntas farmaceuten bekräfta vid varje anrop att det finns en behandlingsrelation till patienten genom en bekräftelse som kallas Treatment Relationship Confirmation, (TRC-assertion). Land A avses kontrollera att e-receptet är giltigt och utfärdat

⁴³ Kapitel II, avsnitt II.4.1 i e-hälsoavtalet.

⁴⁴ Kapitel II, avsnitt II 4.2 i e-hälsoavtalet.

⁴⁵ Kapitel II, avsnitt II.1.1.3 i e-hälsoavtalet.

⁴⁶ E-hälsomyndigheten, *Reglering av personuppgiftshantering* (S2018/04035/FS), s. 21.

⁴⁷ Artikel 29-gruppens brev till Nätverket för e-hälsa, den 11 april 2018, Ref. Ares(2018) 2356058 03/05/2018.

av en behörig förskrivare.⁴⁸ Om det är oklarheter kring en förskrivares behörighet bör expedierande farmaceut bl.a. kunna kontakta de nationella kontaktpunkterna för hjälp.

Kodverk och standarder för e-recept

Informationen i ett e-recept ska översättas till land B:s språk. Det finns överenskomna informationsmängder inom nätverket för e-hälsa med en miniminivå för vilken information som ska förmedlas. Det finns även krav på att vissa kodverk används för översättningen. Som kodverk för aktiv substans används ATC-kod, i kombination med en beskrivning i fritext av läkemedlets aktiva substans när ATC-koden inte ger en fullständig beskrivning av ingående substanser. För läkemedelsform används standarder från European Directorate for the Quality of Medicines and Health Care. För styrka används ett system för måttenheter kallat Unified Code for Units of Measure.

Informationen om ett läkemedel kan i dag variera i viss mån mellan olika länder beroende på t.ex. hur läkemedlet har godkänts. Tjänsten påverkas av dess tekniska utformning, de nationella förutsättningarna för läkemedelsinformation, förutsättningarna för de aktuella kodverken och övriga tekniska villkor. Tjänsten anpassas efter rådande förutsättningar. Det pågår ett arbete med att i EU genomföra en mer detaljerad standard för identifiering av läkemedel som kallas Identification of Medicinal Products (IDMP), som kommer att underlätta identifieringen av läkemedel framöver.

5.3.6 Vad tjänsten omfattar

Tjänsten är utformad av medlemsländerna inom ramen för nätverket för e-hälsa, baserat på patientrörlighetsdirektivet och nätverkets krav. Tjänsten utgår i dag från de användningsfall medlemsländerna kommit överens om, men kan utvecklas över tid med nya användningsfall eller funktionaliteter.⁴⁹ Tjänsten e-recept över landsgränser omfattar för närvarande bl.a. följande⁵⁰

⁴⁸ Se t.ex. eHealthNetwork, *Guidelines for information exchange E-prescription and eDispensation*, version 2, 2016, artiklarna 5.2 och 3.

⁴⁹ Att en utveckling av tjänster m.m. är förutsedd anges bl.a. i definitionerna till e-hälsoavtalet.

⁵⁰ Se vidare *eHDSI Scope and Business Goals*.

- e-recept för godkända humanläkemedel som tillverkats enligt en industriell process,⁵¹
- e-recept som utfärdas i land A till en patient i land A och där e-receptet sedan expedieras när patienten är på plats på ett fysiskt apotek i land B,⁵² och
- att utbyte av läkemedel på apotek eller motsvarande är möjligt, dock endast till läkemedel som har ett annat läkemedelsnamn och/eller förpackningsstorlek och som har samma aktiva substans, läkemedelsform och styrka som det förskrivna läkemedlet.⁵³

Tjänsten omfattar för närvarande inte bl.a. följande⁵⁴

- att en patient från land A får ett e-recept utfärdat av en förskrivare behörig i ett annat EES-land,⁵⁵
- narkotiska läkemedel,⁵⁶ och
- icke-godkända läkemedel inklusive läkemedel som bereds på apotek för en enskild patient t.ex. extemporeläkemedel.

Ovanstående begränsningar gäller för medlemsländerna. Vissa åtgärder är dock frivilliga, t.ex. att låta ett ombud hämta ut läkemedel åt patienten. Det krävs i dag att patienten är på plats på apoteket för att kunna identifiera sig med fotolegitimation. Det utesluter för närvarande e-handel av receptbelagda läkemedel där sådan identifiering inte är möjlig, enligt utredningens bedömning.

⁵¹ *eHDSI Scope and Business Goals*.

⁵² Se t.ex. *eHDSI Requirements Catalogue*, 02.01. *Uniquely identify the Patient* som anger att fotolegitimation ska kontrolleras.

⁵³ *eHDSI Requirements Catalogue, eP/eD Use Case*. E-identifiering av patient på apotek har diskuterats, men såvitt utredningen känner till finns ännu inget förslag för detta i tjänsten.

⁵⁴ *eHDSI Scope and Business Goals* och *eHDSI Requirements Catalogue*, 07. *Handle Dispensation of medicine and Substitution*. En förutsättning är att utbyte är tillåtet i land B.

⁵⁵ *eHDSI Scope and Business Goals*.

⁵⁶ *eHDSI Requirements Catalogue, eP/eD Use Case*.

⁵⁷ *eHDSI Scope and Business Goals*.

5.4 Informationsflödet i tjänsten

5.4.1 Informationsflödet

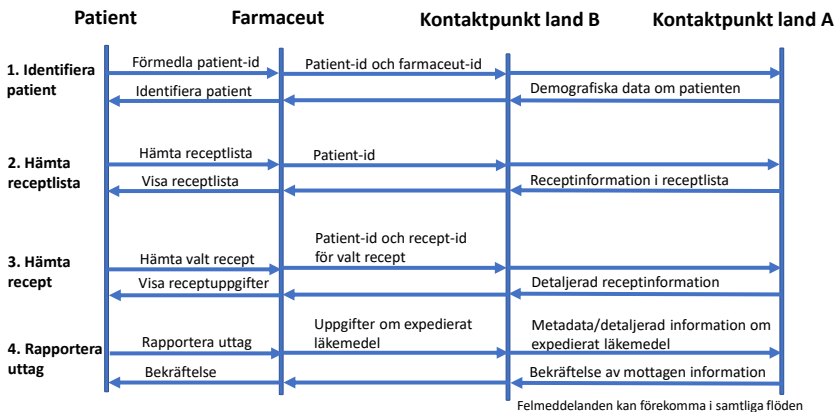
Informationsflödet i tjänsten e-recept över landsgränser inleds med att patienten från land A identifierar sig hos ett apotek eller motsvarande i land B och ber att få hämta ut läkemedlet som förskrivits på ett e-recept i land A. Om land A kräver det ska patienten ha lämnat samtycke till att personuppgifterna överförs till land B för expediering. Land B kan också kräva patientens samtycke till att personuppgifterna hämtas från land A för att användas vid expediering på apoteket i land B. Information om patienten, e-recepten samt hälso- och sjukvårdspersonalen ska utväxlas stegvis mellan apoteket i land B via kontaktpunkten för e-hälsa i land B till land A:s kontaktpunkt genom ett antal frågor och svar som kan delas in i följande fyra flöden

1. identifiera patient,
2. hämta receptlista,
3. hämta e-recept, och
4. rapportera uttaget av läkemedlet.

För varje meddelande skickas därutöver viss information och metadata om vem som gör förfrågan, t.ex. namn och roll för den som gör anropet samt signatur för anropande nationell kontaktpunkt, inklusive landskod. Sådan information skickas för vart och ett av de fyra meddelandetyperna och avses loggas av mottagaren för spårbarhet i informationsflödet.

Frågor och svar följer fastställda format och bygger på nätverket för e-hälsas krav på information, med obligatoriska och valfria informationsmängder. Anrop loggas för kvalitetssäkring, felsökning och spårbarhet. Felmeddelanden kan förekomma i alla fyra flödena.

Figur 5.3 Översikt informationsflödet i tjänsten



5.4.2 Kraven på överenskomna informationsmängder

I tjänsten behandlas de personuppgifter om patienten, förskrivaren och expedierande personal som behövs vid ordination, expediering och uppföljning. Informationsflödet utgår från de informationsmängder för e-recept som nätverket för e-hälsa kommit överens om.⁵⁷ Informationen översätts via kodverk när den överförs från land A till land B.

Uppgifter om patienten behövs för att identifiera patienten och för expedieringen av läkemedlet. Uppgifter om patientens läkemedelsbehandling är i regel känsliga personuppgifter, främst eftersom de är indirekta uppgifter om patientens hälsa.⁵⁸ Personuppgifter om förskrivare och expedierande personal ska bl.a. göra det möjligt att identifiera behörig hälso- och sjukvårdspersonal, samt kunna kontakta dem vid behov. Loggning av frågor och svar används bl.a. för kvalitetssäkring, felsökning och spårbarhet. Vissa personuppgifter behandlas för uppföljning, inklusive tillsyn.

⁵⁷ Informationsmängderna utgår bl.a. från patientrörlighetsdirektivet, genomförandedirektivet 2012/52/EU som har utvecklats inom nätverket för e-hälsa, nätverkets krav och riktlinjer, samt användningen av olika standarder och överenskomna kodverk.

⁵⁸ Uppgifter om läkemedel och andra varor som förskrivs en enskild har ansetts röra dennes hälsa enligt personuppgiftslagen, prop. 2008/09:145 s. 305. Jfr Justitiekanslerns beslut 2008-06-23, dnr 7692-06-42.

Nedan redogörs för de överenskomna informationsmängder som är avsedda att överföras i tjänsten e-recept över landsgränser.⁵⁹ Vissa uppgifter är obligatoriska och ska anges (nedan i **fetstil**). Det finns även ”utökade informationsmängder”, dvs. uppgifter som är frivilliga att ange vid behov. Det är dock svårt att göra en helt rättvisande och uttömmande uppräkningslista av flera skäl, t.ex. eftersom vissa uppgifter kan anges på olika sätt och detaljningsnivå. Utredningen har översatt begreppen från engelska och i vissa fall inte funnit svenska motsvarigheter. Informationsutbytet är ett pågående arbete och informationsmängderna kan komma att ändras. Utöver de uppgifter som räknas upp nedan ska uppgifter om registerhållaren och viss annan metadata också skickas.

Personuppgifter som avser patienten är

- **namn, födelsedatum, unik personlig identifierare** (en uppgift för att identifiera patienten, t.ex. personnummer, socialförsäkringsnummer, nationellt eller regionalt id-kortsnummer, passnummer, eller hälsokortsnummer),
- **övriga demografiska uppgifter om patienten** (de uppgifter varje land A bestämmer ska anges för identifiering av patienten utifrån nationell reglering eller vilka uppgifter som finns tillgängliga, t.ex. födelsedatum, kön, namn, nationell eller regional identifierare, socialförsäkringsnummer, adress, land),
- patientens språk, vårdnadshavare, förmyndare eller ombud,⁶⁰
- **recept-id** (en unik identifierare som för varje enskilt recept i receptlistan anges med en kod och används både nationellt och vid gränsöverskridande identifiering av e-recept),
- läkemedlets **gångse benämning** eller läkemedlets läkemedelsnamn,⁶¹ **aktiv substans** och/eller **ATC-kod**,⁶² läkemedelsföretagets namn,

⁵⁹ Redogörelsen i detta avsnitt baseras främst på E-hälsomyndighetens sammanställning av informationsmängderna enligt eHDSI:s specifikation.

⁶⁰ Det förutsätter att både land A och land B tillåter möjligheten med ombud, se avsnitt 7.7.2.

⁶¹ Läkemedelsnamn är obligatoriskt att ange endast om utbyte av läkemedel inte får ske.

⁶² Det är obligatoriskt att ange ATC-kod eller substansnamn.

- **läkemedelsform, mängd** (antal förpackningar), **styrka**, behandlingstid, dosering/instruktion för användning till patienten och till farmaceuten,⁶³
- skälen för förskrivningen/behandlingsändamål,
- **förskrivningstidpunkt, och sista giltighetsdag för förskrivningen,**
- **hantering av utbyte av läkemedel på apotek** (som förmedlas genom en ”flagga” om det är tillåtet eller inte),
- uppgift från land A om **e-receptet är expedierbart** i land B, och
- eventuellt övriga uppgifter som hänför sig till patienten eller förskrivningen t.ex. i det PDF-dokument som skickas med uppgifter ur ”originalreceptet”.

Personuppgifter som avser förskrivaren är

- **namn, yrke, identifiering av förskrivaren, kontaktuppgifter, land, krav på autentisering av förskrivaren, förskrivningssystem, identifiering av arbetsplats, arbetsplats och arbetsadress.**

Personuppgifter som avser farmaceuten är

- **namn, unik identifierare av farmaceuten, legitimation/id, apotek/arbetsplats, kontaktuppgifter till apoteket eller motsvarande, adress till arbetsplatsen, identifierare för apoteket eller motsvarande och land.**

Vad som återrapporteras vid expediering är

- **recept-id, patientens unika identifierare, födelsedatum, namn, land, adress, kön, språk, socialförsäkringsnummer, kontaktuppgifter,**

⁶³ Dosering är ett exempel på att det är svårt att klassificera vissa uppgifter som obligatoriska eftersom det är ett krav att skicka en sådan uppgift, men valfritt att skicka uppgiften på ett strukturerat sätt. Uppgiften kan i stället skickas i fritext.

- antal expedierade förpackningar, förpackningsstorlek, produktnamn, läkemedelsform, ATC-kod, styrka, aktiv substans, produktnummer (i Sverige kan det vara s.k. NPL pack-id), artikelbenämning,
- uppgift som visar om ett annat läkemedel än det förskrivna har lämnats ut när det är aktuellt,
- farmaceutens legitimation/id och yrke, namn, expedieringstidpunkt, arbetsplats, kontaktuppgifter,
- expedierande apotek, kontaktuppgifter, adress, land, och
- identifiering av registerhållaren, adress och kontaktuppgifter.

Dessa uppgifter motsvarar i stort de som anges på en förskrivning i Sverige enligt 4 kap. 8 § receptföreskrifterna, med de informationsmängder som E-hälsomyndigheten hämtar från t.ex. VARA och FORS, se för bedömningen att de svenska e-recepten redan i dag följer nätverket för e-hälsas krav i avsnitt 12.4.2.

5.4.3 Behandlingen av personuppgifter

Medlemsländerna ansvarar för att behandlingen av personuppgifter följer dataskyddsförordningen. De aktörer som kommer att behandla personuppgifter i informationsutbytet om e-recept över landsgränser är bl.a. förskrivare i land A, registerhållare, de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa i land A och land B, apotek eller motsvarande och expedierande personal i land B, kommissionen som är personuppgiftsbiträde, hälso- och sjukvårdspersonal i land A som vid vårdtillfället har behov av uppgift om expedierat läkemedel, samt andra relevanta aktörer, t.ex. tillsynsmyndigheter i land A och land B.

Personuppgifterna i läkemedelsprocessen kommer att behandlas främst genom insamlande, sammanställning, överföring, översättning och bevarande. Förskrivaren kommer att samla in uppgifter vid förskrivningen och överföra uppgifterna till ett register. Kontaktpunkterna för e-hälsa kommer att överföra uppgifter till och från apoteken och mellan sig, bevara vissa uppgifter, samt föra logg m.m. Kommissionen kommer bara att överföra krypterade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal i land A som har behov av uppgifter om expedierat läkemedel kommer att behandla uppgifter genom att ta del av dem.

Hanteringen skiljer sig åt om Sverige är land A eller land B. När Sverige är land A handlar det främst om att E-hälsomyndigheten tillgängliggör uppgifter från den nationella läkemedelslistan. Redan insamlade personuppgifter behandlas genom att de sammanställs, översätts och lämnas ut till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa för vidarebefordran till apotek i ett annat EES-land. Personuppgifterna kommer också att behandlas när uttaget återrapporteras till E-hälsomyndigheten som översätter och registrerar uppgifterna i den nationella läkemedelslistan.

När Sverige är land B kommer uppgifter att lämnas från kontaktpunkten i land A till E-hälsomyndigheten som vidarebefordrar informationen till öppenvårdsapoteken. E-hälsomyndigheten kommer också att vidareförmedla uppgifter om uttaget till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa och till övriga aktörer som bedöms ha behov av dem. För öppenvårdsapoteken tillkommer egentligen ingen ny behandling av personuppgifter avseende e-recept från EES jämfört med nuvarande hantering av e-recept. Öppenvårdsapoteken kommer att samla in uppgifterna via E-hälsomyndigheten, redovisa uttaget och spara uppgifterna i verifikationer över utlämnande läkemedel som bevaras i fem år. Vissa uppgifter kommer att registreras i den nationella läkemedelslistan vid expedieringen.

Av säkerhetsskäl och för att kunna genomföra en patientsäker expediering av ett e-recept krävs spårbarhet. E-hälsomyndigheten och övriga kontaktpunkter för e-hälsa ska föra logg över de anrop som sker och den behandling som genomförs. Loggningen ska sparas hos E-hälsomyndigheten och syftar till att säkerställa krav på spårbarhet, kvalitet och säkerhet för att möjliggöra tillsyn, uppföljning och felsökning vid behov. Syftet är också att kontrollera efterlevnad av åtkomst.

5.4.4 Integritetshöjande samtycke

Frågan om patienten bör lämna samtycke i land A och i land B till att personuppgifterna behandlas för expediering i ett annat EES-land har diskuterats i samarbetet om tjänsten. Tidigare övervägdes ett tvåstegssamtycke, alltså att patienten ska lämna samtycke både i land A och land B. Sedan dess har det tydliggjorts att samtycke inte är en lämplig rättslig grund för offentliga myndigheter. Det finns dock

inga hinder för att införa ett krav på ett s.k. integritetshöjande samtycke, även om behandlingen baseras på en annan rättslig grund. Samtycke ska utformas så att det omfattar den personuppgiftsbehandling som avses i respektive situation. Samtycke är i huvudsak en fråga för varje deltagande land.

E-hälsomyndigheten föreslog i rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling* att patientens integritetshöjande samtycke skulle inhämtas både när svenska e-recept expedieras i ett annat EES-land och när e-recept från ett EES-land expedieras i Sverige.⁶⁴ Ett sådant samtycke avsågs inte utgöra den rättsliga grunden, utan en integritetshöjande skyddsåtgärd. Utredningen föreslår att en patient från Sverige ska lämna ett integritetshöjande samtycke till expediering i ett annat EES-land, men inte att en patient från land B ska lämna samtycke vid expediering i Sverige, se avsnitt 8.2.6 och 9.10.

5.4.5 Översikt av tjänsten e-recept över landsgränser

Nedan görs en översikt över processen för tjänsten e-recept över landsgränser utifrån nätverket för e-hälsas krav.

Ordination och förskrivning

Processen inleds med att patienten identifierar sig och lämnar uppgifter om sin hälsa till en behörig förskrivare i land A. Förskrivaren ordinerar ett läkemedel och utfärdar ett e-recept. Förskrivaren behandlar känsliga personuppgifter om patienten samt personuppgifter om sig själv. E-receptet registreras i land A:s register. Land A ansvarar även för en kontroll av receptet. Patienten och förskrivaren kan få information om tjänsten på olika sätt, se avsnitt 5.3.4.

Expediering i land B

Expedieringen börjar med att patienten går in på ett apotek i land B för att hämta läkemedel som förskrivits på ett e-recept i land A. Land A kan kräva att patienten ska lämna samtycke för att personuppgifterna ska få överföras från land A till land B för en expedier-

⁶⁴ E-hälsomyndigheten, *Reglering av Personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS), s. 27 f.

ing. Även land B kan kräva att patienten ska lämna sitt samtycke till att uppgifterna hämtas från land A för att expedieringen ska få ske. Patienten ska få information från den personuppgiftsansvarige om hur personuppgifterna kommer att behandlas enligt artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen. Det finns en gemensamt framtagen mall för sådan information till patienter (PIN), se avsnitt 5.3.4.

Identifiera farmaceuten och behandlingsrelationen

Informationsutbytet inleds med att expedierande farmaceut i land B identifieras. Det sker genom att information om farmaceutens namn, farmaceutens unika identifierare,⁶⁵ yrke, arbetsplats och uppgifter om apoteket eller motsvarande skickas till kontaktpunkten för e-hälsa i land A. För att intyga att det finns en behandlingsrelation innehåller varje anrop även en så kallad TRC-assertion som innebär att land B skickar uppgifter om bl.a. patientens identifierare tillsammans med farmaceutens identifierare, namn yrkeskod och uppgifter om apoteket.

Identifiera patienten

Patienten ska identifieras i tjänsten e-recept över landsgränser för att kunna hämta ut sitt läkemedel.⁶⁶ Land A ska ange en unik personlig identifierare för patienten som syftar till att kunna identifiera och koppla patienten till ett e-recept i det nationella registret, t.ex. ett nationellt eller regionalt id-kortsnummer, passnummer eller socialförsäkringsnummer. Land A ska också skicka patientens namn, födelsedatum och uppgift om land. Land A ska även ange vilka identitetshandlingar som patienten ska använda. Identitetshandlingen innehåller patientens unika identifierare. Land A kan även kräva andra demografiska uppgifter om patienten, t.ex. kön och adress.

Vid expedieringen ansvarar land A och land B gemensamt för att identifiera patienten. Expedierande personal i land B ska kontrollera patientens identitet genom den giltiga id-handlingen med foto och den unika identifieraren som land A kräver, samt övrig demografiska uppgifter om det krävs. Expedierande personal skickar patientens

⁶⁵ Uppgiften kan t.ex. vara en legitimationskod.

⁶⁶ *eHDSI Functional requirements, 02.01. Uniquely identify the Patient* och *02.01.01. Identification and authentication of a patient with demographic data.*

unika identifierare till kontaktpunkten för e-hälsa i land A som kontrollerar patientens identitet och om eventuellt samtycke finns, om det krävs. Kontaktpunkten i land A svarar med demografiska uppgifter om patienten, t.ex. namn, unik identifierare och födelsedatum, så att farmaceuten kan jämföra uppgifterna med uppvisad fotolegitimation. Saknas uppgifter om patienten får land B ett felmeddelande, liksom om samtycke saknas när det är ett krav.

Olika typer av ombud, eller "next of kin" som de även kallas i tjänsten, t.ex. ställföreträdare eller vårdnadshavare får hämta ut läkemedel för patientens räkning om både land A och land B tillåter det och övriga villkor är uppfyllda. Nationell rätt i land A avgör vem som kan vara ombud. Ombudet kan t.ex. vara en vårdnadshavare eller nära anhörig. Ombudet ska inte visa någon pappersdokumentation, utan land A ska kunna säkerställa kopplingen mellan ombudet och patienten digitalt, se avsnitt 7.7.2.

Hämta information om patientens receptlista eller om ett recept

Patienten, eller ombudet i de fall det är aktuellt, frågar efter sitt e-recept och avses därigenom bekräfta sin vilja att hämta ut e-receptet på apoteket. När land B har säkerställt patientens identitet, eventuellt samtycke (om det krävs), frågar expedierande personal i land B efter receptet eller receptlistan genom, att på samma sätt som i tidigare anrop, skicka uppgifter för att identifiera patient m.m. Som svar kan land A lämna ut antingen en lista med uppgifter om de e-recept som patienten har eller endast de e-recept som kan expedieras i annat land. Land A får lämna vissa uppgifter om ett e-recept som inte kan expedieras utomlands, men det måste då framgå att de är "icke-expedierbara" e-recept. Land A kan också lämna ut information om ett e-recept.

För varje recept i receptlistan ska det finnas ett recept-id och information som identifierar förskrivet läkemedel, t.ex. läkemedelsnamnet eller det generiska namnet, ordinationstidpunkt, uppgift om receptet är expedierbart i land B och ATC-kod.

Hämta information om patientens e-recept

När farmaceuten i land B, i samråd med patienten, avgjort vilket av e-recepten i receptlistan patienten vill ha expedierat, begär farmaceuten mer information om det valda e-receptet. Land A svarar med att skicka de detaljerade uppgifter om e-receptet med de informationsmängder nätverket för e-hälsa kommit överens om. Uppgifterna kodas med hjälp av de överenskomna kodverken och översätts automatiskt från land A:s språk till engelska och sedan från engelska till land B:s språk. Farmaceuten får därmed uppgifterna på sitt eget språk. Syftet är att farmaceuten ska få tillräckliga uppgifter för en expediering. Uppgifterna avser patienten, läkemedlet (t.ex. aktiv substans, mängd, styrka och läkemedelsform), förskrivningen och förskrivaren. Uppgifter om t.ex. behandlingsändamål kan ingå. Det kommer även att skickas ett PDF-dokument från land A med uppgifter ur ”originalreceptet” på patientens språk.

Expediering av läkemedel

Farmaceuten ska granska e-receptet för att kunna expediera läkemedlet i enlighet med nationell reglering och lämna ut det om förutsättningarna är uppfyllda. Farmaceuten ska återrapportera uttaget till kontaktpunkten för e-hälsa i land B som rapporterar det vidare till kontaktpunkten i land A, för att bl.a. avräkning för uttaget ska kunna ske och expedierat läkemedel ska kunna registreras. Återrapporteringen avser uppgifter om patienten, expedierat läkemedel, om något annat än det förskrivna läkemedlet har lämnats ut, samt uppgifter om expedierande personal och apotek. Vid expediering av pappersrecept inom EES, finns det inte någon möjlighet att återrapportera en expediering till land A. Det blir alltså en väsentlig skillnad med e-recept över landsgränser. Land A ska även bekräfta att informationen har tagits emot. Patienten betalar för läkemedlet och kan, beroende på om förutsättningarna är uppfyllda, ta del av land B:s läkemedelsförmån eller begära ersättning i efterhand.⁶⁷

⁶⁷ Ersättning för läkemedel i gränsöverskridande vård behandlas i kapitel 6.

Uppföljning av enskild förskrivning av läkemedel

Det expedierande apoteket ska följa det nationella regelverket vad gäller t.ex. att bevara eller lämna ut uppgifter för tillsyn, uppföljning eller statistik till relevanta aktörer. Kontaktpunkterna i land A och B kan behöva vidarebefordra uppgifterna om expedierat läkemedel till andra relevanta aktörer för liknande ändamål. Uppgifterna om expedieringen ska behandlas enligt respektive lands regelverk och får inte bevaras längre än nödvändigt.

5.4.6 Sammanfattning

Det svenska regelverket är ännu inte anpassat för e-recept över landsgränser. Utredningen kommer att gå igenom vad som krävs för en sådan anpassning i följande kapitel baserat på denna kartläggning. Informationsutbytet i tjänsten innebär bl.a. att det blir nödvändigt för E-hälsomyndigheten att behandla känsliga personuppgifter på ett sätt som inte görs i dag. Patienten bör kunna få tydlig och tillgänglig information om vad tjänsten e-recept över landsgränser kan innebära för dem.

Öppenvårdsapotekens hantering vid expediering av e-recept från EES kan antas komma att skilja sig åt från nuvarande hantering i vissa avseenden, t.ex. kommer uppgifterna inte från den nationella läkemedelslistan, utan från land A via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa. Informationen om e-recepten från EES följer av nätverket för e-hälsas krav för överenskomna informationsmängder. Informationen fås via en fråga-svarstjänst som går i fyra olika informationsflöden. Land B ska återrapportera expedieringen till land A, vilket inte görs i dag vad gäller pappersrecept inom EES.

Förutsättningarna för ersättning vid gränsöverskridande vård behandlas i nästa kapitel. Personuppgiftsbehandlingen analyseras i följande kapitel 7–11. Ytterligare åtgärder för att främja en patientsäker och effektiv process utreds i kapitel 12 och 13. SDG-förordningen och webbtillgänglighetsdirektivet kommer inte att tillämpas direkt på informationsöverföringen av e-recept över landsgränser, men kan vara viktiga för information t.ex. för patienter som vill använda tjänsten e-recept över landsgränser.

6 Ersättning och förmån vid e-recept över landsgränser

6.1 Inledning

I detta avsnitt redogör utredningen för gällande lagstiftning och utredningens överväganden och bedömningar i frågor kopplade till ersättning och förmån för läkemedel vid utlandsvård med anledning av tjänsten e-recept över landsgränser. Sådana frågor lyftes även i E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftshantering* (S2018/04035/FS).

6.2 Förutsättningar för ersättning och förmån

6.2.1 Förordningen om samordning av de sociala trygghetssystemen

Rätten till sjukförsäkringsförmåner för personer som rör sig inom EES och Schweiz regleras i förordningen 883/2004. Syftet med förordningen är att samordna olika socialförsäkringsförmåner och att ange vilket lands lag som är tillämplig, men inte att harmonisera medlemsländernas socialförsäkringssystem.¹ Försäkringsmedlemslandet får ha krav på förhandstillstånd för ersättning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, begränsat till vissa typer av planerad vård, om det är motiverat och proportionellt.

I artikel 19 och 20 regleras rätten till vårdförmåner av nödvändig och planerad karaktär. En person som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige enligt förordningen 883/2004 kan få nödvändig eller viss planerad vård i ett annat EES-land eller i Schweiz till samma patientavgift som invånarna i det landet. Motsvarande situation gäller för

¹ Prop. 2015/16:139 s. 13.

personer som är försäkrade i ett annat EES-land eller Schweiz. Ett förhandstillstånd ska beviljas om den aktuella behandlingen finns bland de förmåner som tillhandahålls enligt lagstiftningen där patienten är bosatt och behandlingen inte kan ges inom en tid som är medicinskt försvarbar (artikel 20.2).

En EU-förordning har allmän giltighet och den är till alla delar bindande och direkt tillämplig i varje medlemsland (artikel 288 i EUF-fördraget). En förordning ska inte genomföras i svensk rätt för att bli giltig i Sverige.

Det behöriga medlemslandet ansvarar i regel för kostnaderna för nödvändig vård, t.ex. när patienten visar det gemensamma europeiska sjukförsäkringskortet som även kallas EU-kortet. Ofta är det landet där patienten bor. Ersättningen hanteras genom socialförsäkringssystemen utan att patienten ska behöva betala i förväg, förutom patientavgiften eller motsvarande. Kostnaden regleras i regel i efterhand mellan landet som givit patienten vård, som kallas land B i delbetänkandet, och det behöriga medlemsland som patienten är försäkrad i för vårdförmåner, som kallas land A.

6.2.2 Patientrörlighetsdirektivet och ersättning för läkemedel

Patientrörlighetsdirektivet syftar till att göra det lättare för invånare i EES att få tillgång till gränsöverskridande hälso- och sjukvård och att förtydliga förhållandet till förordningen 883/2004 vid tillämpning av patienträttigheter (artikel 1.1). Medlemsländernas ansvar för socialförsäkringsförmåner, särskilt förmåner vid sjukdom, ska respekteras fullt ut (artikel 1.1). Bakgrunden till direktivet är ett antal domar i EU-domstolen som slog fast att sjukvård omfattas av EUF-fördragets regler om fri rörlighet för tjänster, oavsett hur den är finansierad och organiserad.²

Direktivet ska alltså tillämpas oavsett hur hälso- och sjukvården organiseras, tillhandahålls och finansieras (artikel 1.2). Rutinmässiga omvårdnadstjänster, tillgång till och fördelning av organ för transplantation och allmänna vaccinationer är undantagna (artikel 1.3). Patientrörlighetsdirektivet definierar vad som avses med hälso- och sjukvård och att vård anses som gränsöverskridande när den ges i ett annat medlemsland (artikel 3 a och 3 e).

² Se prop. 2012/13:150 s. 17 inklusive hänvisningarna till rättsfall i not 1.

Patientrörlighetsdirektivet pekar ut behörigt land, land A, genom att hänvisa till det land som är ansvarigt för personens vårdförmåner enligt förordningen 883/2004. Behandlande medlemsland är land B, där vården utförs. En försäkrad person definieras i artikel 3 b och kan ha rätt till ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård i ett annat EES-land upp till försäkringsmedlemslandets, land A:s, kostnadsnivå (artikel 7.2). Grundtanken i patientrörlighetsdirektivet är att en patient som får gränsöverskridande vård ska sättas i samma situation, så långt det är möjligt, som om patienten hade fått vård i sitt hemland.³ Beräkningen ska vara transparent (artikel 7.3). Land A ska även fastställa vilken hälso- och sjukvård som en försäkrad person kan få ersättning för, samt kostnader och nivå, oberoende av var vården tillhandahålls (artikel 7.3).

Patientrörlighetsdirektivet genomfördes i Sverige bl.a. genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (ersättningslagen). En ny lag (2013:514) om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet beslutades också då.⁴ Förutsättningarna för erkännande av recept enligt artikel 11 i patientrörlighetsdirektivet anses genomförda i receptföreskrifterna, se avsnitt 4.3.2. Ytterligare kompletteringar i svensk rätt p.g.a. patientrörlighetsdirektivet gjordes 2016.⁵

6.2.3 Ersättningslagen

I ersättningslagen anges villkor för rätt till ersättning för kostnader till följd av gränsöverskridande vård i ett annat EES-land och hur ersättningens storlek ska bestämmas. Lagen omfattar även ersättning för humanläkemedel. Ersättningslagen gäller inte om förordningen 883/2004 är tillämplig.

En patient har rätt till ersättning för kostnader för vård i ett annat EES-land om han eller hon omfattas av den personkrets som Sverige är behörigt att meddela ett sådant tillstånd till, vilket avser vård utanför bosättningsmedlemslandet som avses i artikel 20 i förordningen

³ Prop. 2012/13:150 s. 60.

⁴ Se vidare om genomförandet i prop. 2012/13:150. Vissa ändringar gjordes även som rör kostnadsberäkning och ersättning i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. samt i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

⁵ Prop. 2015/16:139.

883/2004 när kostnaden uppkom. Det gäller bl.a. under förutsättning att han eller hon skulle ha haft rätt att få vården bekostad av det allmänna om den givits i Sverige (5 § ersättningslagen). Ersättningen kan som högst avse de faktiska kostnader patienten haft för vården (6 §) och ska motsvara den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om patienten fått vård i Sverige (7 § första stycket). Avdrag ska göras motsvarande de avgifter för vården som patienten skulle ha betalat i Sverige. Detsamma gäller för läkemedel som en patient får vid vårdtillfället (7 § andra stycket).

För läkemedel som en patient har fått vid en annan tid än vårdtillfället, och för vilka det finns en åtminstone likvärdig produkt inom läkemedelsförmånerna enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., bestäms ersättningen till ett belopp som motsvarar den kostnadsreducering som patienten skulle haft rätt till om produkten hade ingått i läkemedelsförmånerna (9 § första stycket). Motsvarande bestämmelse gäller även vid tandvård (10 §).

I ersättningslagen beskrivs även hur patienten kan ansöka om förhandsbesked för planerad vård i ett annat EES-land (11 §). Ett sådant besked är som regel bindande när patienten senare ansöker om ersättning. Försäkringskassan hämtar som regel ett yttrande från den region som enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har ansvar för patientens vård i Sverige (12 §).

Försäkringskassan prövar, efter ansökan från en patient, frågor om ersättning och ska särskilt beakta sjukdomens eller skadans karaktär och förväntade utveckling, patientens individuella omständigheter i övrigt, och om det finns skäl att prioritera hanteringen av ansökan. Beslutade ersättningar betalas ut av Försäkringskassan (14 §). Ett beslut om ersättning eller förhandsbesked kan överklagas (15 §).

Sammanfattningsvis kan alltså en patient som är försäkrad för vårdförmåner i Sverige få ersättning för vård i ett annat EES-land, om villkoren är uppfyllda, antingen enligt förordningen 883/2004 eller ersättningslagen (patientrörlighetsdirektivet). Avsikten är att en patient som fått gränsöverskridande vård, så långt det är möjligt, ska kunna välja att få kostnader för vården ersatta på det sätt som är förmånligast.⁶

⁶ Prop. 2012/13:150 s. 112.

6.2.4 Lagen om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet

Lagen om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet innebär bl.a. att en region har, om inget annat sägs i lag, kostnadsansvar för ersättningar för viss hälso- och sjukvård och tandvård samt för vissa produkter, t.ex. läkemedel, som patienter får vid vård i ett annat EES-land enligt ersättningslagen eller förordningen 883/2004.

Medlemsländerna kan komma överens om att avstå från all återbetalning enligt artikel 35 i förordningen 883/2004. Sverige har ingått vissa sådana s.k. betalningsavståenden som innebär att land B står för kostnaden för patienten från land A.⁷

Regionernas kostnadsansvar gäller ersättningar som betalats ut till patienter som var bosatta, kvarskrivna eller stadigvarande vistades i regionen när vården som ersättningen avser gavs (2 §). En region ska ersätta Försäkringskassan för sådana utbetalda ersättningar till en patient (3 §). När Försäkringskassan fakturerar regionerna för ersättningsanspråk som patienten ansökt om i efterhand finns ofta redan ett ärende hos regionen, när Försäkringskassan har hört sig för om kostnadsanspråket. När det gäller ett sådant krav som Försäkringskassan betalar i efterhand, får regionen en faktura när Försäkringskassan beslutar om ersättning.⁸ Av en sådan faktura ska regionens diarienummer framgå, om ett sådant finns, patientens personnummer, vårdtillfällestidpunkt, vilket regelverk som tillämpats samt vad som avser sjukvård, sjuktransporter, läkemedel, hjälpmedel och tandvård.

När det gäller ersättning som Försäkringskassan betalar till andra institutioner inom EU/EES eller Schweiz med stöd av artikel 19 i förordningen 883/2004 faktureras regionen i regel genom en samlingsfaktura halvårsvis.⁹ Till fakturan finns ett underlag som innehåller patientens personnummer, kostnad och tidpunkt för vården.

När någon från EES får vård i Sverige med stöd av förordningen 883/2004 regleras resterande kostnader mellan länderna via ländernas förbindelseorgan. I dessa fall kan regioner ha rätt till ersättning för kostnader som uppstått i samband med vård av personer som inte

⁷ Försäkringskassan, *Vård i gränsöverskridande situationer Vägledning 2021:1*, version 1, s. 12.

⁸ Det gäller en sådan faktura som avses i 13 § förordningen (2013:711) om ersättningar för vissa vårdkostnader i internationella förhållanden, enligt 3 § Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2013:7) om ersättningar för vissa vårdkostnader i internationella förhållanden.

⁹ Se vidare 4 § Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2013:7) om ersättningar för vissa vårdkostnader i internationella förhållanden.

är bosatta inom dess område. Dessa kostnader regleras enligt förordning (2013:711) om ersättningar för vissa vårdkostnader i internationella förhållanden. På motsvarande sätt regleras kostnaderna när någon från Sverige fått vård i annat land i EES med stöd av förordningen 883/2004. Som angetts tidigare kan regionen där patienten är folkbokförd vara ansvarig för kostnaden om villkoren är uppfyllda.

6.2.5 Försäkringskassans roll

Försäkringskassan spelar en central roll i frågor om ersättning vid gränsöverskridande vård och är Sveriges förbindelseorgan inom ramen för förordningen 883/2004. Försäkringskassan lämnar t.ex. information om vård i andra EES-länder, villkoren för ersättning och kontaktuppgifter till kontaktpunkter i andra EES-länder.¹⁰ Försäkringskassan beslutar och betalar ut ersättningar baserat på förordningen 883/2004, EUF-fördraget, patientrörlighetsdirektivet och för annan gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Regelsystemen är delvis parallella, så inte minst av rättssäkerhetsskäl har det ansetts vara viktigt att rättsfrågor som är aktuella i både patientrörlighetsdirektivet och förordningen 883/2004 bedöms likartat. Det var bl.a. mot den bakgrunden som regeringen föreslog att beslutsansvaret för den gränsöverskridande vården skulle vara samlat hos Försäkringskassan.¹¹ Det ansågs inte lämpligt att flytta beslutsansvaret till regionerna i frågan om patientrörlighetsdirektivet, bl.a. för att det skulle leda till att regionerna hade beslutsansvaret i vissa fall och i andra fall Försäkringskassan.¹²

6.2.6 Lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Med läkemedelsförmåner avses enligt 5 § lagen om läkemedelsförmåner m.m., ett skydd för enskilda konsumenter mot höga kostnader för förmånsberättigade läkemedel och andra varor. Lagen innehåller också bestämmelser om prisreglering av läkemedel och andra varor samt om utbyte av läkemedel på öppenvårdsapotek. Förmånerna

¹⁰ Det är Socialstyrelsen som ska informera en person från ett annat EES-land om vilka rättigheter som personen har vid vård i Sverige enligt patientrörlighetsdirektivet. E-hälsomyndigheten är kontaktpunkt för e-hälsa enligt patientrörlighetsdirektivet.

¹¹ Prop. 2012/13:150 s. 66 f.

¹² Prop. 2012/13:150 s. 66 f.

innebär att det offentliga ersätter delar av kostnaderna för läkemedel och andra varor som omfattas av läkemedelsförmånerna och därmed reducerar den enskildes kostnader genom ett högkostnadsskydd. Kostnader för läkemedel och andra varor som omfattas av läkemedelsförmånerna reduceras som regel stegvis och kostnaderna för den enskilde kan under en tolv månadersperiod som mest uppgå till 2 350 kronor under år 2021. Detta belopp kan ändras och för år 2022 uppgår det till 2 400 kronor.

Enligt 5 a § ska vid beräkning av kostnadsreducering enligt 5 §, sådana belopp som enligt 9 § andra stycket ersättningslagen har lagts till grund för bestämmandet av en beslutad ersättning medräknas, men inte för livsmedel. Dessa bestämmelser infördes när patientrörlighetsdirektivet genomfördes.¹³

Den så kallade 90-dagarsregeln innebär i korthet att läkemedelsförmånerna inte får avse större mängd läkemedel eller andra varor än som motsvarar det beräknade behovet för 90 dagar eller närmast större förpackning om lämplig förpackning saknas. Det innebär också att en ny förskrivning inte får göras så länge förskrivningen fortfarande är giltig, om syftet enbart är att få läkemedlet eller varan utlämnat på förmånligare villkor. Om det finns särskilda skäl får läkemedelsförmånen avse en större mängd (2 § förordningen [2002:687] om läkemedelsförmåner m.m.).

För att läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånerna får förskrivningen expedieras på nytt först då minst två tredjedelar av den tid förlutit som den tidigare expedierade mängden läkemedel är avsedd att täcka. Detta kallas även 2/3-regeln. Expediering kan få göras tidigare om det finns särskilda skäl (19 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m.).

Rätt till läkemedelsförmånerna har den som är bosatt i Sverige, den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom eller moderskap enligt förordningen 883/2004, samt den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen. Den som är anställd i Sverige, utan att vara bosatt här, har också rätt till vissa förmåner enligt 4 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.

¹³ Ändringen beskrivs närmare i prop. 2012/13:150 s. 85 ff.

Det är i regel läkemedelsföretaget som kan ansöka om att läkemedlet ska ingå i läkemedelsförmånerna.¹⁴ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om läkemedlet ska ingå i läkemedelsförmånerna och fastställer de inköps- och försäljningspriser som öppenvårdsapoteken ska använda. TLV ska bl.a. ta ställning till om kostnaderna för användning av läkemedlet, med hänsyn till målen för hälso- och sjukvården i Sverige, framstår som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och det inte finns andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar är att bedöma som väsentligt mer ändamålsenliga (15 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.). Ett läkemedel kan även ingå i läkemedelsförmånerna endast för ett visst användningsområde eller en viss patientgrupp, det kallas förmånsbegränsning (11 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.).

Receptbelagda läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna har ingen prisreglering, utan öppenvårdsapoteken kan själva bestämma prismarginalen.¹⁵ Inköpspriset sätts av läkemedelsföretagen. Läkemedlet bekostas då i regel av patienten. Det finns ett förslag att av TLV fastställda priser ska gälla i samtliga fall när läkemedel har förskrivits på recept och expedieras på öppenvårdsapotek.¹⁶ Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet och har ännu inte lett till något lagförslag.

För kostnadsreducering krävs även att läkemedlet förskrivits av läkare, tandläkare, sjuksköterska, barnmorska eller legitimerad tandhygienist i syfte att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller symtom på sjukdom eller i likartat syfte. Det ska också finnas en arbetsplatskod på receptet som identifierar förskrivarens arbetsplats (6 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.). Av 4 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m. följer att en behörig förskrivare som har en arbetsplats inom en regions område kan få en arbetsplatskod och att regionen i övrigt får besluta om utformning och fördelning av

¹⁴ Det gäller inte licensläkemedel och extemporeberedningar (som dock inte ingår i tjänsten e-recept över landsgränser). Se 8 § första stycket lagen om läkemedelsförmåner m.m., 8 § andra stycket jämfört med 4 c § förmånsförordningen och 4 och 15 §§ Tandvårds och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:29) om licensläkemedel, extemporeläkemedel, lagerberedningar och tillfällig subvention.

¹⁵ SOU 2017:15 s. 101. Det kan dock observeras att enligt 7 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska de fastställda priserna som gäller inom förmånerna tillämpas även när samma läkemedel expedieras kostnadsfritt för patienten med stöd av 7 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

¹⁶ SOU 2017:76 s. 143.

arbetsplatskod inom sitt område. Om regionen finner att den sökande inte har rätt till arbetsplatskod ska ärendet överlämnas till Socialstyrelsen för prövning.

Regionen ersätter kostnader för läkemedelsförmånerna för de ersättningsberättigade personer som bor inom regionen (22 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.). Om den berättigade inte är bosatt inom någon regions område, ansvarar den region för kostnader för förmåner där den berättigade arbetar eller är registrerad som arbetsökande. För den som är berättigad till förmåner som familjemedlem till anställd eller egenföretagare enligt förordningen 883/2004 gäller motsvarande förutsättningar. I andra fall ersätts kostnaderna av den region där den som förskrivit en förmånsberättigad vara har sin verksamhetsort (22 §). Rätten till förmåner prövas av den region som enligt lagen ansvarar för kostnaden för förmånerna (23 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.).

6.2.7 Utbyte av läkemedel på apotek

Syftet med att det förskrivna läkemedlet kan bytas till ett annat på öppenvårdsapotek under vissa omständigheter är att varken patient eller samhälle ska behöva betala mer än nödvändigt för läkemedel. I Sverige beslutar Läkemedelsverket vilka läkemedel som är medicinskt likvärdiga och därigenom utbytbara enligt 4 kap 22 § läkemedelslagen (2015:315). De tas då upp på Läkemedelsverkets utbytbarhetslista. Sådana beslut fattar Läkemedelsverket för t.ex. s.k. generiska läkemedel, men även för parallellimporterade läkemedel. För centralt godkända läkemedel görs ingen sådan bedömning, men de tas upp på utbytbarhetslistan.¹⁷

Varje månad informerar TLV om vilket generiskt utbytbart läkemedel som är tillgängligt, har lägst försäljningspris, och därför blir periodens vara inom respektive förpackningsstorleksgrupp. Öppenvårdsapoteken ska upplysa patienten om utbytet och erbjuda periodens vara vid expedieringen. När det bara finns utbytbarhet mellan direktimporterade och parallellimporterade läkemedel blir periodens vara-systemet inte tillämpligt. Utbytet bygger i det fallet i stället på prisskillnaden mellan det förskrivna läkemedlet och det utbytbara läkemedlet som finns i lager på det enskilda öppenvårdsapoteket.

¹⁷ Se vidare beskrivningen i avsnitt 4.2.2 av olika typer av läkemedel.

Förskrivare och farmaceut har möjligheter att motsätta sig att patientens läkemedel ska bytas ut på apotek enligt 21–21 b §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m. och 8 kap. 16–18 §§ receptföreskrifterna. Förskrivare kan motsätta sig utbyte av medicinska skäl. Patienten kan också motsätta sig utbyte eller välja att få ett annat utbytbart läkemedel expedierat, men får då betala mellanskillnaden respektive hela kostnaden själv, utanför högkostnadsskyddet. Ett öppenvårdsapotek ska upplysa patienten om att utbyte kommer i fråga och om patientens rätt att mot betalning få det förskrivna läkemedlet eller något annat utbytbart läkemedel inom läkemedelsförmånerna.

Utbyte av läkemedel på öppenvårdsapotek gäller som huvudregel för de allra flesta läkemedel som har förskrivits inom läkemedelsförmånerna. Det innebär att ett öppenvårdsapotek ska byta ut ett sådant läkemedel mot periodens vara. Inom läkemedelsförmånerna ska utbyte också ske om det bara finns utbytbarhet mellan direktimporterade och parallellimporterade läkemedel med samma ursprung. Då ska det förskrivna läkemedlet bytas ut mot ett tillgängligt parallellimporterat läkemedel med lägre pris. Sedan 2020 ska ett öppenvårdsapotek under vissa förutsättningar även byta ut ett läkemedel som har förskrivits utanför läkemedelsförmånerna. Det innebär i praktiken utbyte av ett läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna eller saknar TLV:s beslut om inköpspris, till ett läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånerna. Det kan ske bl.a. när patienten är förmånsberättigad och receptet är utfärdat med arbetsplatskod, samt det även finns utbytbara läkemedel utan förmånsbegränsning inom läkemedelsförmånerna. Utbytet kan endast ske till sådana läkemedel.

I receptföreskrifterna framgår det att förskrivaren ska ange dels om patienten är förmånsberättigad, dels om förutsättningarna för förmån enligt ett läkemedels förmånsbegränsning är uppfyllda eller inte, när ett läkemedel med förmånsbegränsning förskrivs (4 kap. 10 § 2 och 5 receptföreskrifterna.).

6.2.8 Personer som kan ha Sverige som försäkringsland

En patient kan ha Sverige som försäkringsland om patienten tillhör den personkrets, för vilken Sverige är behörigt att meddela ett sådant tillstånd för vård utanför bosättningsmedlemslandet som avses i

artikel 20 i förordningen 883/2004 när kostnaderna uppkom (5 § ersättningslagen). Vilket land som är behörigt för vårdförmåner regleras i huvudsak i artiklarna 11–16 i förordningen 883/2004, med vissa undantag.¹⁸ Artikel 2 anger i punkt 1 att ”förordningen ska tillämpas på alla som är medborgare i en medlemsstat, statslösa och flyktingar som är bosatta i en medlemsstat och som omfattas eller har omfattats av lagstiftningen i en eller flera medlemsstater, samt deras familjemedlemmar och efterlevande” och i punkt 2 att förordningen ”dessutom tillämpas på efterlevande till personer som har omfattats av lagstiftningen i en eller flera medlemsstater, oavsett dessa personers medborgarskap, om deras efterlevande är medborgare i en medlemsstat eller är statslösa eller flyktingar som är bosatta i en medlemsstat”.

Enligt förarbetena till ersättningslagen är Sverige försäkringsmedlemsland för personer som är folkbokförda i Sverige eller som enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) har skyddad folkbokföring och stadigvarande vistas inom en region.¹⁹ Av förarbetena framgår vidare att Sverige kan vara försäkringsmedlemsland för personer som inte är folkbokförda, t.ex. för pensionärer som bor i ett annat EES-land men har sin pension från Sverige.²⁰ Sådana personer kan i regel antas ha svenskt personnummer.

Även personer som är anställda, egenföretagare eller sjömän i Sverige, men bosatta i ett annat medlemsland, kan ha rätt till ersättning från Sverige.²¹ Sverige kan vara försäkringsmedlemsland i egenkap av arbetsland enligt artikel 11 i förordningen 883/2004. En person som arbetar i Sverige, men är skriven i sitt hemland kan få ett samordningsnummer, t.ex. för att betala skatt. Om en i Sverige försäkrad person har personnummer eller samordningsnummer kan få betydelse för om en patient kan identifieras i tjänsten e-recept över landsgränser, se vidare avsnitt 13.3.2.

¹⁸ Sådana undantag finns främst för pensionärer som regleras i avdelning III, kapitel 1 i förordningen 883/2004.

¹⁹ Prop. 2012/13:150 s. 49.

²⁰ Prop. 2012/13:150 s. 49. Det gäller även för personer som är utsända från Sverige för att arbeta i ett EES-land.

²¹ Prop. 2012/13:150 s. 49.

6.2.9 Läkemedelsförmånen vid ersättning för vård inom EES

Den svenska läkemedelsförmånen är klassificerad som en förmån vid sjukdom och en vårdförmån²² inom ramen för tillämpningen av förordningen 883/2004. Det framgår av den svenska s.k. artikel 9-deklarationen.²³ Det innebär bl.a. att bestämmelserna om förmåner i artikel 19 och 20 i förordningen 883/2004 kan avse personer som vistas i Sverige om det av medicinska skäl blir nödvändigt under vistelsen med beaktande av förmånernas karaktär och vistelsens förväntade längd.

Med nödvändig vård avses vård som inte kan vänta tills patienten kommer tillbaka till sitt hemland.²⁴ Det är läkare eller annan vårdpersonal som bedömer om vården är nödvändig.²⁵ Bedömningen beror bl.a. på sjukdomen och hur länge patienten ska stanna i landet.²⁶ Förordningen 883/2004 kan ge en person rätt att ta del av vissa vårdförmåner i vistelselandet på samma villkor som personer som är försäkrade i det aktuella landet. Om förutsättningarna är uppfyllda kan den som är berättigad få del av den svenska läkemedelsförmånen för nödvändig vård eller viss planerad vård.

En patient kan även hämta ut läkemedel i ett vistelseland och sedan återvända till land A och ansöka om ersättning enligt patientrörlighetsdirektivet. Förenklat kan man säga att patientrörlighetsdirektivet kan ge patienten rätt att ta med sig den nationella förmånen när hon eller han får vård i ett annat land, dvs. rätt till ersättning enligt land A:s regler och inte enligt reglerna i land B. Som ett exempel på hur både patientrörlighetsdirektivet och förordningen 883/2004 kan bli tillämpliga i samma situation kan man ta en EU-medborgare som tillfälligt vistas i Sverige och förordningen 883/2004 pekar ut Frankrike som försäkringsland, land A. Personen från Frankrike kan då få rätt till medicinskt nödvändiga vårdförmåner mot uppvisande av sitt EU-kort eller ett tillfälligt intyg (artikel 19 i förordningen 883/2004).

²² Så kallad sickness benefit in kind, se vidare artikel 1 a i förordningen 883/2004.

²³ Förklaring från Konungariket Sverige i enlighet med artikel 9 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Bilaga till regeringsbeslut 2020-06-17 nr II:3.

²⁴ Artikel 25.3 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 987/2009 av den 16 september 2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

²⁵ I Sveriges kommuner och regioners handbok *Vård av personer från andra länder*, sjunde omarbetade upplagan, anges i avsnitt 3.2 och 3.5.4 att det är behandlande läkare eller motsvarande som i det enskilda fallet avgör vad som ska anses vara nödvändig vård.

²⁶ Försäkringskassan, www.forsakringskassan.se/sjukvard/patient-som-inte-ar-folkbokford-i-sverige (hämtad 2021-04-26).

Vården ges då på samma villkor som för en person som är försäkrad för dessa förmåner i Sverige. Om personen från Frankrike inte haft med sig sitt EU-kort vid vårdtillfället kan ersättning sökas i efterhand från den behöriga institutionen i Frankrike. Ersättningen kan då följa antingen av svenska regler genom artikel 19 i förordningen 883/2004 och artikel 25 i tillämpningsförordning 987/2009²⁷ eller utifrån franska regler genom patientrörlighetsdirektivet.

Sveriges regioner och kommuner (SKR) beskriver i sin handbok om vård för personer i utlandet att det för gränsarbetare och deras familjemedlemmar gäller att läkemedel utges till ett subventionerat pris endast i det land vari ordinationen har ägt rum.²⁸ I frågor och svar från kommissionen anges bl.a. att det skulle anses gälla t.ex. förskrivningar i vistelselandet om patienten blivit hastigt sjuk där eller har kroniska sjukdomar.²⁹

6.2.10 Ersättning vid e-recept över landsgränser

Förhållandet mellan förordningen 883/2004 och patientrörlighetsdirektivet är komplext vad gäller ersättning och förmån för gränsöverskridande e-recept inom EES. Förutsättningarna kan variera beroende på aktuell situation. Rättsakterna överlappar varandra delvis. Det kan t.ex. vara otydligt vem som kan avgöra vad som är nödvändig vård om det inte framgår av e-receptet. Medlemsländerna kan också ha olika förutsättningar för att administrera vårdförmånerna.

Tillgänglig information om gränsöverskridande vård ger uttryck för detta. Exempelvis anges det i kommissionens information att en patient som hämtar ut ett recept utfärdat i ett annat land antingen ”med största sannolikhet” eller ”alltid” behöver betala för sitt läkemedel vid expedieringen, men kan ansöka om ersättning i efterhand i land A enligt patientrörlighetsdirektivet.³⁰ Det anges även att förordningen 883/2004 kan beaktas³¹ eller att förordningen beskrivs

²⁷ Europaparlamentets och rådets förordning (EG) 987/2009 av den 16 september 2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

²⁸ SKR:s handbok *Vård av personer från andra länder*, sjunde omarbetade upplagan, s. 13.

²⁹ European Commission, *Frequently asked Questions provision on cross-border healthcare*, 2019_ncptoolbox_faq_outgoingpatients_en.pdf (europa.eu), s. 23 (hämtad 2021-05-16).

³⁰ https://europa.eu/youreurope/citizens/health/prescription-medicine-abroad/expenses-reimbursements/index_en.htm (hämtad 21-04-26).

³¹ https://europa.eu/youreurope/citizens/health/prescription-medicine-abroad/expenses-reimbursements/index_en.htm (hämtad 21-04-26).

som huvudregel vid expediering.³² Patienter från andra länder som vill hämta sina e-recept i Finland får veta att han eller hon ”i vart fall inte för närvarande” kan få subvention vid expedieringen, utan får ansöka om ersättning.³³

Det är inte enkelt att redogöra för hur patientrörlighetsdirektivet och förordningen 883/2004 ska tillämpas generellt. De kan även vara alternativt tillämpliga i vissa fall. Därför kan det vara bra för patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och andra aktörer att ta reda på förutsättningarna i det aktuella fallet.

6.3 Utredningens överväganden och bedömningar

6.3.1 Tillämpningen av lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Utredningens bedömning: Ett e-recept från ett EES-land omfattas inte av lagen om läkemedelsförmåner m.m. Det medför bl.a. att ett sådant recept inte heller omfattas av utbyte enligt samma lag.

En fråga som lyfts i rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS) är om e-recept från EES-länder omfattas av läkemedelsförmånerna och att den frågan bör analyseras vidare.

Utredningen gör bedömningen att e-recept från ett annat EES-land inte kommer att omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. Som angetts ovan innebär 6 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. ett krav på bl.a. att receptet ska innehålla en arbetsplatskod. Någon sådan finns inte på ett e-recept utfärdat i ett annat land. Det framgår inte heller av ett sådant e-recept vilka överväganden förskrivaren har gjort vid förskrivningen när det gäller bedömningen av om det är fråga om en förmånsberättigad person och om villkoren är uppfyllda vid en eventuell förmånsbegränsning. Därigenom bör e-recept från annat land inte kunna expedieras inom läkemedelsförmånerna enligt utredningens bedömning.

Systemet för läkemedelsförmåner i Sverige kräver t.ex. att en förskrivare behörig i Sverige ska beakta om förutsättningarna enligt 4 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. är uppfyllda när det gäller vem

³² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/qa_reimbursement_en.pdf (hämtad 21-04-26).

³³ www.kanta.fi/en/professionals/dispensing-of-european-e-prescriptions (hämtad 2021-04-26).

som är förmånsberättigad och om förutsättningarna för förmån är uppfyllda eller inte när ett läkemedel med förmånsbegränsning förskrivs i enlighet med 11 § samma lag. Ett läkemedel kan vara förmånsberättigat endast för en viss patientgrupp eller en viss användning. Dessa bedömningar ska göras vid förskrivningen och framgå av receptet enligt 4 kap. 8 § 2 och 5 receptföreskrifterna.

Enligt utredningens bedömning har förskrivare i andra länder inte förutsättningar att ta ställning till de överväganden beträffande läkemedelsförmåner som en förskrivare i Sverige ska göra vid varje förskrivning. Genom att reglerna för förmåner och subvention är olika inom EES så kan en eventuell förskrivarmarkering på e-receptet om subvention sannolikt inte jämföras med de svenska kraven på uppgifter om förmånsberättigad person, respektive förmånsbegränsning.

Sådana överväganden görs inte på öppenvårdsapoteket i Sverige, t.ex. om förmån eller förmånsbegränsning är aktuell, utan farmaceuten ska normalt kunna utgå från vad som angetts på receptet. Om den expedierande farmaceuten upptäcker fel eller oklarheter behöver förskrivaren i de flesta fall kontaktas för eventuell ändring av receptet enligt 8 kap. 13–15 §§ receptföreskrifterna.

Utredningens bedömning får även visst stöd av överväganden som gjordes när patientrörlighetsdirektivet genomfördes i svensk rätt där det i förarbetena beskrivs bl.a. att recept med arbetsplatskod inte finns i utlandet och att "[l]äkemedel som en patient själv införskaffar med stöd av en förskrivning från ett annat EES-land ingår således inte i förmånen."³⁴ Samtidigt avser det uttalandet situationen där en svensk patient fått ett recept i ett annat EES-land. Liknande överväganden framgår i propositionen 2008/09:145 där anges att det "[a]v 6 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. följer att arbetsplatskoden måste anges på receptblanketten för att ett läkemedel förskrivet för människa ska omfattas av läkemedelsförmånerna. Härav följer att recept utfärdade i utlandet inte kan expedieras med förmån".³⁵

Enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. förefaller det inte finnas någon region som är ansvarig för kostnaderna för läkemedelsförmånerna om det är en patient med ett utländskt recept som endast tillfälligt befinner sig inom en viss regions område.³⁶ Det slutliga kost-

³⁴ Prop. 2012/13:150 s. 53.

³⁵ Prop. 2008/09:145 s. 290.

³⁶ Jfr 22 och 23 §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m.

nadsansvaret bör dock i en sådan situation i regel ligga på patientens försäkringsland, land A, om t.ex. inget betalningsavstående gjorts.

Utredningen anser att bedömningen inte endast avser frågan om arbetsplatskod i sig, utan även hur bedömningarna enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska göras och vad som ska framgå av förskrivningen. De bedömningar som krävs enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. görs i regel inte på öppenvårdsapoteket. Det kan vidare inte uteslutas att ändringar i detta avseende skulle kunna ändra förutsättningarna för läkemedelsförmånerna som de är utformade i dag, t.ex. när det gäller hur förskrivaren annars ska göra bedömning av patienten, främst om patienten är en förmånsberättigad person eller inte och om eventuella villkor i en förmånsbegränsning är uppfyllda.

Vidare är det inte klart under vilka förutsättningar bedömningen av nödvändig vård annars skulle hanteras på apoteket eller hur systemet med arbetsplatskoder bör tillämpas. Om e-recept från EES skulle undantas från kraven i lagen om läkemedelsförmåner m.m. eller bedömningarna inte skulle göras vid förskrivningen, skulle det medföra en annan ordning än den som finns i dag. Det skulle kunna medföra en principiell ändring som skulle kunna få effekter även på förmånssystemet i stort, och som sannolikt inte bör övervägas enbart med avseende på e-recept från EES, enligt utredningens bedömning. Eventuella kostnadskonsekvenser av ändringar i regelverket och administrationen av en ändrad tillämning av läkemedelsförmånerna är dessutom svåra att överblicka. Utredningens bedömning är således att e-recept utfärdade i andra EES-länder inte kan anses omfattas av läkemedelsförmånerna.

6.3.2 Överväganden avseende kraven i lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Utredningens bedömning: Kravet på arbetsplatskod och övriga villkor i lagen om läkemedelsförmåner m.m. framstår som icke-diskriminerande åtgärder, som kan bedömas vara proportionerliga och grundade på ett allmänintresse.

E-recept som saknar arbetsplatskod bedöms inte omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. oavsett om det är utfärdat i Sverige eller i annat EES-land som beskrivits ovan. Svenska recept omfattas

inte av lagen om läkemedelsförmåner m.m., bl.a. om förskrivaren inte har en arbetsplatskod, patienten inte är förmånsberättigad eller om villkoren i en förmånsbegränsning inte är uppfyllda.

Mot denna bakgrund kan det finnas skäl att överväga om det skulle kunna ses som ett indirekt hinder att endast recept utfärdade i Sverige, dock inte alla, kan omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. eller om det kan vara godtagbart med en sådan skillnad. Det s.k. EU-rättsliga testet kan ge vägledning.³⁷ Förenklat följer det av ett avgörande i EU-domstolen, det s.k. Gebhart-målet där EU-domstolen slog fast att nationella åtgärder som kan hindra eller göra det mindre attraktivt att utöva de grundläggande friheterna som garanteras av fördraget ska uppfylla fyra förutsättningar.

- Sådana åtgärder ska vara tillämpliga på ett icke-diskriminerande sätt,
- framstå som motiverade med hänsyn till ett trängande allmänintresse,
- vara ägnade att säkerställa förverkligandet av den målsättning som eftersträvas genom dem, och
- inte gå utöver vad som är nödvändigt för att uppnå denna målsättning.

Kraven vid förskrivningen tillämpas på motsvarande sätt. Läkemedelsförmånerna är utformade för att uppfylla ett antal syften. Arbetsplatskoden och de överväganden som krävs enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. är en del i förmånssystemet som det är utformat i Sverige, som bl.a. syftar till att klargöra vilka överväganden som är nödvändiga för att bedöma om en patient är förmånsberättigad och när det är aktuellt med förmånsbegränsning. Arbetsplatskoden syftar bl.a. till att ge förutsättningar för uppföljning.

Det övergripande syftet med läkemedelsförmånerna kan sägas vara att använda befintliga resurser till så mycket vård som möjligt. Patientens skydd mot höga läkemedelskostnader är ett annat syfte, liksom det allmännas ansvar för läkemedelskostnader och att inte heller det allmänna ska betala mer för läkemedel än vad som är nödvändigt. Arbetsplatskoden och övriga överväganden som krävs enligt

³⁷ Här redogörs för det EU-rättsliga testet som det beskrivs i Jörgen Hettne och Ida Otken Eriksson (redaktörer), *EU-rättslig metod*, Norstedts juridik, 2011, s. 103.

lagen om läkemedelsförmåner m.m. är en del i förmånssystemet som det är utformat i Sverige i dag.

För att uppnå det övergripande syftet ska läkemedelsförmånerna endast gälla när kostnaderna för användningen av ett läkemedel framstår som rimliga. För att uppnå dessa syften bör förskrivaren kunna göra en bedömning och öppenvårdsapoteken få nödvändig information för expediering och eventuellt utbyte av läkemedel på öppenvårdsapoteket. Genom förskrivarens bedömning och angivande av arbetsplatskod kan läkemedelsförmånernas syfte antas få genomslag. Därigenom kan man säga att åtgärderna är ägnade att säkerställa förverkligandet av den målsättning som eftersträvas genom dem.

Enligt utredningens bedömning bör åtgärderna kunna ses som ett trängande allmänintresse som bl.a. avser att uppfylla målen om en god och jämlik hälso- och sjukvård. Det ska t.ex. vara möjligt med förmånsbegränsning till ett visst användningsområde om det finns särskilda skäl för det och kostnaden för användning av läkemedlet därigenom blir rimlig.

Åtgärden måste vara proportionerlig i förhållande till det syfte som avses skyddas och inte gå utöver vad som är nödvändigt för att uppnå denna målsättning. Utredningen anser att det är svårt att se mindre ingripande åtgärder eller alternativ tillämpning som skulle kunna uppnå målsättningen, bl.a. eftersom systemet avser att förskrivaren ska göra vissa bedömningar, och att det kan finnas läkemedel med eller utan förmån, men även med förmånsbegränsning. Det är svårt att se hur dessa bedömningar kan göras vid expedieringen när det inte framgår av receptet.

Utredningen anser sammantaget att åtgärderna verkar för målen med regelverket. Det har utvecklats efter överväganden av konsekvenser för regelverket som helhet inklusive kostnaderna för olika åtgärder, t.ex. på senare tid genom att smittskyddsläkemedel numera kan bytas ut på öppenvårdsapotek och följas upp enklare.³⁸ Även om det är svårt att göra en fullständig bedömning här, utifrån utredningens utgångspunkter med ett ramverk för e-recept över landsgränser, framstår villkoren för läkemedelsförmånerna som proportionerliga åtgärder för att säkerställa målsättningen. Det kan också vara en fördel om denna fråga skulle kunna belysas i ett större sammanhang.

³⁸ Prop. 2017/18:233 s. 290.

6.3.3 Överväganden avseende smittskyddsläkemedel

Utredningens bedömning: Någon bedömning av om ett smittskyddsläkemedel har förskrivits enligt smittskyddslagen (2004:168) framgår inte på ett e-recept från EES. Kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen bör därför inte vara aktuell för e-recept utfärdade i ett annat EES-land.

Enligt 7 kap. 1 § smittskyddslagen kan läkemedel som har förskrivits mot en allmänfarlig sjukdom och som förskrivaren bedömer minska risken för smittspridning vara kostnadsfria för patienten. Detsamma gäller läkemedel som de förskrivna läkemedlen har bytts ut mot enligt 21 b § lagen om läkemedelsförmåner m.m. Om läkemedlet ska lämnas ut kostnadsfritt till patienten enligt smittskyddslagen ska det framgå av receptet enligt 4 kap. 8 § 6 receptföreskrifterna. Smittskyddslagen finns inte med i artikel-9 deklARATIONEN som klassificerar vad som avses med förmåner vid sjukdom i Sverige med anledning av förordningen 883/2004.³⁹

Förskrivaren ska ta ställning till om ett läkemedel syftar till att minska risken för spridning av en allmänfarlig sjukdom och det ska framgå av receptet för kostnadsfrihet. Utredningen anser att motsvarande bedömning inte kan anses framgå av ett e-recept från EES. En utländsk förskrivare har sannolikt inte möjlighet att göra en motsvarande bedömning som krävs enligt smittskyddslagen och ange den på e-receptet. En sådan bedömning om läkemedlet ska förskrivas som ett smittskyddsläkemedel enligt smittskyddslagen görs vid förskrivningen och expedierande farmaceut beaktar vad som anges på receptet. För dessa förskrivningar ställs krav på arbetsplatskod främst vad gäller hur kostnaden ska regleras.⁴⁰

³⁹ Förklaring från Konungariket Sverige i enlighet med artikel 9 i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Bilaga till regeringsbeslut 2020-06-17 nr II:3.

⁴⁰ 9 a § smittskydds-förordningen (2004:255).

6.3.4 Överväganden avseende hanteringen på öppenvårdsapotek

Utredningens bedömning: Farmaceutens bedömning av 90-dagarsregeln och 2/3-regeln kan påverkas av att uppgift om förmån som patienten har beviljats vid ett utlämnande av läkemedel i ett annat EES-land inte alltid kan kopplas till ett visst uttag.

Genom tjänsten e-recept över landsgränser ska uppgifter om expedieringen återrapporteras till land A. Uppgift om pris eller subvention återrapporteras inte. E-hälsomyndigheten avses registrera uppgiften om expediering av ett svenskt e-recept i ett annat EES-land i den nationella läkemedelslistan.

Som angetts ovan kan en patient försäkrad i Sverige få ersättning enligt patientrörlighetsdirektivet eller förordningen 883/2004 när villkoren är uppfyllda. Patienten kan ansöka om ersättning för läkemedelskostnader i annat EES-land i efterhand till Försäkringskassan, om patienten inte tagit del av land B:s förmån enligt förordningen 883/2004.

E-hälsomyndigheten ansvarar för att registrera och lagra uppgifter som behövs för högkostnadsdatabasen. Denna databas är ett stöd för att hålla reda på en individs kostnader för läkemedel och andra varor som omfattas av läkemedelsförmånerna och vilken nivå som uppnåtts i högkostnadsskyddet. Om patienten söker och beviljas ersättning inom läkemedelsförmånerna för ett läkemedel som lämnats ut i ett annat EES-land får uppgiften om ersättning föras in i högkostnadsdatabasen av E-hälsomyndigheten. Patientens samtycke krävs.⁴¹ Vid beräkning av kostnadsreducering enligt 5 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska sådana belopp som enligt 9 § andra stycket ersättningslagen har lagts till grund för bestämmandet av en beslutad ersättning räknas med enligt 5 a § lagen om läkemedelsförmåner m.m. Detta bör gälla oavsett om det är frågan om läkemedel som förskrivits på ett e-recept eller ett pappersrecept.

Hanteringen på öppenvårdsapoteken kan påverkas i viss mån. I dag kan expedierande farmaceut inte se om ett uttag är expedierat i ett annat EES-land om inte patienten tar med sig pappersreceptet till apoteket. För de e-recept som expedierats utomlands kommer

⁴¹ Prop. 2012/13:150 s. 86.

det expedierade läkemedlet registreras i den nationella läkemedelslistan. Uttaget av läkemedel blir alltså synligt.

Däremot kan expedierande farmaceut inte alltid göra någon bedömning av uttaget i förhållande till 90-dagarsregeln eller 2/3-reglerna för e-recept från EES. Om patienten har fått ersättning enligt beslut från Försäkringskassan kan uppgiften om ersättning föras in i högkostnadsdatabasen med patientens samtycke. En sådan uppgift är kopplad till ett visst expedieringsdatum men om flera recept har expedierats finns ingen koppling till det enskilda receptet enligt uppgift från E-hälsomyndigheten. Det innebär att om ett recept har expedierats utomlands kan farmaceuten se att patienten fått ersättning för läkemedlet på det receptet, men om flera recept har expedierats vid samma tillfälle kan inte farmaceuten se vilket recept uppgiften i högkostnadsdatabasen är kopplad till. Enligt utredningens bedömning skulle det kunna leda till frågor om skillnaderna jämfört med expediering i Sverige. Det bör i första hand kunna avhjälpas om det finns förklarande information tillgänglig för patient och expedierande farmaceut. Såvitt utredningen känner till är ingen ändring avsedd kring denna process.

6.3.5 Överväganden om hantering av ersättning och regionernas uppföljning

Utredningens bedömning: Hantering av ersättning för e-recept över landsgränser följer gällande regelverk och det saknas skäl för närvarande att föreslå ändringar.

Att patienter hämtar ut läkemedel eller får annan vård utomlands kan påverka förutsättningarna för regionernas uppföljning som planering, budgetering samt medicinsk och ekonomisk uppföljning. Det kan antas påverka regionerna olika, t.ex. om det är frågan om en gränsregion eller inte. Som beskrivits ovan ersätter regionen i regel utlandsvård för patienter inom deras område om villkoren är uppfyllda.

Inom ramen för tjänsten e-recept över landsgränser ska utlämnandet återrapporteras och uppgiften om expedierat läkemedel tas in i den nationella läkemedelslistan, men inte uppgift om pris eller subvention. Förskrivare kan då få del av en uppgift om expedierat läkemedel på liknande sätt som i dag vid en expediering i Sverige. När en

patient ansökt om ersättning i efterhand får regionen i regel kännedom om utlandsvård när Försäkringskassan utreder en ansökan enligt ersättningslagen. Om en region är ansvarig för kostnaden faktureras den av Försäkringskassan, se avsnitt 6.2.4 ovan.

I propositionen om genomförandet av patientrörlighetsdirektivet kom regeringen fram till att regionerna inte bör ha ansvaret för att utreda ersättningsfrågor under patientrörlighetsdirektivet bl.a. eftersom det är uppgifter som liknar de Försäkringskassan har och skulle påverka regionerna olika.⁴² Sedan tidigare ligger ansvaret för ärenden om ersättning enligt bl.a. patientrörlighetsdirektivet och förordningen 883/2004 på Försäkringskassan. E-recept är en del av utlandsvård och följer det gemensamma regelverket för ersättning m.m.

Det har lyfts till utredningen att det finns ett behov från regionerna av att kunna följa upp expedieringar av e-recept i ett annat EES-land, både medicinskt och ekonomiskt, t.ex. för att kunna följa upp oegentlig förskrivning. En anledning som angetts för detta är att antalet e-recept som expedieras utomlands kan antas öka, vilket gör uppföljning mer angeläget och att det t.ex. kan finnas ett behov av samverkan kring uppföljning av e-recept över landsgränser mellan regioner och berörda myndigheter.

Uppgifter om pris och subvention överförs inte i tjänsten, utan frågor om ersättning m.m. hanteras enligt befintligt regelverk som beskrivits ovan. Utredningen föreslår ingen ändring i detta avseende och tar inte ställning till någon ytterligare samverkan i detta delbetänkande. Det kan i sammanhanget noteras att E-hälsomyndigheten som kontaktpunkt för e-hälsa kommer att följa upp antal e-recept från EES som expedieras i Sverige och antal e-recept utfärdade i Sverige som expedieras i annat EES-land.

⁴² Prop. 2012/13:150 s. 74 ff.

7 Grundläggande förutsättningar för E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling m.m.

7.1 Inledning

Utredningen ska enligt sitt uppdrag analysera behovet av att reglera den personuppgiftsbehandling som sker vid hanteringen av e-recept över landsgränser. En stor mängd personuppgifter, även känsliga personuppgifter, kommer att behandlas av olika aktörer i informationsutbytet av sådana e-recept visar kartläggningen i kapitel 5. All information om e-recepten kommer att förmedlas via den nationella kontaktpunkten för e-hälsa. Som Sveriges kontaktpunkt för e-hälsa kommer E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifter i detta informationsutbyte på ett sätt som inte görs i dag.

I detta kapitel utreds de grundläggande förutsättningarna för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter i informationsutbytet om e-recept över landsgränser. Avslutningsvis gör utredningen särskilda överväganden kring tjänsten e-recept över landsgränser när det gäller patienter med skyddade personuppgifter, fullmakter och ombud, samt när patienten är ett barn.

7.2 Rättslig grund för behandlingen

Utredningens bedömning: Den personuppgiftsbehandling som E-hälsomyndigheten avser att genomföra vid informationsutbyte av e-recept över landsgränser är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar myndigheten (artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen) och för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen). En nationell reglering behövs för att den rättsliga grunden ska kunna användas.

7.2.1 Regleringen i dataskyddsförordningen

En förutsättning för att införa bestämmelser som ger möjlighet för E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifter vid gränsöverskridande informationsutbyte är att dessa är förenliga med dataskyddsförordningen. För att få behandla personuppgifter, oavsett om de är känsliga eller inte, krävs enligt artikel 6 i dataskyddsförordningen att det finns en rättslig grund för behandlingen. De rättsliga grunderna räknas uttömmande upp i avsnitt 3.2.5. När offentliga myndigheter fullgör sina arbetsuppgifter får detta inte ske med stöd av en s.k. intresseavvägning enligt artikel 6.1 andra stycket i dataskyddsförordningen. E-hälsomyndigheten har alltså inte möjlighet att behandla personuppgifter med stöd av intresseavvägning som rättslig grund.

Möjligheterna för myndigheter att behandla personuppgifter med stöd av samtycke är mycket begränsade. Ett samtycke ska enligt artikel 4.11 i dataskyddsförordningen lämnas frivilligt, vara specifikt, informerat och utgöra en otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar behandlingen av personuppgifter som rör honom eller henne. För att ett samtycke ska betraktas som frivilligt krävs att den registrerade har en genuin och fri valmöjlighet och utan problem kan vägra eller ta tillbaka sitt samtycke. Vidare följer att samtycke inte bör utgöra giltig grund för behandling av personuppgifter om betydande ojämlikhet råder mellan den registrerade och den personuppgiftsansvarige. Detta gäller särskilt om den personuppgiftsansvarige är en offentlig myndighet och det därför är osannolikt att samtycket har lämnats frivilligt när det gäller alla förhållanden som en sådan särskild situation omfattar (skäl 42 och 43

till dataskyddsförordningen). Enligt utredningens mening är samtycke därför inte en lämplig rättslig grund för den personuppgiftsbehandling som blir aktuell vid informationsutbyte av e-recept över landsgränser. Däremot anser utredningen att det finns anledning att föreslå ett integritetshöjande samtycke, se avsnitt 8.2.6.

De rättsliga grunder som i första hand blir aktuella vid informationsutbyte av e-recept över landsgränser är enligt utredningens bedömning att behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e).

Uppgift av allmänt intresse

Enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen får behandling av personuppgifter ske om den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Vad som menas med allmänt intresse definieras inte i dataskyddsförordningen eller i det tidigare gällande dataskyddsdirektivet. Innebörden har inte heller utvecklats av EU-domstolen. Av skäl 45 till dataskyddsförordningen följer att i vart fall hälso- och sjukvårdsändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd samt förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster, anses ingå i allmänintresset.

I förarbetena till lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) anges att begreppet uppgift av allmänt intresse rent språkligt kan antas avse något som är av intresse för eller berör många människor på ett bredare plan, i motsats till ett särintresse eller ett enskilt intresse.¹ Vidare konstateras i förarbetena att begreppet förekommer i motsvarande bestämmelser i dataskyddsdirektivet (artikel 7 e) och personuppgiftslagen (10 § d) och ledning kan hämtas från hur begreppet tolkats enligt dessa bestämmelser. För att myndigheternas verksamhet ska kunna fungera även i fortsättningen anger regeringen att begreppet uppgift av allmänt intresse måste ges en vid betydelse. Alla uppgifter som riksdag eller regering gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är enligt regeringens mening av allmänt intresse. Om uppgifterna inte vore av allmänt intresse skulle myndigheterna inte ha ålagts att utföra dem. Regeringen uttalar även att detta måste gälla även

¹ Prop. 2017/18:105 s. 55.

i dataskyddsförordningens mening, eftersom det är upp till varje medlemsland att fastställa de uppgifter som är av allmänt intresse.²

Begreppet uppgift av allmänt intresse omfattar dock inte bara sådant som utförs som en följd av ett offentlighetsrättsligt och uttryckligt åliggande eller uppdrag. Den personuppgiftsansvarige behöver således inte vara skyldig att utföra uppgiften för att artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen ska vara tillämplig. Den verksamhet som en statlig myndighet bedriver, inom ramen för sin befogenhet, är således av allmänt intresse. Det är därmed den rättsliga grunden i artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen som vanligen bör tillämpas av myndigheter, även utanför området för myndighetsutövning. Detta utesluter dock inte att också andra rättsliga grunder samtidigt kan vara tillämpliga i vissa situationer.³

E-hälsomyndigheten har under ett antal år haft i uppdrag enligt myndighetens regleringsbrev dels att vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa, dels att upprätthålla funktioner för e-recept över landsgränser. Som framgår ovan har regeringen i förarbetena till dataskyddslagen gjort bedömningen att alla uppgifter som riksdag eller regeringen gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är av allmänt intresse. Att informationen i ett e-recept kan utbytas över landsgränser för att möjliggöra expediering i ett annat EES-land än där e-receptet är utfärdat är dessutom viktigt för både EU och Sverige. Sådant informationsutbyte är viktigt för den fria rörligheten på den inre marknaden men även för EU:s innovationsmöjligheter. Det framgår bl.a. av patientrörlighetsdirektivet och det arbete som har genomförts inom EU och nationellt för att förverkliga informationsutbytet. Utredningen anser därför att uppgiften att möjliggöra expediering av e-recept i ett annat EES-land är en sådan uppgift av allmänt intresse som avses i artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.

Rättslig förpliktelse

Behandling av personuppgifter får enligt artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen ske om det är nödvändigt för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige. Med begreppet rättslig förpliktelse borde i första hand offentlighetsrättslig förpliktelse

² Prop. 2017/18:105 s. 55 ff.

³ Prop. 2017/18:105 s. 57.

omfattas, enligt förarbetena till dataskyddslagen.⁴ I dessa förarbeten uttalas vidare följande. Det finns även i civilrättsliga författningar bestämmelser som i sig utgör eller kan medföra rättsliga skyldigheter. Rent språkligt omfattar begreppet rättslig förpliktelse även sådana skyldigheter som har lagts fast i ett avtal. Förpliktelser som följer av avtal där den registrerade själv är part utgör emellertid en separat rättslig grund för personuppgiftsbehandling enligt både artikel 7 b i dataskyddsdirektivet och artikel 6.1 b i dataskyddsförordningen. Detta talar för att de rättsliga förpliktelser som avses i led c är av ett annat slag, även om förpliktelser som följer av vissa lagreglerade avtal, t.ex. försäkringsavtal av betydelse för andra än parterna eller gynnande tredjemansavtal, skulle kunna omfattas av bestämmelsen. Vidare konstateras i förarbetena att myndigheters uppdrag i första hand utgör en uppgift av allmänt intresse och att behandling av personuppgifter som föranleds av uppdraget därför i första hand sker med stöd av artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen. Det kan dock även förekomma författningsreglerade förpliktelser som i sig kräver personuppgiftsbehandling, t.ex. personaladministration. Vidare kan en myndighets uppdrag enligt instruktionen till myndigheten eller ett regleringsbrev i vissa fall utgöra en i enlighet med nationell rätt fastställd rättslig förpliktelse i dataskyddsförordningens mening, t.ex. om myndigheten ges i uppdrag att föra ett visst register.⁵

Till skillnad från vad som gäller för den rättsliga grunden uppgift av allmänt intresse behöver den personuppgiftsansvarige vara skyldig att utföra arbetsuppgiften för att den rättsliga grunden rättslig förpliktelse ska vara tillämplig.

E-hälsomyndigheten har redan i dag ett uppdrag i sitt regleringsbrev för 2021 att fortsätta etableringen och förvaltningen av den tekniska infrastruktur som krävs för att expediera utländska recept i Sverige och svenska recept i annat EU-land. Utredningen föreslår i avsnitt 7.6 en ny bestämmelse i E-hälsomyndighetens instruktion (förordningen [2013:1031] med instruktion för E-hälsomyndigheten) som fastställer att myndigheten ska tillhandahålla tjänster och infrastruktur för gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept. Vidare föreslår utredningen en uppgiftsskyldighet i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista och i den nya lagen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

⁴ Prop. 2017/18:105 s. 53.

⁵ Prop. 2017/18:105 s. 53 f.

(EES), se avsnitt 8.2.8 och 9.11. Enligt utredningens bedömning är även den rättsliga grunden rättslig förpliktelse enligt artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen tillämplig vid informationsutbyte av e-recept över landsgränser.

7.2.2 Det behövs nationell reglering för att den rättsliga grunden ska vara fastställd

Av artikel 6.3 i dataskyddsförordningen följer att grunden för den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för att den personuppgiftsansvarige ska kunna uppfylla en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 e) måste fastställas i nationell rätt eller EU-rätt.

I skäl 45 till dataskyddsförordningen anges att förordningen inte medför något krav på en särskild lag för varje enskild behandling, utan att det kan räcka med en lag som grund för flera behandlingar som bygger på en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller om behandlingen krävs för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning. Av ordalydelsen i artikel 6.3 första stycket framgår att det som ska fastställas i EU-rätten eller i nationell rätt är den grund för behandlingen som avses i artikel 6.1 c och e. Det krävs således inte en reglering i EU-rätten eller i nationell rätt av den personuppgiftsbehandling som ska ske med stöd av dessa rättsliga grunder. Det som måste ha stöd i rättsordningen är i stället den rättsliga förpliktelsen respektive uppgiften av allmänt intresse eller rätten att utöva myndighet.⁶ I förarbetena till dataskyddslagen betonas att dataskyddsförordningens krav på att grunden för behandlingen ska vara fastställd inte utgör någon nyhet när det gäller svenska myndigheters behandling av personuppgifter utan att det är i linje med legalitetsprincipen. Myndigheternas maktutövning, även i den mån denna förutsätter behandling av personuppgifter, måste ha stöd i någon av de källor som tillsammans bildar rättsordningen.⁷

Vidare framgår av skäl 41 till dataskyddsförordningen att den rättsliga grunden bör vara tydlig och precis och dess tillämpning förutsägbar för dem som omfattas av den, i enlighet med rättspraxis vid EU-domstolen och Europeiska domstolen för de mänskliga rättig-

⁶ Prop. 2017/18:105 s. 49.

⁷ Prop. 2017/18:105 s. 49 f.

heterna. Även detta är, enligt förarbetena till dataskyddslagen, ett uttryck för legalitetsprincipen och utgör således inte någon nyhet inom den svenska offentliga förvaltningen.⁸ Vilken grad av tydlighet och precision som krävs i fråga om den rättsliga grunden för att en viss behandling av personuppgifter ska anses vara nödvändig måste enligt regeringens mening bedömas från fall till fall, utifrån behandlingens karaktär. En behandling av personuppgifter som inte utgör någon egentlig kränkning av den personliga integriteten bör kunna ske med stöd av en rättslig grund som är allmänt hållen. Ett mer kännbart intrång, t.ex. behandling av känsliga personuppgifter inom hälso- och sjukvården, kräver att den rättsliga grunden är mer preciserad och därmed gör intrånget förutsebart. Om intrånget är betydande och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden, krävs dessutom särskilt lagstöd enligt 2 kap. 6 och 20 §§ regeringsformen (RF).⁹

Grunden för behandlingen ska enligt artikel 6.3 första stycket i dataskyddsförordningen fastställas i enlighet med EU-rätten eller ett medlemslands nationella rätt som den personuppgiftsansvarige omfattas av. Med detta avses inte att den rättsliga grunden nödvändigtvis måste fastställas i eller i enlighet med en av riksdagen beslutad lag. Däremot måste grunden vara fastställd i laga ordning, på ett konstitutionellt korrekt sätt. Sammanfattningsvis konstaterar regeringen i förarbetena till dataskyddslagen att en rättslig grund är fastställd i enlighet med svensk rätt om den följer av författning eller beslut som meddelats i enlighet med RF.¹⁰ I en upplysningsbestämelse i 2 kap. 1 och 2 §§ lagen dataskyddslagen framgår att den rättsliga förpliktelsen eller det allmänna intresset kan följa av lag eller annan författning, av kollektivavtal eller av beslut som har meddelats med stöd av lag eller annan författning.

Den behandling av personuppgifter som är nödvändig vid informationsutbyte av e-recept har sin grund i patientrörlighetsdirektivet. EU ska stödja och främja samarbete om och utbyte av information mellan medlemsländerna (artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet). Eftersom hälso- och sjukvårdsfrågor ligger inom medlemsländernas nationella kompetens innebär regleringen ingen skyldighet för medlemsländerna att delta i sådant samarbete eller informationsutbyte.

⁸ Prop. 2017/18:105 s. 51.

⁹ Prop. 2017/18:105 s. 51.

¹⁰ Prop. 2017/18:105 s. 51 f.

Någon rättslig förpliktelse med stöd i patientrörlighetsdirektivet eller EU-rätten finns således inte enligt utredningens bedömning.

Samarbetet och informationsutbytet kan med hänsyn till bestämmelsen i patientrörlighetsdirektivet utgöra ett allmänt intresse. Enligt utredningens mening uppfyller det dock inte kravet på att den rättsliga grunden ska vara tillräckligt tydlig, precis och förutsägbar för att direktivet ska kunna utgöra en fastställd rättslig grund enligt dataskyddsförordningens mening (skäl 41 till dataskyddsförordningen). Sammanfattningsvis anser utredningen att det inte finns något stöd i EU-rätten som kan läggas till grund för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid informationsutbytet av e-recept.

Informationsutbytet av e-recept över landsgränser regleras inte i svensk rätt i dag. E-hälsomyndigheten har visserligen en skyldighet att upprätthålla funktioner för det enligt myndighetens regleringsbrev. Ett regleringsbrev är dock begränsat till ett år i taget. Även om uppdraget har funnits under ett antal år anser utredningen att uppdraget inte är en tillräcklig tydlig skyldighet för att utgöra en rättslig grund för behandlingen enligt dataskyddsförordningens krav. Det finns inte heller någon annan författning som skulle kunna utgöra rättslig grund i nationell rätt.

Sammanfattningsvis saknas det i dagsläget, enligt utredningens bedömning, en fastställd rättslig grund för informationsutbytet av e-recept över landsgränser som uppfyller dataskyddsförordningens krav.

7.3 Förutsättningar enligt regeringsformen

Utredningens bedömning: Den rättsliga grunden för informationsutbytet av e-recept över landsgränser bör fastställas i lag.

7.3.1 Regleringen enligt regeringsformen

För att behandlingen av personuppgifter för informationsutbyte av e-recept över landsgränser ska kunna stödjas på de rättsliga grunderna i artikel 6.1 c (rättslig förpliktelse) och artikel 6.1 e (allmänt intresse) i dataskyddsförordningen krävs alltså att det finns stöd i nationell rätt. För att vara fastställd i nationell rätt krävs enligt 2 kap. 1 och 2 §§ dataskyddslagen att den rättsliga grunden för behandlingen i de

ovan nämnda fallen ska följa av lag eller annan författning, beslut som har meddelats med stöd av lag eller annan författning eller av kollektivavtal.

Valet mellan lag och annan författning avgörs av bestämmelserna i RF. Grundlagens regler om hur normgivningsmakten är fördelad mellan riksdagen och regeringen finns i huvudsak i 8 kap. RF. Föreskrifter meddelas av riksdagen genom lag och av regeringen genom förordning. Föreskrifter ska meddelas genom lag bl.a. om de avser skyldigheter för enskilda eller ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden (8 kap. 2 § första stycket 2), s.k. betungande offentlighetsrättsliga föreskrifter. Kravet på att sådana föreskrifter ska ha lagform är dock inte obligatoriskt. Riksdagen kan med vissa undantag som inte är aktuella här bemyndiga regeringen att meddela föreskrifterna (8 kap. 3 §). Regeringen får i övrigt meddela bl.a. sådana föreskrifter som inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen (8 kap. 7 §). Denna föreskriftsrätt brukar kallas för regeringens restkompetens.

Att det allmänna behandlar personuppgifter om enskilda anses inte innebära någon skyldighet för den enskilde eller något ingrepp i enskildas personliga förhållanden i den mening som avses i 8 kap. 2 § första stycket 2 RF. Bestämmelser om personuppgiftsbehandling som utförs av statliga myndigheter under regeringen har därmed i princip ansetts kunna beslutas av regeringen med stöd av dess restkompetens enligt 8 kap. 7 § första stycket 2 RF.¹¹ Det har emellertid varit både riksdagens och regeringens målsättning att myndighetsregister som innehåller ett stort antal registrerade och har ett särskilt känsligt innehåll bör regleras i lag, även om lagform inte krävs enligt RF.¹²

Vid behandling av personuppgifter aktualiseras även det särskilda grundlagsskyddet för den personliga integriteten enligt 2 kap. 6 § andra stycket RF. Där anges att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Enligt 2 kap. 20 § RF får skyddet begränsas genom lag under de förutsättningar som anges i 2 kap. 21 § RF. Skyddet får således inte begränsas genom förordning. I av-

¹¹ Prop. 2017/18:105 s. 26.

¹² Bet. 1990/91:KU11 s. 11, 1997/98:KU18 s. 48, prop. 1990/91:60 s. 58 och prop. 1997/98:44 s. 41.

snitt 3.2.6 redogör utredningen för rekvisiten i 2 kap. 6 § andra stycket RF.

7.3.2 Den rättsliga grunden bör fastställas i lag

Informationen i ett e-recept innehåller känsliga personuppgifter om patienten, bl.a. uppgifter om patientens läkemedel och därmed indirekt uppgift om hans eller hennes hälsa. Antalet expedieringar av e-recept som utfärdats i ett annat EES-land kan troligtvis komma att öka i takt med att tjänsten e-recept över landsgränser tas i bruk och fler länder ansluter sig. Informationsutbytet kan således komma att omfatta personuppgifter om ett stort antal människor. Uppgifter om bl.a. vad som expedierats och namn på expedierande personal och expedierande apotek i ett annat EES-land kommer att återrapporteras till E-hälsomyndigheten. Uppgifterna innebär att det potentiellt går att ta reda på att en patient varit utomlands och på vilket apotek som patienten har hämtat ut sitt läkemedel. Vad gäller e-recept som utfärdats i ett annat EES-land kommer också uppgift om vad som expedierats och namn på expedierande apotek och personal att sparas hos E-hälsomyndigheten.

Vid bedömningen av om en åtgärd innebär kartläggning eller övervakning ska åtgärdens effekter snarare än det huvudsakliga syftet med åtgärden beaktas. Enligt utredningens bedömning går det inte att utesluta att den behandling som sker vid det gränsöverskridande informationsutbytet skulle kunna anses som en sådan övervakning eller kartläggning som avses i 2 kap. 6 § andra stycket RF. Mot bakgrund av att behandlingen rör känsliga personuppgifter som potentiellt kan omfatta en större mängd registrerade skulle behandlingen kunna utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten.

E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter när ett e-recept från ett annat EES-land ska expedieras i Sverige kommer, enligt utredningens förslag, att ske utan att patientens samtycke inhämtas, se avsnitt 9.10. I förarbetena till bestämmelsen i 2 kap. 6 § andra stycket RF anförs att integritetsskyddet bör ta sikte på sådana åtgärder som den enskilde själv inte kan få kännedom om eller påverka genom ett krav på frivilligt godkännande. Om åtgärden däremot förutsätter den enskildes godkännande, kan det intrång som åtgärden innebär normalt inte anses vara av så allvarlig beskaffenhet att den

bör omfattas av ett stärkt grundlagsskydd.¹³ En patient som kommer in på ett öppenvårdsapotek för att hämta ut sitt läkemedel innebär enligt utredningens mening en form av medvetet ställningstagande till att patientens personuppgifter ska få överföras för expedieringen. Patienten kan också påverka om personuppgifterna ska behandlas genom att avstå från att hämta ut läkemedlet. Enligt utredningens bedömning är det därför inte troligt att behandlingen utgör ett betydande integritetsintrång för den enskilde patienten i den mening som avses i 2 kap. 6 § andra stycket RF.

Vad gäller svenska e-recept föreslår utredningen att ett integritetshöjande samtycke av patienten ska lämnas för att patientens personuppgifter ska få lämnas ut till ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land, se avsnitt 8.2.6. Det är således patienten själv som väljer om personuppgifter om honom eller henne ska behandlas. Enligt utredningens bedömning utgör inte heller den behandling som sker när ett svenskt e-recept ska expedieras i ett annat EES-land ett betydande integritetsintrång för den enskilde patienten i den mening som avses i 2 kap. 6 § andra stycket RF.

Som framgår ovan och i avsnitt 3.2.6 är riksdagen och regeringen överens om att myndighetsregister med ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll bör regleras i lag även om det inte krävs enligt regeringsformens bestämmelser. Mot bakgrund av att uppgifter i ett e-recept innehåller känsliga personuppgifter och att det gränsöverskridande informationsutbytet potentiellt kan komma att omfatta ett stort antal registrerade är utredningens bedömning att bestämmelser om personuppgiftshantering vid expediering av svenska e-recept i ett annat EES-land och expediering i Sverige av e-recept utfärdade av behörig föreskrivare i ett annat EES-land bör ha stöd i lag.

7.4 Förutsättningar för nationell reglering enligt dataskyddsförordningen

Utredningens förslag: Särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen ska införas i de författningar som ska reglera personuppgiftsbehandlingen vid informationsutbytet av e-recept över landsgränser.

¹³ Prop. 2009/10:80 s. 178 f.

Medlemsländerna får behålla eller införa mer specifika bestämmelser för att anpassa tillämpningen av bestämmelserna i dataskyddsförordningen när det gäller behandling som är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e) enligt artikel 6.2 i dataskyddsförordningen. Den rättsliga grunden som i dessa fall ska vara fastställd i den nationella rätten i enlighet med artikel 6.3 i dataskyddsförordningen får innehålla särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen. Den kan bl.a. ange de allmänna villkor som ska gälla för den personuppgiftsansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka uppgifter får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling.

Vidare ska syftet med behandlingen fastställas i den rättsliga grunden, eller vara nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Stödet i rättsordningen ska dessutom uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionellt mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket i dataskyddsförordningen). Det gränsöverskridande informationsutbytet är enligt utredningens bedömning en rättslig förpliktelse och en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. Det är därför tillåtet att införa mer specifika bestämmelser för att anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen. Utredningen föreslår därför att särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av förordningen ska införas i de författningar som ska reglera personuppgiftsbehandlingen vid informationsutbytet av e-recept över landsgränser. Det beskrivs närmare i de följande kapitlen.

7.5 Behandling av känsliga personuppgifter

Utredningens bedömning: Behandling av känsliga personuppgifter i informationsutbytet av e-recept över landsgränser är nödvändig av skäl som hör samman med de hälso- och sjukvårdssammansheter som anges i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen.

7.5.1 Känsliga personuppgifter

För att behandla känsliga personuppgifter krävs det förutom att det finns en rättslig grund för behandlingen enligt artikel 6 i dataskyddsförordningen även att något av undantagen i artikel 9 i förordningen är tillämpliga. Av artikel 9.1 i dataskyddsförordningen framgår att behandling av personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa¹⁴ eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning ska vara förbjuden. De angivna kategorierna av personuppgifter benämns i artikeln som särskilda kategorier av uppgifter, men kallas i detta delbetänkande för *känsliga personuppgifter*.

Förbudet mot att behandla känsliga personuppgifter kompletteras med ett antal undantag i artikel 9.2 i dataskyddsförordningen som anger när behandling av känsliga personuppgifter är tillåten. Några av undantagen är direkt tillämpliga medan andra kräver viss reglering i den nationella lagstiftningen för att behandling av känsliga personuppgifter ska få ske. Enligt utredningens bedömning är det framför allt undantaget i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen som är av intresse vid informationsutbytet över landsgränser.

Undantag för hälso- och sjukvård och social omsorg

Känsliga personuppgifter får enligt artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen behandlas om det är nödvändigt av skäl som hör samman med förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, bedömningen av en arbetstagares arbetskapacitet, medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling, social omsorg eller förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system, på grundval av EU-rätten eller den nationella rätten eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. En ytterligare förutsättning för att behandling av känsliga personuppgifter på hälso- och sjukvårdsområdet samt inom social omsorg ska vara tillåten är att uppgifterna enligt artikel 9.3 i dataskyddsförordningen

¹⁴ Uppgifter om läkemedel och andra varor som förskrivs en enskild har ansetts röra dennes hälsa enligt personuppgiftslagen, prop. 2008/09:145 s. 305. Jfr Justitiekanslerns beslut 2008-06-23, dnr 7692-06-42.

behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare eller annan person som omfattas av tystnadsplikt. I 3 kap. 5 § dataskyddslagen finns, i syfte att tydliggöra regleringen, motsvarande undantag. Regeringen uttalade i förarbetena till dataskyddslagen, att även om dessa krav visserligen följer direkt av dataskyddsförordningen, var det av stor vikt för verksamheten inom de områden som omfattas av bestämmelsen att förutsättningarna för att behandla känsliga personuppgifter framgår tydligt.¹⁵

I skäl 53 till dataskyddsförordningen klargörs att förvaltning av tjänster för hälso- och sjukvård och social omsorg omfattar behandling som utförs av förvaltningen och centrala nationella hälsovårdsmyndigheter av sådana uppgifter för syften som hör samman med kvalitetskontroll, information om förvaltningen samt allmän nationell och lokal tillsyn över hälso- och sjukvårdssystemet och systemet för social omsorg och säkerställande av kontinuitet inom hälso- och sjukvård och social omsorg samt gränsöverskridande hälso- och sjukvård eller hälsosäkerhet, syften som hör samman med övervakning samt varningssyften eller för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål som baseras på EU-rätten eller på medlemsländernas nationella rätt, vilka måste ha ett syfte av allmänt intresse, samt studier som genomförs av allmänt intresse på folkhälsoområdet. Uppräkningen av syften i skäl 53 till dataskyddsförordningen lär i praktiken täcka nästan all behandling av känsliga personuppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvårdsområdet.¹⁶

I förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista gör regeringen bedömningen att den behandling av personuppgifter som omfattas av den föreslagna lagen om nationell läkemedelslista är nödvändig av skäl som hör samman med verksamheter som anges i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen, särskilt förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, tillhandahållande av hälso- och sjukvård eller behandling samt förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och deras system.¹⁷

¹⁵ Prop. 2017/18:105 s. 94.

¹⁶ Sören Öman, *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar*, kommentaren till artikel 9, JUNO version: 1A.

¹⁷ Prop. 2017/18:223 s. 79.

7.5.2 Utredningens bedömning av känsliga personuppgifter

Den behandling av personuppgifter som är nödvändig vid informationsutbytet av e-recept över landsgränser för att möjliggöra expediering i ett annat EES-land har i princip samma syfte som en del av den personuppgiftsbehandling som sker inom ramen för den nationella läkemedelslistan, nämligen expediering av recept. Enligt utredningens bedömning är därför behandlingen även vid informationsutbytet inom EES nödvändig av skäl som hör samman med de hälso- och sjukvårdsverksamheter som anges i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen, särskilt förebyggande hälso- och sjukvård eller behandling samt förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och deras system. Detta undantag kräver emellertid att den aktuella verksamheten utförs med stöd av EU-rätten, medlemsländernas nationella rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen måste också vara uppfyllt. Utredningens närmare bedömning av förutsättningarna för att behandla känsliga personuppgifter görs i respektive avsnitt 8.2.1 och 9.9.

7.6 Var regleringen av personuppgiftsbehandlingen ska placeras

Utredningens förslag: E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling ska regleras på följande sätt.

- E-hälsomyndighetens uppdrag att vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa och att tillhandahålla tjänster och infrastruktur för det gränsöverskridande informationsutbytet om e-recept ska regleras i myndighetens instruktion.
- E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling när e-recept utfärdade i Sverige expedieras i annat EES-land ska regleras i lagen om nationell läkemedelslista.
- E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling när e-recept utfärdade i annat EES-land expedieras i Sverige ska regleras i en egen lag.

E-hälsomyndigheten har sedan en tid haft regeringens uppdrag att vara den nationella kontaktpunkten för e-hälsa och haft en skyldighet att upprätthålla funktioner för ett gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept. Utredningen har i tidigare avsnitt gjort bedömningen att uppdraget i regleringsbrevet inte bör utgöra en rättslig grund för E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling vid ett sådant informationsutbyte. Utredningen föreslår att E-hälsomyndighetens uppdrag som nationell kontaktpunkt för e-hälsa och som tillhandahållare av tjänster och infrastruktur för det gränsöverskridande informationsutbytet bör regleras i myndighetens instruktion för en långsiktig stabil rättslig grund för uppdragen och för den personuppgiftsbehandling som är nödvändig.

Förutom E-hälsomyndighetens instruktion bör den rättsliga grunden liksom de närmare reglerna om E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling vid det gränsöverskridande informationsutbytet av e-recept regleras i lag. Frågan är då hur denna reglering ska utformas. Antingen kan regleringen ske samlat och omfatta både svenska e-recept och e-recept utfärdat i ett annat EES-land eller så kan regleringen ske var för sig i olika författningar.

När personuppgifter ska behandlas för nya ändamål är det ofta lämpligt att en ny författning reglerar all den behandling som kan komma att ske. En sådan sammanhållen reglering ger en samlad överblick över personuppgiftsbehandlingen vilket ofta medför bättre förutsättningar att bedöma vilken påverkan behandlingen som helhet har för de registrerades integritet. Vidare är fördelen att det är lättare för tillämparen men även för den registrerade att få en överblick av bestämmelserna om allt är samlat.

Vid gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept är förutsättningarna emellertid olika beroende på om e-receptet är utfärdat i Sverige eller i ett annat EES-land. I den förra situationen finns e-recepten registrerade i den nationella läkemedelslistan medan i den senare situationen finns e-recepten i ett utländskt register som inte omfattas av svensk rätt. Lagen om nationell läkemedelslista reglerar i dag E-hälsomyndighetens rätt att behandla personuppgifter om det är nödvändigt för bl.a. ändamål som rör expediering av läkemedel på öppenvårdsapotek. Lagen innehåller detaljerade regler om hur personuppgifterna får behandlas. Syftet med den nationella läkemedelslistan är bl.a. att ge hälso- och sjukvården, apoteken och patienten själv samma bild av patientens förskrivna och uthämtade läkemedel.

Enligt utredningens uppfattning fungerar den nationella läkemedelslistan som ett nationellt register för e-recept utfärdade i Sverige. När det gäller e-recept utfärdade i ett annat EES-land är e-recepten registrerade i det landet. E-hälsomyndighetens behandling kommer skilja sig åt beroende på vilken situation det är. Om det är ett svenskt e-recept som ska expedieras i EES handlar det främst om att tillgängliggöra uppgifter i den nationella läkemedelslistan. Om det är ett e-recept från EES handlar det i stället främst om att vidarebefordra information ur det utländska e-receptet som finns registrerat i ett annat EES-land. Tjänsten e-recept över landsgränser ska möjliggöra detta informationsutbyte, men avser inte att skapa parallella register. En utökning av den nationella läkemedelslistan med uppgifter om i Sverige förskrivna och i EES expedierade recept skulle göra registret fullständigt även för patienter som rör sig över gränserna och hämtar ut sina läkemedel i andra länder, uttalade regeringen i förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista.¹⁸ Den omvända situationen diskuterades inte då.

Mot denna bakgrund är utredningens bedömning att det är lämpligt att regleringen bör ske i separata författningar. Utan att föregripa utredningens fortsatta arbete med patientöversikter (dir 2021:91), kan det inte uteslutas att annat informationsutbyte inom ramen för nätverket för e-hälsa skulle kunna regleras på motsvarande sätt.¹⁹ Regleringen av E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter avseende svenska e-recept som ska expedieras i ett annat EES-land bör göras i lagen om nationell läkemedelslista som reglerar hur svenska e-recept får behandlas och för vilka ändamål. Utgångspunkten måste därför vara att när personuppgifterna i den nationella läkemedelslistan ska behandlas för nya ändamål eller på nya sätt ska behandlingen omfattas av och regleras i den befintliga författningen. I den omvända situationen, dvs. när E-hälsomyndigheten behandlar personuppgifter om e-recept från EES som ska expedieras i Sverige är utredningens bedömning att det inte finns någon befintlig lagstiftning som passar dessa e-recept. Utredningen har i tidigare avsnitt gjort bedömningen att E-hälsomyndighetens behov av att behandla personuppgifter om e-recept från EES bör regleras i lag. Utredningen föreslår alltså en ny lag för sådana e-recept.

¹⁸ Prop. 2017/18:223 s. 217.

¹⁹ E-hälsomyndigheten föreslår en sådan reglering i sin rapport, *Informationshantering vid utlandsvård* (S2019/01519/FS).

7.7 Särskilda överväganden avseende skyddade personuppgifter, fullmakter och barn

Utredningen har i analysen av tjänsten e-recept över landsgränser även identifierat frågor om integritet och sekretess gällande patienter med skyddade personuppgifter, samt barn och vårdnadshavare. När det gäller situationen när någon annan hämtar ut läkemedel åt patienten, t.ex. genom en fullmakt finns även civilrättsliga frågor att beakta. Utredningen tar upp dessa frågor i följande avsnitt.

7.7.1 Skyddade personuppgifter

Utredningens bedömning: Förutsättningar att hantera personer med skyddade personuppgifter i tjänsten e-recept över landsgränser föreligger inte för närvarande.

Skyddade personuppgifter är ett samlingsbegrepp inom folkbokföringen för de olika skyddsåtgärderna som finns. Beroende på arten av hot finns det tre grader av skydd av personuppgifter; sekretessmarkering, skyddad folkbokföring och fingerade personuppgifter. Därutöver finns också bestämmelser om sekretess som kan aktualiseras för hotade och förföljda personer.²⁰

Det finns en särskild generell sekretessbestämmelse i 21 kap. 3 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL) som gäller vissa uppgifter om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs. Sekretessen gäller förenklat uppgifter som kan visa var någon bor, telefonnummer och andra typer av kontaktuppgifter. Sekretessen gäller också personens anhöriga. Bestämmelsen gäller oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer.

I förarbetena till den nationella läkemedelslistan uttalade regeringen att det är av särskild vikt att patienter med skyddade personuppgifter ska kunna hanteras i det nya registret.²¹ Det ansågs vidare vara av stor vikt att sådana uppgifter hanteras på rätt sätt eftersom ett röjande kan få mycket allvarliga konsekvenser. Regeringen ansåg

²⁰ Prop. 2017/18:145 s. 29.

²¹ Prop. 2017/18:223 s. 178.

även att E-hälsomyndigheten och de aktörer som bereds direkt-
åtkomst till registret, dvs. hälso- och sjukvården samt öppenvårds-
apoteken, behöver ha en godtagbar säkerhetshandling av skyddade
personuppgifter.²²

E-hälsomyndigheten begärde förhandssamråd med Integritets-
skyddsmyndigheten (tidigare Datainspektionen), med anledning av
personuppgiftsbehandlingen i den nationella läkemedelslistan enligt
artikel 36 i dataskyddsförordningen. I begäran uppgav E-hälsomyn-
digheten bl.a. att det finns kvarvarande risker avseende hanteringen
av skyddade personuppgifter. E-hälsomyndigheten menade dock att
ytterligare åtgärder, t.ex. att inte alls registrera individer med skyd-
dade personuppgifter, skulle minska läkemedelslistans användbarhet
och innebära risker för patientsäkerheten.

I yttrandet *Förhandssamråd enligt dataskyddsförordningen om be-
handling av personuppgifter i den nationella läkemedelslistan* uppgav
Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) bl.a. att det ställer särskilda krav
på den personuppgiftsansvarige att behandla personuppgifter om per-
soner med skyddade personuppgifter, t.ex. att spridandet av gene-
rellt sett harmlösa uppgifter som personens namn kan innebära ett
allvarligt hot mot den enskilde. Eftersom hotbilden mot den enskilde
varierar ansåg IMY att den personuppgiftsansvarige alltid måste ana-
lysera den behandling av personuppgifter som blir aktuell i ett en-
skilt fall och anpassa behandlingen efter den specifika situationen.
IMY lyfte även att skyddet för dessa personer måste utformas med
stor omsorg och noggrannhet, eftersom en obefogad spridning kan
få mycket allvarliga konsekvenser för någon med skyddade person-
uppgifter, vilka ska kunna känna sig trygga med hur deras person-
uppgifter kommer att behandlas.²³

Vad gäller tjänsten e-recept över landsgränser har E-hälsomyn-
digheten uppgett att myndigheten ännu inte har utrett frågan hur
personer med skyddade personuppgifter ska hanteras i tjänsten och
att tjänsten därför till en början inte kommer att kunna omfatta
personer med skyddade personuppgifter.

Behandlingen av skyddade personuppgifter ställer särskilda krav
på den personuppgiftsansvarige. Vid gränsöverskridande hantering
av personuppgifter kompliceras bilden av att personuppgifterna över-

²² Prop. 2017/18:223 s. 178.

²³ IMY, *Förhandssamråd enligt dataskyddsförordningen om behandling av personuppgifter i den nationella läkemedelslistan*, diarienummer: DI-2021-264, datum: 2021-04-30, s. 14.

förs till ett annat land. Innan tjänsten e-recept över landsgränser eventuellt kan omfatta även personer med skyddade personuppgifter behöver E-hälsomyndigheten som personuppgiftsansvarig utreda och analysera förutsättningarna för att kunna skydda dessa personer på ett säkert sätt. Sådana förutsättningar föreligger inte för närvarande enligt utredningens bedömning.

7.7.2 Fullmakter och ombud

Utredningens bedömning: Det bör finnas möjlighet att använda elektronisk fullmakt i tjänsten e-recept över landsgränser när förutsättningar för det finns på plats.

I tjänsten finns en relativt ny, frivillig möjlighet för deltagande länder att tillåta användning av fullmakter och andra typer av legala ombud (t.ex. vårdnadshavare eller annan som har rätt att företräda patienten) som kan få hämta ut läkemedel åt patienten. Funktionen i tjänsten medger att information om två personer kan förmedlas i tjänsten e-recept över landsgränser, patienten och den som har laglig rätt att hämta ut läkemedel åt patienten. Följande förutsättningar anges gälla.²⁴

- Både land A och land B ska tillåta att ombud eller annan legal företrädare får hämta ut läkemedel för patientens räkning.
- Informationen från land B till land A ska avse både ombud och patient.
- Fullmakt eller liknande rättslig grund för ombudet ska finnas tillgänglig elektroniskt i land A som kan verifiera en sådan grund.
- Ombudet ska kunna agera på motsvarande sätt som patienten.

Vem som kan vara ombud avgörs enligt lagstiftningen i land A. Land B ska skicka uppgifter om både ombud och patient till land A som kontrollerar uppgifterna. Land A ska då kunna kontrollera kopplingen mellan patienten och patientens företrädare elektroniskt när

²⁴ Beskrivningen av förutsättningarna i tjänsten bygger på redogörelsen av detta i *eHDSI Requirements Catalogue, 02.01. Uniquely identify the Patient*.

patienten identifieras. Ombudet ska kunna identifieras på samma sätt som patienten. Vårdnadshavare analyseras i avsnitt 7.7.3.

I förarbetena till den nationella läkemedelslistan uttalade regeringen att kravet på att en fullmakt ska registreras i den nationella läkemedelslistan bara avser fullmakter som ger direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan. Regeringen ansåg dock att det inte hindrar att även andra fullmakter t.ex. för att kunna hämta ut förskrivna läkemedel registreras i den nationella läkemedelslistan. Regeringen ansåg även att den civilrättsliga frågan om när en fullmakt är återkallad måste beaktas.²⁵

Funktionen som gör det möjligt med fullmakter, andra typer av ombud (eller ”next of kin” som det ofta kallas i nätverket) och vårdnadshavare är ny i tjänsten e-recept över landsgränser och E-hälsomyndigheten har ännu inte tagit fram systemstöd för den. Funktionen verkar inte användas av något deltagande land ännu. Det ankommer på land A och land B att säkerställa rättslig grund för personuppgiftsbehandlingen.

Utredningen gör bedömningen att det bör finnas möjlighet att använda elektronisk fullmakt i tjänsten e-recept över landsgränser när de tekniska förutsättningarna finns på plats och när övriga förutsättningar för en säker hantering är uppfyllda. Det torde innebära en hantering som liknar den som redan gäller vid expediering i Sverige när fullmakt används.

I skrivande stund är funktionen för att hantera fullmakter och ombud i Sverige ännu inte på plats och vissa överväganden kvarstår. Trots detta föreslår utredningen de lagändringar som behövs för att elektroniska fullmakter ska kunna hanteras i tjänsten, när förutsättningarna för detta finns på plats. I korthet innebär det att fullmakter bör omfattas av uppgiftsskyldigheten för öppenvårdsapoteken till E-hälsomyndigheten när Sverige är land B, se avsnitt 12.2.4. Utredningen föreslår också att det ska gå att söka på ombud i den nationella läkemedelslistan, se avsnitt 8.2.5. När det gäller andra typer av ställföreträdare kan ytterligare överväganden behövas. Vårdnadshavare analyseras i avsnittet nedan.

²⁵ Prop. 2017/18:223 s. 90 f.

7.7.3 När patienten är ett barn

Utredningens bedömning: Barn bör kunna omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser först när det är tydligt att barnets integritet kan säkerställas av E-hälsomyndigheten som personuppgiftsansvarig.

Justitieombudsmannen (JO) efterfrågade en belysning av barnperspektivet i sitt remissvar till E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS). Andra intressenter har också lyft frågan till utredningen. I detta avsnitt görs överväganden om patienten är ett barn. Med barn avses personer under 18 år.

Frågor om barn, vårdnadshavare och tillgång till uppgifter om barns hälsa är föremål för pågående arbete t.ex. inom ramen för arbetet med den nationella läkemedelslistan.²⁶ Frågor om barn i hälso- och sjukvården tas också upp av *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg*.²⁷ Förutsättningarna för att hämta ut läkemedel åt barn diskuteras också inom nätverket för e-hälsa.

Utredningen beskriver i avsnittet 7.7.2 ovan de nya förutsättningarna i tjänsten för informationsöverföring när någon annan än patienten t.ex. en vårdnadshavare, hämtar ut läkemedel åt patienten. Tjänsten skulle kunna göra det möjligt för vårdnadshavare att hämta ut läkemedel åt sina barn. Vidare kan det även vara möjligt för äldre barn att hämta ut sina egna läkemedel beroende på förutsättningarna i barnets försäkringsland, land A, och i land B där läkemedlet avses hämtas ut. Det beror främst på om det finns krav på samtycke för personuppgiftshanteringen och möjligheten för barn att lämna samtycke, samt om det finns andra begränsningar för barn t.ex. åldersgräns för att hämta ut läkemedel och att barn kan identifieras i tjänsten e-recept över landsgränser.

Utgångspunkter i svensk rätt när patienten är ett barn

Barnets rättsliga ställning inom hälso- och sjukvården är inte helt entydig. När ett barn söker hälso- och sjukvård möter principen om vårdnadshavarnas ansvar för sina barn det regelverk som gäller för

²⁶ Se t.ex. vad som anförs i JO:s beslut 2019-3331.

²⁷ SOU 2021:4 och SOU 2021:39.

vården i Sverige.²⁸ En utgångspunkt är att hälso- och sjukvård ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet. När patienten är ett barn är utgångspunkten att vårdnadshavarna ska samtycka till vården, men i takt med barnets stigande ålder och utveckling ska allt större hänsyn tas till barnets synpunkter och önskemål enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad enligt 4 kap. 3 § patientlagen (2014:821). Barnets bästa och att barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och få den beaktad anges i artikel 12 i barnkonventionen som genomförts i svensk rätt genom lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Barn anses som särskilt skyddsvärda enligt dataskyddsförordningen, eftersom de kan ha svårare att förutse riskerna med att lämna ifrån sig uppgifter och att förstå vilken rätt till skydd för sina uppgifter som de har (skäl 38 till dataskyddsförordningen).

Förutsättningar för e-recept för barn i nätverket för e-hälsa

Nätverket för e-hälsa anger att barn ska identifieras på motsvarande sätt som vuxna, med en unik nationell identifierare och identitetshandling.²⁹ Barn från Sverige skulle då under förutsättning att de har t.ex. ett nationellt id-kort eller pass kunna hämta ut ett läkemedel³⁰ i ett annat land om övriga villkor är uppfyllda, t.ex. att ett integritetshöjande samtycke har lämnats av barnet och att land B tillåter att barn kan hämta ut läkemedel. E-hälsomyndigheten bör bl.a. som personuppgiftsansvarig bedöma om barnet kan lämna ett integritetshöjande samtycke.

Utredningen känner inte till förutsättningarna för hur de länder som kan delta i samarbetet kommer att hantera e-recept för barn. Utredningen känner inte heller till om andra länder kommer att tillämpa åldersgränser och/eller kräva att barnet eller vårdnadshavaren lämnar samtycke för informationsutbytet av e-recept över landsgränser. Det är även frågor som skulle vinna på att diskuteras vidare inom det europeiska samarbetet.

²⁸ Socialstyrelsen, *Meddelandeblad Nr 8/2020*.

²⁹ *eHDSI Requirements Catalogue*, 02.01. *Uniquely identify the Patient*.

³⁰ Se vidare om identitetshandlingar i avsnitt 13.3.2.

När vårdnadshavare hämtar ut läkemedel åt barn i Sverige

E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för myndighetens behandling av personuppgifter i den nationella läkemedelslistan (3 kap. 1 § lagen om nationell läkemedelslista). Patienten kan få direktåtkomst till uppgifter om sig själv i den nationella läkemedelslistan. Direktåtkomst får även ges till en annan fysisk person som patienten utsett genom en fullmakt som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan enligt 5 kap. 1 § lag om nationell läkemedelslista.

Barn kan själva med ökad ålder få uppgifter om sig själva spärrade i den nationella läkemedelslistan, men vårdnadshavare kan inte få uppgifter spärrade om sina barn, enligt 4 kap. 3 § samma lag. Det finns inga särskilda bestämmelser beträffande barnets mognadsgrad att själv få uppgifter spärrade. Regeringen ansåg i förarbetena att det inte var möjligt att i lag närmare precisera vilken ålder som vore passande för samtliga barn, eller ändamålsenligt att föreslå en särreglering för den nationella läkemedelslistan. Regeringen ansåg att barn och tonåringar bör hanteras på motsvarande sätt som i den övriga verksamheten inom hälso- och sjukvården, som innebär att allt större hänsyn ska tas till barnets önskemål och vilja i takt med den underåriges stigande ålder och utveckling.³¹

Enligt 4 kap. 4 § tredje stycket lagen om nationell läkemedelslista kan hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel och som efter en prövning enligt 12 kap. 3 § OSL eller 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659) finner att uppgift om en underårig i den nationella läkemedelslistan inte får lämnas ut till dennes vårdnadshavare hos E-hälsomyndigheten begära att få uppgiften spärrad i den nationella läkemedelslistan för direktåtkomst av vårdnadshavaren.

Enligt 25 kap. 17 a § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Sekretessen gäller inte i förhållande till den enskilde själv. Sekretess till skydd för en enskild gäller även i förhållande till dennes vårdnadshavare enligt 12 kap. 3 § OSL. Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavaren i den utsträckning denne enligt 6 kap. 11 § föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den

³¹ Prop. 2017/18:223 s. 139.

underåriges personliga angelägenheter om inte det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgifter röjs för vårdnadshavaren, eller om det annars följer av OSL. Det krävs att det men som kan befaras vid utlämnande ska vara betydande.³²

Om sekretess inte gäller i förhållande till vårdnadshavaren, förfogar denne ensam eller, beroende på barnets ålder och mognad, tillsammans med barnet över sekretessen till skydd för barnet enligt 12 kap. 3 § OSL. Som utgångspunkt har vårdnadshavarna rätt att ta del av sekretessbelagda uppgifter som rör barnet. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska allt större hänsyn tas till barnets integritet, egna synpunkter och önskemål. När ett barn har nått en viss mognad och utveckling kan vårdnadshavarna inte längre göra anspråk på att få veta vad barnet har berättat för t.ex. en läkare.³³ Någon fast åldersgräns finns inte fastslagen i svensk rätt som ledning för denna bedömning. Det kan även förekomma fall där det av hänsyn till barnets bästa kan vara befogat att inte lämna ut vissa uppgifter till vårdnadshavarna även om det är fråga om ganska små barn.³⁴

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg redogör för svensk rätt och anger bl.a. att det inte finns någon generell åldersgräns för när ett barn har rätt att självt disponera sina uppgifter, men att vissa utgångspunkter skapats i rättspraxis t.ex. att en 12-åring vilja i regel ska ges avgörande betydelse.³⁵ Situationen anses få bedömas från fall till fall utifrån barnets ålder och mognad. Den utredningen påtalar också att det kan finnas gränsdragningsproblem och praktiska bekymmer med att vårdnadshavaren inte får tillgång till barnets uppgifter, samt att det kan vara vanskligt att bedöma när ett barn har uppnått sådan ålder och mognad att det självt ska få disponera över sina uppgifter, särskilt för barn i yngre tonåren. *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* föreslår därför ett utredningsuppdrag att införa en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att vårdnadshavare utan hinder av hälso- och sjukvårdssekretess får ta del av sina barns uppgifter till dess barnet fyller 18 år, samt en rätt för barnet att motsätta sig att vårdnadshavare tar del av barnets uppgifter.³⁶

³² Eva Lenberg m.fl., *Offentlighets- och sekretesslagen – en kommentar*, kommentaren till OSL 12 kap. 3 §, JUNO version 24.

³³ Prop. 1981/82:186 s. 36.

³⁴ Prop. 1981/82:186 s. 36.

³⁵ Beskrivningen av gällande rätt baseras i stora delar på SOU 2021:39 s. 341 ff.

³⁶ SOU 2021:39 s. 341 ff.

Frågeställningen har ställts på sin spets i den digitala lösning för direktåtkomst till barns uppgifter som tillhandahålls via den digitala tjänsten Läkemedelskollen, eftersom en sekretessprövning inför ett utlämnande är svår i en sådan lösning. E-hälsomyndigheten beslutade att ta bort vårdnadshavares direktåtkomst till tonåringars receptinformation i Läkemedelskollen³⁷ från april 2019. E-hälsomyndigheten motiverade detta bl.a. med att direktåtkomsten innebar att information om aktuella e-recept blev tillgänglig för vårdnadshavare när de loggat in och det ansågs inte förenligt med OSL. Efter en anmälan av detta beslut uttalade JO att det inte fanns skäl att rikta kritik mot detta förfarande. JO delade bedömningen att uppgifter som omfattas av sekretess till skydd för en underårig som uppnått en viss ålder och mognad bör lämnas ut till vårdnadshavare först efter en prövning i varje enskilt fall.³⁸

I praktiken innebär detta för närvarande bl.a. att vårdnadshavare i Sverige till barn som är cirka 13–17 år inte automatiskt kan se och beställa en tonårings läkemedel via e-handel utan kontakt med en farmaceut. Däremot kan en vårdnadshavare hämta ut läkemedel för sina tonårsbarn om en farmaceut gör en bedömning av vilken information som kan lämnas ut med hänsyn till tonåringens integritet och om sekretess anses gälla i förhållande till vårdnadshavaren. På apoteket kan det göras t.ex. genom att farmaceuten som en integritetsskyddande åtgärd ställer frågor om vilka läkemedel tonåringen behöver.

Sammanfattande överväganden

Utredningen ser en risk för att vårdnadshavaren kan få del av uppgifter om barnets e-recept, utan att någon bedömning av sekretess har gjorts i det enskilda fallet, om vårdnadshavare kan hämta ut recept åt äldre barn i annat land. Det är en situation som sannolikt inte hade inträffat i Sverige med hänsyn till regleringen i bl.a. OSL. Enligt 4 kap. 3 och 4 §§ lag om nationell läkemedelslista kan uppgifter spärras för direktåtkomst för vårdnadshavare. Vårdnadshavare får inte någon egentlig direktåtkomst till en uppgift i den nationella

³⁷ Läkemedelskollen är en tjänst från E-hälsomyndigheten som innebär att patienten under vissa förutsättningar kan logga in och se t.ex. e-recept och information om utlämnade läkemedel.

³⁸ JO beslut 2021-02-03, dnr 3331-2019.

läkemedelslistan via tjänsten e-recept över landsgränser. När farmaceuten hämtar listan över befintliga e-recept utfärdade åt ett barn vid en expediering i ett annat EES-land via den fråga-svarstjänst som beskrivs i avsnitt 5.4.1 och i samband därmed samråder med vårdnadshavaren om vilket e-recept som är aktuellt, skulle vårdnadshavaren i en sådan situation kunna få del av en uppgift om barnets läkemedelsbehandling på ett sätt som inte skulle ske i Sverige. Vårdnadshavaren skulle eventuellt kunna få del av uppgift om ett e-recept som är spärrat gentemot vårdnadshavaren eller omfattas av sekretess. Motsvarande situation blir även aktuell när farmaceuten hämtar uppgifter om det aktuella e-receptet. Om så sker beror bl.a. på hur tjänsten utformas i detta avseende. Även om vårdnadshavaren inte får direktåtkomst till uppgifterna finns en risk att konsekvensen i stort kan bli densamma, t.ex. att vårdnadshavaren får kännedom om uppgifter om barnets läkemedelsbehandling som vårdnadshavaren inte hade fått vid en expediering i Sverige. Till detta kommer att uppgifter ur originalreceptet skickas över i ett PDF-dokument.

Utredningen anser sammantaget att förutsättningarna för att hämta ut läkemedel åt barn i ett annat EES-land för närvarande inte kan antas vara en lika patientsäker hantering som i Sverige med hänsyn till barnets integritet och ur ett sekretessperspektiv. Därför bör vårdnadshavare åt äldre barn inte kunna hämta ut läkemedel för sina barn i EES, om inte barnets integritet kan säkerställas. Förutsättningarna för att hämta ut läkemedel åt patienten ska också vara att ombudet ska kunna agera på motsvarande sätt som patienten.³⁹ Det är svårt att säga när vårdnadshavaren kan göra det, med hänsyn till bestämmelserna till skydd för barnet. Det är något som främst E-hälsomyndigheten som personuppgiftsansvarig bör säkerställa. Bedömningen behöver också göras utifrån hur den nya funktionaliteten i tjänsten som gör det möjligt att hämta ut läkemedel åt patienten utformas och vad det innebär för svensk del.

Motsvarande överväganden behöver göras för yngre barn utifrån de förutsättningar som gäller för dem bl.a. utifrån ett integritets- och sekretessperspektiv, samt spärrar i den nationella läkemedelslistan. Om det ska vara möjligt att kunna hämta ut läkemedel för yngre barn bör främst E-hälsomyndigheten göra en bedömning av.

Pågående arbete inom nätverket för e-hälsa och nationellt bör beaktas. E-hälsomyndigheten arbetar, med anledning av lagen om

³⁹ Se *eHDSI Requirements Catalogue*, 02.01 *Uniquely Identify the Patient*.

nationell läkemedelslista, för att hitta lösningar som möjliggör åtkomst till uppgifterna för vårdnadshavare och barn samtidigt som myndigheten beaktar bestämmelserna i OSL till skydd för barns personliga integritet.⁴⁰ E-hälsomyndigheten bör även överväga när barn kan samtycka till att hämta ut läkemedel på apotek inom ramen för samtyckestjänsten. bör beakta barnets stigande ålder och mognad samt att barnet har rätt att uttrycka sin åsikt och få den beaktad.

⁴⁰ JO beslut 2021-02-03, dnr 3331-2019 och E-hälsomyndighetens svar med anledning av detta.

8 Ändringar i lagen om nationell läkemedelslista

8.1 Inledning

Utredningen har i föregående kapitel 7 föreslagit att den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för att svenska e-recept ska kunna expedieras i ett annat EES-land ska regleras i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista. I detta kapitel redogör utredningen för de ändringar som krävs i lagen om nationell läkemedelslista för att svenska e-recept ska kunna expedieras i ett annat EES-land. Utredningen redogör också för hur förslagen förhåller sig till dataskyddsregleringen. Dessutom analyseras även hur vissa relevanta bestämmelser i lagen ska tillämpas på e-recept som ska expedieras i ett annat EES-land, t.ex. bestämmelserna om känsliga personuppgifter och personuppgiftsansvar. Dispositionen följer den struktur som finns i lagen om nationell läkemedelslista.

Utredningen har även i uppdrag att analysera möjligheterna att inkludera uppgifter om förskrivare, farmaceuter och apotek från andra EES-länder i den nationella läkemedelslistan med anledning av det gränsöverskridande informationsutbytet. Om så, ska behovet av att ändra i reglerna om offentlighet och sekretess analyseras, liksom förhållandet till bestämmelserna om skyddet mot betydande intrång i den personliga integriteten i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen (RF). Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet kopplade till sekretess och tystnadsplikt, ska följas av analyser av mindre integritetskränkande alternativ samt förslag på särskilda integritetsskyddande åtgärder. En analys av denna del i uppdraget avslutar kapitlet.

8.2 Behov av ändringar i lagen om nationell läkemedelslista

8.2.1 Behandling av känsliga personuppgifter

Utredningens bedömning: E-hälsomyndighetens personal omfattas av sådan tystnadsplikt som avses i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen. En påminnelse om tystnadsplikt när känsliga personuppgifter behandlas med stöd av artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen finns i lagen om nationell läkemedelslista.

Behandling av känsliga personuppgifter får enligt artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen ske om den är nödvändig av skäl som hör samman med förebyggande hälso- och sjukvård och yrkesmedicin, bedömningen av en arbetstagares arbetskapacitet, medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling, social omsorg eller förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system, på grundval av EU-rätten eller den nationella rätten eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. En ytterligare förutsättning för att behandling enligt artikel 9.2 h ska vara tillåten är att kravet på tystnadsplikt enligt artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt.

Utredningen har i avsnitt 7.5 gjort bedömningen att behandlingen av känsliga personuppgifter vid det gränsöverskridande informationsutbytet är nödvändig av skäl som hör samman med de hälso- och sjukvårdsverksamheter som anges i artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen.

När det gäller kravet på stöd i EU-rätten eller nationell rätt i artikel 9.2 h ansåg regeringen i förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista att verksamheten utförs på grundval av nationell rätt eftersom den sker enligt verksamhetslagstiftningen på de aktuella områdena, t.ex. lagen om nationell läkemedelslista, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lagen (2009:366) om handel med läkemedel och även förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.¹ Den behandling av personuppgifter som myndigheten kommer att utföra vid expediering av svenska e-recept på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land bör enligt utredningens bedömning ske med stöd av dataskyddsförordningen, lagen om nationell läkemedelslista och E-hälsomyndighetens instruktion.

¹ Prop. 2017/18:223 s. 79.

En ytterligare förutsättning för att behandlingen ska vara tillåten enligt artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen är att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt. E-hälsomyndighetens personal omfattas av tystnadsplikt enligt 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL).

För att göra den nationella regleringen tydligare har regeringen uttalat att en påminnelse om kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen bör tas in i registerförfattningar på hälso- och sjukvårdens område.² En sådan bestämmelse finns redan i 2 kap. 2 § lagen om nationell läkemedelslista. Den bestämmelsen omfattar enligt utredningens bedömning även E-hälsomyndighetens behandling av känsliga personuppgifter när svenska e-recept expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Någon ytterligare bestämmelse behövs därför inte.

8.2.2 Personuppgiftsansvar

Utredningens bedömning: E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför i samband med att svenska e-recept expedieras i ett annat EES-land. Någon ytterligare bestämmelse härom behöver inte införas i lagen om nationell läkemedelslista.

Den som ensam eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter är personuppgiftsansvarig. Enligt artikel 4.7 i dataskyddsförordningen kan den personuppgiftsansvarige, eller kriterierna för att utse denne, anges i nationell rätt eller i EU-rätten om ändamålen och medlen bestäms av sådan lagstiftning. E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför i den nationella läkemedelslistan (3 kap. 1 §). Skälen till att E-hälsomyndigheten ansågs bör vara personuppgiftsansvarig enligt förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista var bl.a. myndighetens särskilda karaktär av infrastrukturmyndighet med ansvar för dåvarande register, receptregistret och läkemedelsförteckningen, som nu omfattas av lagen om nationell läkemedelslista (1 och 2 §§ i E-hälsomyndighetens instruk-

² Prop. 2017/18:171 s. 106.

tion). Denna ordning var en följd av att E-hälsomyndigheten (tidigare Apotekens Service AB) inrättades för att den it-infrastruktur som är nödvändig för drift av apotek skulle förläggas hos en neutral aktör i samband med omregleringen av apoteksmarknaden. Vidare uttalade regeringen att skälet till att E-hälsomyndigheten måste få behandla personuppgifter för de olika ändamål som anges i lagen om receptregister och lagen om läkemedelsförteckning var behovet av att kunna erbjuda en konkurrensneutral samt ur integritetssynpunkt säker överföring av personuppgifter mellan olika aktörer.³

Av E-hälsomyndighetens instruktion följer att myndigheten ska ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapoteken och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa och övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet (1 §). Utredningen föreslår i föregående kapitel att det i E-hälsomyndighetens instruktion ska framgå att E-hälsomyndigheten dels ska vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa, dels ska tillhandahålla tjänster och infrastruktur för det gränsöverskridande informationsutbytet av e-recept. Vidare föreslår utredningen ett nytt ändamål i lagen om nationell läkemedelslista för E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifter för expediering av svenska e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land, se avsnitt 8.2.3.

Dataskyddsförordningen ger som tidigare nämnts utrymme för nationell reglering av personuppgiftsansvaret om ändamål och medel fastställs i den nationella rätten (artikel 4.7 i dataskyddsförordningen). Det huvudsakliga syftet med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vad gäller ändamålet expediering av svenska e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land är att fullgöra sitt uppdrag som nationell kontaktpunkt som utredningen föreslår ska framgå av E-hälsomyndighetens instruktion. Det innebär bl.a. att vidareförmedla uppgifter mellan den nationella läkemedelslistan och kontaktpunkten i ett annat EES-land.

Utredningen finner mot denna bakgrund att E-hälsomyndigheten bör vara personuppgiftsansvarig för myndighetens behandling av personuppgifter vid expediering av svenska e-recept på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land och att myndighetens personuppgiftsansvar bör vara fastställt i nationell rätt. Utredningen gör bedömningen att den reglering av personuppgiftsansvaret som framgår

³ Prop. 2017/18:223 s. 81.

av 3 kap. 1 § lagen om nationell läkemedelslista även kommer att omfatta behandling av personuppgifter för expediering i ett annat EES-land. Enligt utredningens bedömning behövs därför inte någon ytterligare bestämmelse om personuppgiftsansvaret vad avser överföring av personuppgifter till ett annat EES-land för expediering av svenska e-recept.

8.2.3 Ändamål med personuppgiftsbehandlingen

Utredningens förslag: Personuppgifter ska få behandlas för ändamålet expediering av läkemedel på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Vidare ska det tydliggöras att uppgifter om förskrivna läkemedel får registreras för expediering på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag.

Inledning

De ändamål för vilka personuppgifterna i lagen om nationell läkemedelslista får behandlas anges i 3 kap. 2–5 §§. Av lagen följer bl.a. att personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för ändamål som rör registrering av uppgifter, bl.a. om förskrivna läkemedel och andra varor som ska expedieras på öppenvårdsapotek, och ändamål som rör expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits. Enligt 3 kap. 7 § första stycket lagen om nationell läkemedelslista får personuppgifter som behandlas enligt 3 kap. 2–5 §§ även behandlas för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilka uppgifterna samlades in. Paragrafen ger uttryck för den s.k. finalitetsprincipen i artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen. Ändamålsbegränsningen innebär att den personuppgiftsansvarige måste hålla sig till insamlingsändamålen och ändamål som inte är oförenliga med dessa. Denna bedömning bör göras i förhållande till alla förslag om nya ändamål. Innan redan insamlade personuppgifter

behandlas för ett annat ändamål än för vilket de samlades in måste de registrerade informeras om den ytterligare behandlingen men med vissa undantag (artikel 14.4 och 14.5 i dataskyddsförordningen).

Av 3 kap. 7 § andra stycket lagen om nationell läkemedelslista framgår att behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt lagen ändå får utföras om den registrerade har lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen.

Registrering och expediering av läkemedel på öppenvårdsapotek

Den nationella läkemedelslistan innehåller uppgifter om förskrivna läkemedel och andra varor som ska expedieras på öppenvårdsapotek (3 kap. 2 § 1). Av förarbetena till den nationella läkemedelslistan framgår att registrering av uppgifter om förskrivna läkemedel och andra varor är en grundförutsättning för att registret ska kunna användas och syftar till att möjliggöra personuppgiftsbehandling enligt de övriga ändamål som ska gälla för registret.⁴ Som framgår av avsnitt 12.4.2 gör utredningen bedömningen att svenska e-recept uppfyller de krav som ställs på e-recept för att kunna användas i tjänsten e-recept över landsgränser och att samma e-recept kan användas antingen i Sverige eller i ett annat EES-land. För att tydliggöra att e-recept även kan komma att expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land bör ett tillägg göras i 3 kap. 2 § 1.

Vidare följer av 3 kap. 3 § lagen om nationell läkemedelslista att personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för ändamål som rör öppenvårdsapotek, bl.a. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits. Begreppet öppenvårdsapotek definieras inte i lagen om nationell läkemedelslista utan i lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Med öppenvårdsapotek avses en inrättning för detaljhandel med läkemedel som bedrivs med tillstånd av Läkemedelsverket (1 kap. 4 § lagen om handel med läkemedel). Den som bedriver apoteksverksamhet eller liknande i ett annat EES-land omfattas därmed inte av definitionen öppenvårdsapotek. Eftersom den nuvarande regleringen i lagen om nationell läkemedelslista är begränsad till behandling som rör öppenvårdsapotek är expediering på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land inte ett uttryckligen tillåtet ändamål enligt nuvarande reglering.

⁴ Prop. 2017/18:223 s. 89.

Finalitetsprincipen

Vid bedömningen om finalitetsprincipen är tillämplig på redan insamlade personuppgifter bör en bedömning göras i förhållande till artikel 6.4 i dataskyddsförordningen. Av artikeln framgår hur en bedömning ska göras av om en återanvändning av personuppgifter för ett nytt ändamål är förenligt med insamlingsändamålet. Om det nya ändamålet anses förenligt med de ursprungliga ändamålen krävs inte någon annan separat rättslig grund än den med stöd av vilken insamlingen av personuppgifter medgavs (skäl 50 till dataskyddsförordningen). Vid bedömningen om en återanvändning av personuppgifter är förenlig med insamlingsändamålet ska den personuppgiftsansvarige ta hänsyn till bl.a. kopplingarna mellan de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in och ändamålen med den avsedda ytterligare behandlingen. Viktigt att beakta är också det sammanhang inom vilket personuppgifterna har samlats in, personuppgifternas art, eventuella konsekvenser för den registrerade och förekomsten av lämpliga skyddsåtgärder (artikel 6.4 i dataskyddsförordningen). Enligt skäl 50 till dataskyddsförordningen ska särskilt de registrerades rimliga förväntningar till följd av förhållandet till den personuppgiftsansvarige beaktas.

Det finns en nära koppling mellan ändamålet i lagen om nationell läkemedelslista som avser öppenvårdsapotek och expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits samt den behandling av personuppgifter som sker när ett svenskt e-recept ska expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Det egentliga syftet att möjliggöra uthämtning av läkemedel är detsamma. Även personuppgifternas art är detsamma. Det sammanhang som behandlingen sker i är delvis nytt och det är oklart om expediering på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES land var något som den registrerade räknade med när personuppgifterna samlades in. Det finns även vissa skillnader när det gäller konsekvenserna av behandlingen för den registrerade och de skyddsåtgärder som tillämpas. Samtidigt kommer inte personuppgifterna att behandlas för expediering i ett annat land om inte den registrerade samtycker till det. Utredningens bedömning är därför att behandling av personuppgifter för expediering av svenska e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land inte är oförenligt med de ändamål för vilka uppgifterna sam-

lades in men att behandlingen inte enbart bör ske med stöd av finalitetsprincipen.

Personuppgifterna kan inte behandlas med stöd av samtycke

Enligt 3 kap. 7 § andra stycket lagen om nationell läkemedelslista får behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt lagen ändå utföras om den registrerade har lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. Möjligheterna för myndigheter att behandla personuppgifter med stöd av samtycke är mycket begränsad. Det är dock inte helt uteslutet för myndigheter att använda samtycke som rättslig grund under förutsättning att den registrerade har en fri valmöjlighet eller utan problem kan vägra eller ta tillbaka sitt samtycke.⁵ Som exempel på situationer när bestämmelsen om samtycke skulle kunna tillämpas har i förarbetena nämnts behandling av personuppgifter för mindre avgörande ändamål för patienten, t.ex. aviserings- och påminnelsetjänster, eller behandling av uppgifter om förskrivare, som inte torde ha samma ojämlika förhållande till den personuppgiftsansvarige som patienter.⁶ Den behandling som sker när ett svenskt e-recept ska expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land är inte sådan. Uppgifter om förskrivare och farmaceuter kommer också att behöva behandlas och från dessa avses inte något samtycke inhämtas. Utredningens bedömning är därför att behandling av personuppgifter för expediering på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land inte kan ske med stöd av samtycke från den registrerade.

Ett nytt ändamål bör införas för expediering av e-recept i ett annat EES-land

Utredningen har ovan kommit fram till att expediering av svenska e-recept i ett annat EES-land inte omfattas av de uppräknade ändamålen för vilka personuppgifter får behandlas enligt lagen om nationell läkemedelslista och att det inte är lämpligt att behandla personuppgifterna med stöd av endast finalitetsprincipen eller med stöd av samtycke. För att E-hälsomyndigheten ska kunna behandla person-

⁵ Prop. 2017/18:171 s. 87 och slutet av skäl 42 till dataskyddsförordningen.

⁶ Prop. 2017/18:171 s. 87.

uppgifter för expediering av svenska e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land behöver enligt utredningens bedömning ett nytt ändamål som motsvarar det som gäller för svenska öppenvårdsapotek i fråga om expediering av läkemedel införs i lagen om nationell läkemedelslista. Med expediering avses den process som börjar med att läkemedel efterfrågas utifrån en förskrivning och avslutas med att ett läkemedel lämnas ut på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Ändamålet omfattar den behandling som är nödvändig för en expediering bl.a. de kontroller som krävs t.ex. avseende behörig förskrivare och vilka läkemedel som får expedieras. Som utredningen kommer fram till i avsnitt 12.4.5 kan detta även omfatta vissa uppgifter om e-recept som inte kan expedieras i ett annat EES-land, eftersom det bidrar till en patientsäker expediering. Det kan jämföras med 8 kap. 11 § receptföreskrifterna.

För att avgränsa vilka apotek eller motsvarande inrättningar för detaljhandel med läkemedel som omfattas är det enligt utredningens bedömning lämpligt att begränsa expedieringen till de apotek eller motsvarande i de länder som omfattas av samarbetet. Avgränsningen sker genom hänvisning till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa. Reglerna innebär bl.a. att det bara är apotek eller motsvarande inom EU och EES⁷ som kan delta, att informationsutbytet måste ske via varje lands nationella kontaktpunkt för e-hälsa samt att dessa kontaktpunkter måste ha godkännande från nätverket för e-hälsa för att få delta i tjänsten e-recept över landsgränser.

Den rättsliga grunden för behandlingen

Enligt dataskyddsförordningen måste varje behandling av personuppgifter stödja sig på en rättslig grund. I avsnitt 3.2.5 har utredningen räknat upp de rättsliga grunderna. Behandlingen stödjer sig på en rättslig grund om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen). Av skäl 45 till dataskyddsförordningen framgår att hälso- och sjukvårds-

⁷ Länder som är medlemmar i Efta kan enligt nätverket delta som observatör och i e-hälsoavtalet, men utredningens förslag gäller endast EES-länder, se avsnitt 2.2.

ändamål, såsom folkhälsa och socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster ingår i allmänintresset.

I kapitel 7 har utredningen gjort bedömningen att gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept är en rättslig förpliktelse och en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen) och att uppgiften att möjliggöra att ett svenskt e-recept kan expedieras i ett annat EES-land ska fastställas i lagen om nationell läkemedelslista och i E-hälsomyndighetens instruktion (jfr artikel 6.3 första stycket dataskyddsförordningen). För de redan befintliga personuppgifterna i den nationella läkemedelslistan gör utredningen ovan bedömningen att ytterligare behandling av dessa i förhållande till det nya ändamålet är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna samlades in. Någon ny rättslig grund för den tillkommande behandlingen behövs inte (skäl 50 till dataskyddsförordningen).

Utredningen föreslår ett nytt ändamål som innebär att E-hälsomyndigheten får behandla personuppgifter för expediering av läkemedel på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Behandling av personuppgifter för detta ändamål bedöms nödvändigt för att uppfylla en rättslig förpliktelse och en uppgift av allmänt intresse. Syftet med behandlingen, att möjliggöra expediering av e-recept i ett annat EES-land, är enligt utredningens bedömning nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse och framgår också av den rättsliga förpliktelsen (jfr artikel 6.3 i dataskyddsförordningen).

Den författning eller det beslut som utgör den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter enligt artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen måste enligt artikel 6.3 andra stycket sista meningen i dataskyddsförordningen också uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas. I kapitel 11 gör utredningen bedömningen att förslagen uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionella mot det legitima mål som eftersträvas. Utredningen gör därmed bedömningen att det föreslagna ändamålet är förenligt med artikel 6 i dataskyddsförordningen. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i kapitel 11.

8.2.4 Registerinnehåll

Utredningens bedömning: Uppgift om landskod är en sådan uppgift som får registreras i den nationella läkemedelslistan. Någon uttrycklig bestämmelse härom behövs inte.

Av artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen följer att uppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas. Bestämmelsen om uppgiftsminimering innebär att bara de personuppgifter som är nödvändiga att behandla för ändamålet får behandlas. I 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista kommer detta till uttryck i en uttömmande uppräkningslista av de uppgifter som registret får innehålla.

När en patient med ett svenskt e-recept hämtar ut ett läkemedel i ett annat EES-land via tjänsten e-recept över landsgränser kommer uppgift om landskod att behöva behandlas av E-hälsomyndigheten. Med personuppgifter avses varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person (artikel 4.1 i dataskyddsförordningen). Uppgift om landskod är en sådan uppgift som tillsammans med övriga uppgifter som E-hälsomyndigheten behandlar kan knytas till en fysisk person. Uppgift om landskod är av vikt för spårbarhet, tex. om något går fel är det av vikt att kunna se i vilket land patientens recept expedierats. Enligt den uppräkningslista som framgår av 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista framgår inte uppgift om landskod uttryckligen. Enligt punkten 8 i den bestämmelsen får registret också innehålla andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering. Enligt förarbetena till den nationella läkemedelslistan ingår i första hand uppgifter som enligt Läkartillsammanskapets föreskrifter behövs för att förskrivningen ska kunna betraktas som giltig och som inte uttryckligen omnämns i lagen. Vidare ska parametrar av teknisk karaktär få finnas i registret. Av förarbetena framgår också att ökade krav på spårbarhet, t.ex. i europeiska regelverk, är ytterligare ett skäl till att uppgifter som inte är personuppgifter ska kunna lagras i registret.⁸ Enligt utredningens bedömning är uppgiften om landskod en sådan teknisk uppgift som behövs för spårbarhet som omfattas av 3 kap. 8 § 8 lagen om natio-

⁸ Prop. 2017/18:223 s. 115.

nell läkemedelslista. Uppgiften om landskod behöver därför inte uttryckligen framgå av lagen.

Vad gäller frågan om uppgift om utländsk förskrivare, expedierande farmaceut eller apotek eller motsvarande från ett annat EES-land ska registreras i den nationella läkemedelslistan, se avsnitt 8.3.

8.2.5 Sökbegränsningar

Utredningens förslag: Ombudets och patientens identitet ska få användas som sökbegrepp för det nya ändamålet expediering av läkemedel på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land.

Utredningens bedömning: Den föreslagna justeringen av bestämmelsen om sökbegränsningar är en sådan precisering som är tillåten enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen.

På vilket sätt personuppgifter kan sammanställas är en viktig fråga ur integritetssynpunkt. Ju större möjligheter det finns att i olika konstellationer sammanställa uppgifter om enskilda personer, desto större blir riskerna för otillbörliga intrång i den personliga integriteten. Med sökbegrepp avses begrepp som används som urvalskriterier för att söka fram handlingar som innehåller det aktuella begreppet eller för att med begreppet som utgångspunkt göra sammanställningar av olika slag. Informationsteknikens utveckling har medfört i det närmaste obegränsade sökmöjligheter när det gäller elektroniskt lagrad information. Det är därför av största vikt att reglera sökbegränsningar så att otillbörliga integritetsintrång kan förhindras.⁹

I förarbetena till den nationella läkemedelslistan ansåg regeringen att det för det nya registret, som en integritetshöjande åtgärd, dvs. en slags skyddsåtgärd, skulle finnas begränsningar för när vissa personuppgifter får användas som sökbegrepp. För ändamålet som rör bl.a. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits är det nödvändigt att kunna använda patientens och ombudets identitet för att kunna utföra personuppgiftsbehandlingen. Regeringen ansåg därför att patientens och ombudets identitet ska få användas som sökbegrepp för nämnda ändamål.¹⁰

⁹ Prop. 2008/09:145 s. 353 f.

¹⁰ Prop. 2017/18:223 s. 117.

Utredningens bedömning är i likhet med förarbetena till den nationella läkemedelslistan att patientens identitet ska få användas som sökbegrepp för det nya ändamålet expediering av svenska e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land.

Som utredningen har redogjort för i avsnitt 7.7.2 finns en relativt ny möjlighet i tjänsten för deltagande länder att tillåta användning av fullmakter om båda länders regelverk tillåter att en bemyndigad person hämtar ut läkemedel åt en annan. Tanken är att endast fullmakter som registreras elektroniskt i land A kan användas, eftersom land A behöver verifiera att fullmakt finns. För det fall att fullmakter kommer att tas i bruk bör, i likhet med vad som gäller för svenska e-recept som expedieras i Sverige, ombudets identitet få användas som sökbegrepp vad gäller utredningens förslag till nytt ändamål för expediering av svenska e-recept i ett annat EES-land.

Förenligheten med dataskyddsförordningen

Om behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning i enlighet med artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen ger dataskyddsförordningen medlemsländerna visst utrymme att i nationell lagstiftning behålla eller införa bestämmelser för att anpassa tillämpningen av förordningen (artikel 6.2 och 6.3 andra stycket).

Som framgår av tidigare avsnitt grundar sig E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid det gränsöverskridande informationsutbytet på rättslig förpliktelse och uppgift av allmänt intresse. Sökbegränsningar är en form av skyddsåtgärd som det enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen är tillåtet att ha i nationell rätt för att reglera behandling som grundar sig på en rättslig förpliktelse eller en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. Enligt utredningens bedömning är det därför förenligt med dataskyddsförordningen att införa nämnda justeringar i 3 kap. 9 § lagen om nationell läkemedelslista.

8.2.6 Den registrerades inställning till personuppgiftsbehandlingen

Utredningens förslag: Patientens samtycke ska krävas för behandling av personuppgifter för ändamålet expediering av e-recept i ett annat EES-land.

Utredningens bedömning: Ett integritetshöjande samtycke av den registrerade utgör en sådan precisering som är tillåten enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen.

Den behandling som E-hälsomyndigheten utför för ändamålet expediering av e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse och för att utföra en uppgift av allmänt intresse. I vissa registerförfattningar förekommer bestämmelser om att den registrerades samtycke krävs för en viss behandling, även om en annan rättslig grund än samtycke tillämpas för den behandlingen som författningen reglerar, t.ex. rättslig förpliktelse eller uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen). Om behandlingen stödjer sig på någon av de nyss nämnda rättsliga grunderna i artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen får sådana bestämmelser om samtycke anses tillåtna såsom preciseringar enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen. Samtycket är i dessa fall en integritetshöjande åtgärd, dvs. en slags skyddsåtgärd.

I förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista ansåg regeringen att den reglering av samtycke som finns i dataskyddsförordningen även ska gälla för de samtycken i den nationella läkemedelslistan som utgör integritetshöjande åtgärder.¹¹ Enligt artikel 4.11 i dataskyddsförordningen ska ett samtycke vara frivilligt, specifikt, informerat och utgöra en otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar den aktuella behandlingen av personuppgifter som rör honom eller henne. Av artikel 7.1 i dataskyddsförordningen framgår att det är den personuppgiftsansvarige som ska kunna visa att den registrerade har samtyckt till behandlingen av sina personuppgifter. I artikel 7.3 i dataskyddsförordningen anges bl.a.

¹¹ Prop. 2017/18:223 s. 127.

att den registrerade ska ha rätt att när som helst kunna återkalla sitt samtycke och att det ska vara lika lätt för den registrerade att återkalla som att ge sitt samtycke.

Den behandling av patientens personuppgifter som kan aktualiseras när ett svenskt e-recept ska expedieras i ett annat EES-land är bara nödvändig om patienten själv vill kunna hämta ut sitt läkemedel i ett annat land. E-hälsomyndigheten har inte något behov av att behandla personuppgifterna för ändamålet expediering i några andra situationer. Det rör sig också om känsliga personuppgifter. Om ett krav på samtycke införs får patienten därmed själv möjlighet att ta ställning till om hans eller hennes personuppgifter ska lämnas till ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land, via den utländska nationella kontaktpunkten för e-hälsa. Samtycket är tänkt att lämnas av patienten till E-hälsomyndigheten på det sätt myndigheten anger. Patienten kommer också att kunna återta sitt samtycke till att uppgifterna överförs till ett annat EES-land.

Det kan dock diskuteras om patientens lämnade samtycke uppfyller de krav som ställs på ett samtycke enligt dataskyddsförordningen, speciellt kravet på frivillighet och att det rör sig om ett förhållande mellan en myndighet och en enskild.¹² Tjänsten e-recept över landsgränser skapar en möjlighet för patienten att hämta ut sina läkemedel i ett annat land, t.ex. om patienten har glömt läkemedlet hemma eller har tappat bort läkemedlet på resan. Om patienten inte vill att hans eller hennes personuppgifter ska behandlas av E-hälsomyndigheten för expediering av e-recept i ett annat EES-land kan patienten uppsöka vård i det landet och få ett recept utskrivet där för att sedan hämta ut läkemedlet i det landet. I vissa fall kan patienten, om den vet att det kan bli aktuellt, be att få ett pappersrecept från sin förskrivare att hämta ut i annat land. Regeringen har i propositionen *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde* uttalat att även i de fall det är en myndighet så torde det finnas utrymme för samtycke som rättslig grund t.ex. om den registrerade har fri valmöjlighet eller utan problem kan vägra eller ta tillbaka sitt samtycke.¹³ Enligt utredningens mening har den enskilde en sådan fri valmöjlighet i denna situation som avses i artikel 4.11 i dataskyddsförordningen.

Utredningens bedömning är därför att ett integritetshöjande samtycke från patienten bör införas för det nya ändamålet expediering

¹² Se Integritetsskyddsmyndighetens yttrande, DI-2021-264.

¹³ Prop. 2017/18:171 s. 87. Där regeringen också gör en jämförelse med slutet av skäl 42.

av läkemedel i ett annat EES-land. Att införa ett integritetshöjande samtycke ligger även i linje med principen om uppgiftsminimering i artikel 5 i dataskyddsförordningen som innebär att fler personuppgifter inte får behandlas än de som behövs och uppgifterna ska ha en tydlig koppling till ändamålet med behandlingen. Som framgår ovan är ett integritetshöjande samtycke en tillåten precisering enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen.

8.2.7 Direktåtkomst till den nationella läkemedelslistan

Utredningens bedömning: Den utländska kontaktpunkten och expedierande personal på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land har inte direktåtkomst till uppgifterna i den nationella läkemedelslistan.

Elektroniska former för att lämna ut personuppgifter

Personuppgifter kan elektroniskt lämnas ut på olika sätt, t.ex. genom e-post, filöverföring från ett datorsystem till ett annat eller genom att någon har direkt tillgång till uppgifterna. Oavsett form för att lämna ut personuppgifter utgör det en behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningens mening. Det innebär att skyddet för fysiska personer ska vara detsamma, oberoende av vilken teknik som används och den personuppgiftsansvarige har att vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa detta.

Elektroniskt utlämnande av personuppgifter från en myndighet kan ske i form av direktåtkomst eller utlämnande på medium för automatiserad behandling. Det är i dagsläget inte helt klarlagt vad som skiljer de olika formerna för utlämnande åt och det saknas legaldefinition för begreppen. Anledningen till att reglera formen för att lämna ut personuppgifter är att den elektroniska formen kan medföra risker för otillbörliga integritetsintrång.

Direktåtkomst

En allmän uppfattning är att direktåtkomst föreligger om den som använder registret på egen hand kan söka i det och få svar på frågor, dock utan att själv kunna bearbeta eller på annat sätt påverka innehållet och att uppgifterna i registret lämnas ut utan att den ansvarige myndigheten i det enskilda fallet har kontroll över vilka uppgifter som lämnas ut.¹⁴ I förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista anges att med direktåtkomst avses att någon själv kan söka och hämta hem uppgifter utan att kunna påverka innehållet.¹⁵

Vid direktåtkomst anses de uppgifter som omfattas av åtkomsten och som finns potentiellt tillgängliga för andra vara utlämnade i tryckfrihetsförordningens mening redan när tillgång medges till uppgifterna.¹⁶ Någon sekretessprövning i det enskilda fallet görs således inte innan uppgifterna lämnas ut. Bestämmelser om direktåtkomst har inte i sig en sekretessbrytande effekt, utan måste kombineras med särskilda sekretessbrytande bestämmelser för det fall att uppgifterna omfattas av sekretess.

Utlämnande på medium för automatiserad behandling

Ett elektroniskt utlämnande som inte sker genom direktåtkomst anses i princip göras genom medium för automatiserad behandling. Med begreppet utlämnande på medium för automatiserad behandling avses vanligen ett överlämnande av elektroniskt lagrade uppgifter via något slags medium för lagring eller överföring t.ex. mellan två myndigheters datasystem. Sådant utlämnande innebär att den utlämnande myndigheten i varje enskilt fall tar ställning till om och vilka uppgifter som kan lämnas ut. En eventuell sekretessprövning kan därmed ske i samband med utlämnandet i det enskilda fallet.¹⁷ Den tekniska utvecklingen har lett till att skillnaderna mellan direktåtkomst och annat uppgiftslämnande på automatiserad väg blivit så små att det kan vara svårt att dra en gräns.

Denna gränsdragning har belysts av Högsta förvaltningsdomstolen i det s.k. LEFI Online-målet (HFD 2015 ref. 61). Försäkringskassan hade gett handläggare hos socialnämnder tillgång till uppgifter ur

¹⁴ Se t.ex. prop. 2002/03:135 s. 88, prop. 2011/12:45 s. 133 och prop. 2014/15:63 s. 95.

¹⁵ Prop. 2017/18:223 s. 234.

¹⁶ Prop. 2007/08:126 s. 120 ff.

¹⁷ Prop. 2011/12:45 s. 132.

Försäkringskassans databas LEFI Online. Informationsutbytet skedde genom en fråga-svarsfunktion. Frågan i målet var om socialnämndernas åtkomst till uppgifterna var att anse som direktåtkomst i socialförsäkringsbalkens mening, vilket i sådana fall ställde krav på vissa begränsningar när det gällde vilka uppgifter handläggarna fick ta del av, eller om det i stället var fråga om utlämnande på medium för automatiserad behandling. Högsta förvaltningsdomstolen tog utgångspunkt i tryckfrihetsförordningens (TF) bestämmelser om allmänna handlingar. Av den tidigare lydelsen av 2 kap. 3 § andra stycket TF (nu 2 kap. 6 § första stycket TF) framgår att en upptagning anses förvarad hos myndighet, om upptagningen är tillgänglig för myndigheten med tekniskt hjälpmedel som myndigheten själv utnyttjar för överföring i sådan form att den kan läsas, avlyssnas eller uppfattas på annat sätt. De allmänna handlingar hos en myndighet som en annan myndighet får tillgång till genom direktåtkomst utgör allmänna handlingar även hos denna myndighet.¹⁸ Domstolen ansåg att den avgränsning som på detta sätt görs av begreppet direktåtkomst även kunde användas för att bestämma innehållet i begreppet direktåtkomst enligt socialförsäkringsbalkens mening. Domstolen ansåg alltså att avgörande var om upptagningen kunde anses förvarad hos socialnämnderna i TF:s mening. Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att socialnämnderna inte på egen hand kunde söka information i databasen utan ett utlämnande genom LEFI Online förutsatte att Försäkringskassan reagerade på en begäran om att de efterfrågade uppgifterna skulle lämnas ut. Försäkringskassan ansågs därmed enligt domstolen förfoga över frågan om och i så fall vilka uppgifter som skulle lämnas ut. Någon sådan teknisk tillgång till upptagningar som avses i 2 kap. 3 § andra stycket TF kan socialnämnderna inte anses ha, vilket medförde att förfarandet inte var att betrakta som direktåtkomst.

Vägledning från eSam

Med utgångspunkt i Informationshanteringsutredningens slutbetänkande *Myndighetsdatalag*, SOU 2015:39, och Högsta förvaltningsdomstolens dom i LEFI Online-målet har eSamverkansprogrammet (eSam) tagit fram en vägledning för elektroniskt informationsutbyte.¹⁹

¹⁸ Prop. 2002/03:135 s. 90.

¹⁹ eSam, *Elektroniskt informationsutbyte-en vägledning för utlämnande i elektronisk form*, maj 2016.

I vägledningen ställer eSam upp vissa byggstenar som bör ingå i en tjänst för automatiserat informationsutbyte för att det ska anses utgöra utlämnande på medium för automatiserad behandling, och inte direktåtkomst. Enligt eSam kan de led som aktualiseras i en tjänst för automatiserat informationsutbyte som inte avses utgöra direktåtkomst beskrivas så att det behöver finnas

- en legitimeringsdel där den utlämnande myndigheten gör en autentisering och behörighetskontroll,
- en hanteringsdel där kontroller görs av att begäran är utformad på ett korrekt sätt och där uppgifterna samlas in, samt
- en prövningsdel där myndigheten avgör om de begärda uppgifterna kan lämnas ut.

För eSams modell krävs följande grundförutsättningar. Systemet måste vara en fråga-svarstjänst som myndigheten själv förfogar över och till vilken en myndighet kan skicka en begäran elektroniskt. Det ska på förhand vara bestämt vilka frågor som ska kunna ställas till tjänsten och vilka uppgifter som ska kunna lämnas ut till följd av en viss begäran. Uppgifterna ska dessutom ha avgränsats så att det går att genomföra en automatiserad prövning. Den utlämnande myndighetens förfoganderätt omfattar dels beslut om att ta tjänsten i drift och eventuella beslut om att ändra i tjänsten, dels de kontroller och prövningar som automatiserat ska göras av varje enskild begäran om uppgifter och som mottagande myndighet inte ska kunna styra eller kringgå.

Enligt eSam framgår det inte av LEFI Online-målet hur de olika byggstenarna ska utformas rent tekniskt. Det anges endast att ett utlämnande genom tjänsten förutsätter att myndigheten reagerar på en begäran om de efterfrågade uppgifterna innan något lämnas ut, och att myndigheten därigenom får anses förfoga över frågan om och i så fall vilka uppgifter som ska lämnas ut.

Utredningens bedömning

Som E-hälsomyndigheten skriver i sin rapport²⁰ avser Högsta förvaltningsdomstolens dom förhållandet att både utlämnande och mottagande part är svenska myndigheter. Betydelsen av mottagarens

²⁰ E-hälsomyndighetens rapport, *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS).

organisationsform och därmed tillämpligheten av bestämmelserna i TF har inte diskuterats i förarbetena till den nationella läkemedelslistan. Regeringen uttalade i förarbetena till den nationella läkemedelslistan att Högsta förvaltningsdomstolens dom kan tolkas så att den tekniska utformningen av en myndighets system för utlämnande av uppgifter kan bli avgörande för om utlämnandet ska anses som direktåtkomst eller annat utlämnande på medium för automatiserad behandling.²¹ Vidare ansåg regeringen att den föreslagna lagen om nationell läkemedelslista bör vara så teknikneutral och så flexibel som möjligt så att den inte behöver förändras i takt med den tekniska utvecklingen eller till följd av förändringar av myndighetens behov av att behandla personuppgifter. Regeringen ansåg därför att lagen om nationell läkemedelslista bör innehålla bestämmelser om direktåtkomst för det fall att den tekniska lösningen för den nationella läkemedelslistan skulle komma att utformas på ett sådant sätt att det är att ses som direktåtkomst.²²

I likhet med förarbetsuttalandena till lagen om nationell läkemedelslista är det enligt utredningens bedömning rimligt att tolka begreppet direktåtkomst utifrån den tekniska lösningen, oberoende av mottagarens organisationsform eller nationalitet. Som E-hälsomyndigheten skriver i sin rapport kan det inte uteslutas att det haft betydelse för utgången i målet att mottagarna var svenska myndigheter. Datainspektionen (numera Integritetsskyddsmyndigheten) har påpekat att Högsta förvaltningsdomstolen endast tagit ställning till frågan om direktåtkomst utifrån de speciella förutsättningar som förelåg i det aktuella målet.²³

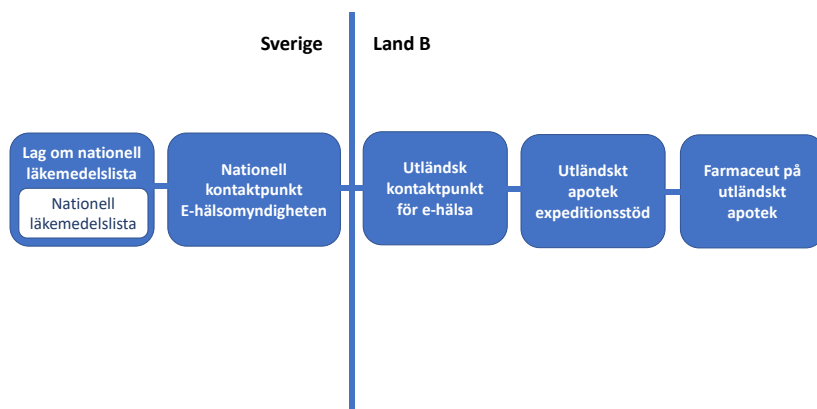
Utredningen anser att begreppet direktåtkomst bör tolkas utifrån den tekniska lösningen och därmed att en jämförelse med Högsta förvaltningsdomstolens uttalanden i domen bör kunna göras i förhållandet till tjänsten e-recept över landsgränser.

²¹ Prop. 2017/18:223 s. 143.

²² Prop. 2017/18:223 s. 144.

²³ Datainspektionens yttrande 2017-03-17 i dnr 253-2017.

Figur 8.1 Översikt av informationsöverföringen



Tjänsten e-recept över landsgränser och eSams krav

I kapitel 5 redogör utredningen för hur informationsöverföringen i tjänsten e-recept över landsgränser kommer att fungera. Informationsöverföringen är uppbyggd som en fråga-svarstjänst där överföringen av information endast sker mellan de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa. De frågor och svar som skickas i tjänsten är fördefinierade och är gemensamma för samtliga nationella kontaktpunkter för e-hälsa som är anslutna till systemet. Frågorna kan endast ställas i en särskild ordning och om inte frågan ställs på rätt sätt kommer ett felmeddelande att returneras till den begärande nationella kontaktpunkten. Varje enskild fråga som ställs till den nationella kontaktpunkten hanteras och prövas separat och beaktar inte tidigare ställda frågor eller kontrollerade behörigheter. Varje fråga betraktas som en unik begäran.

Vilken information som lämnas ut är avgränsad till specifika uppgifter i enlighet med det regelverk som framtagits av nätverket för e-hälsa. Den utländska kontaktpunkten för e-hälsa kan inte få ytterligare uppgifter utöver de som fastställts av nätverket. En automatiserad prövning i varje enskilt fall görs innan uppgifterna lämnas ut. E-hälsomyndigheten har som nationell kontaktpunkt för e-hälsa kontroll över vilken information som tillgängliggörs för den utländska nationella kontaktpunkten för e-hälsa och när informationen blir känd för den.

Vad gäller det apotek i ett annat EES-land som ska expediera det svenska e-receptet loggar farmaceuten in i systemet mot den utländska kontaktpunkten för e-hälsa genom s.k. tvåfaktorsautentisering. Sedan kontaktar den utländska nationella kontaktpunkten E-hälsomyndigheten som i sin tur hämtar och översätter de efterfrågade uppgifterna från den nationella läkemedelslistan. Den utländska kontaktpunkten för e-hälsa får inte tillgång till något annat än den efterfrågade informationen för vidarebefordran till det aktuella apoteket i utlandet. Apoteket får i sin tur bara tillgång till den efterfrågade informationen och har ingen möjlighet att själv kunna söka fritt i den nationella läkemedelslistan eller att direkt logga in mot E-hälsomyndigheten.

Även om skillnaderna mellan direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling är små och gränsdragningen svår anser utredningen att åtkomsten till den nationella läkemedelslistan bör kunna betraktas som ett utlämnande på medium för automatiserad behandling. E-hälsomyndigheten har vid en jämförelse med de kriterier som eSam ställer upp, kommit fram till att tjänsten tekniskt sett uppfyller de byggstenar som krävs för att utlämnandet ska kunna betraktas som ett sådant utlämnande. E-hälsomyndighetens jämförelse utgick från ett verksamhetsmässigt perspektiv, och inte ett juridiskt perspektiv. I den slutliga rapporten anförde dock E-hälsomyndigheten att oavsett hur utländsk apotekspersonals åtkomst ska betraktas var myndighetens uppfattning att en bestämelse om direktåtkomst bör införas. Skälet för detta var bl.a. att expedierande personal på utländskt apotek har samma behov av information som sådan personal på svenska öppenvårdsapotek och att regleringen därför bör vara densamma.²⁴

Slutsats

Enligt utredningens bedömning får expedierande personal på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land tillgång till i stort samma uppgifter som personal på öppenvårdsapotek i Sverige även om tillgången till informationen inte sker genom direktåtkomst. Den information som överförs mellan de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa har av nätverket för e-hälsa bedömts tillräcklig för att åstad-

²⁴ E-hälsomyndigheten, *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/ FS), s. 60 f.

komma en patientsäker expediering. Utredningen är därför av den uppfattningen att expedierande personals behov av information tillgodoses lika bra utan möjligheten till direktåtkomst.

Utredningen finner det heller inte motiverat att ta höjd för direktåtkomst för utländsk expedierande personal till den nationella läkemedelslistan på samma sätt som regeringen gjort vad gäller expedierande personal i Sverige. Utredningen finner inte att det på samma sätt som för den nationella läkemedelslistan finns skäl att ha en reglering av utländsk expedierande personals direktåtkomst för att lagen ska vara teknikneutral och flexibel så att en teknisk lösning som innebär direktåtkomst ska kunna användas. Främsta skälet härtill är dels att tjänsten som den är utformad i dag enligt utredningens bedömning inte uppfyller förutsättningarna för direktåtkomst, dels att det inte heller är önskvärt att ha en sådan lösning. En sådan utveckling framstår heller inte som sannolik. Sverige deltar aktivt i arbetet med att utforma tjänsten och kan bevaka utvecklingen. Till skillnad från när en svensk farmaceut får tillgång till den nationella läkemedelslistan kommer informationsöverföringen att gå via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa som väljer vilka uppgifter som ska skickas och översätter dem till engelska, mottagande kontaktpunkt översätter till sitt språk. Den utländska farmaceuten har inte någon tillgång till den nationella läkemedelslistan. Utlämnandet bör i stället anses göras till de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa.

Sammanfattningsvis anser utredningen att mycket talar för att varken åtkomsten för expedierande personal på utländskt apotek eller den utländska kontaktpunkten för e-hälsa är att betrakta som direktåtkomst. Utredningen anser därför att det inte bör införas någon bestämmelse om direktåtkomst för expedierande personal på utländskt apotek eller för utländsk kontaktpunkt för e-hälsa i den nationella läkemedelslistan.

8.2.8 Uppgiftsskyldighet till utländsk kontaktpunkt

Utredningens förslag: En bestämmelse om uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa ska införas.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag.

För att ett svenskt e-recept ska kunna expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land krävs att apoteket får tillgång till de uppgifter som behövs för att kunna genomföra expedieringen.

I OSL finns bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och förbud att lämna ut allmänna handlingar. Enligt 25 kap. 17 a § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Enligt 8 kap. 1 § OSL får uppgift för vilken sekretess gäller enligt OSL inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till. Det förekommer situationer när andra myndigheters eller enskildas intresse av att ta del av en sekretessbelagd uppgift väger tyngre än det intresse sekretessen ska skydda. Det finns därför bestämmelser i OSL som innebär att sekretess under vissa förutsättningar inte hindrar att sekretessbelagda uppgifter lämnas till myndigheter eller enskilda. Sådana bestämmelser kallas för sekretessbrytande bestämmelser. En sådan sekretessbrytande bestämmelse finns i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att sekretessen i 25 kap. 17 a och 17 b §§ inte hindrar att E-hälsomyndigheten lämnar ut uppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan sådan behörighet, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården eller till expedierande personal på öppenvårdsapotek. För att E-hälsomyndigheten ska kunna lämna ut uppgifter från den nationella läkemedelslistan för expediering av e-recept i ett annat EES-land behöver en sekretessbrytande bestämmelse införas.

För att E-hälsomyndigheten inte ska behöva göra en sekretessprövning i varje enskilt fall behöver dessutom en bestämmelse om

uppgiftsskyldighet införs i lagen om nationell läkemedelslista. I förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista har regeringen funnit att bestämmelser om uppgiftsskyldighet bör införas i lagen.²⁵ Motvarande bestämmelser i lagen om receptregister motiverades med att det inte skulle råda något tvivel om att uppgiftslämnandet inte är obehörigt men också för att tydliggöra att det är fråga om ett åliggande för dåvarande Apotekens Service AB (numera E-hälsomyndigheten).²⁶ Utredningen delar den bedömningen som gjorts i tidigare lagstiftningsärenden att en bestämmelse bör införas om uppgiftsskyldighet för att tydliggöra att utlämnandet av uppgifterna till en utländsk nationell kontaktpunkt för e-hälsa är ett åliggande för E-hälsomyndigheten och att det är behörigt.

För att uppgiftsskyldigheten till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa ska kunna bryta sekretessen måste ett tillägg göras i den sekretessbrytande bestämmelsen i 25 kap. 17 c § OSL som även omfattar utlämnande till utländsk nationell kontaktpunkt för e-hälsa, se vidare avsnitt 10. 6.

De uppgifter som skyldigheten omfattar avser bl.a. patienten, patientens läkemedelsbehandling och förskrivet läkemedel, se vidare avsnitt 5.4.2.

Den rättsliga grunden för behandlingen

Den uppgiftsskyldighet som utredningen föreslår innebär att E-hälsomyndigheten har en skyldighet att lämna ut uppgifter till den utländska nationella kontaktpunkten för e-hälsa. En uppgiftsskyldighet innebär i sig en sådan rättslig förpliktelse som avses i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Den rättsliga förpliktelsen är enligt förslaget fastställd i lagen om nationell läkemedelslista. Syftet med uppgiftsskyldigheten är att möjliggöra expediering av e-recept i ett annat EES-land, vilket också kommer att framgå av lagen om nationell läkemedelslista (jfr artikel 6.3 i dataskyddsförordningen).

Den författning eller det beslut som utgör den rättsliga grunden för behandling av personuppgifter enligt artikel 6.1 c måste enligt artikel 6.3 andra stycket sista meningen i dataskyddsförordningen också uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot

²⁵ Prop. 2017/18:223 s. 168.

²⁶ Prop. 2008/09:145 s. 316.

det legitima mål som eftersträvas. I kapitel 11 gör utredningen bedömningen att förslagen uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionella mot det legitima mål som eftersträvas. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs närmare i kapitel 11.

8.3 Behov av nya uppgifter i lagen om nationell läkemedelslista

Lagen om nationell läkemedelslista är en sammanslagning av lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. I förarbetena har regeringen uttalat att det nya registret i allt väsentligt ska innehålla samma uppgifter som finns i receptregistret och läkemedelsförteckningen. Det innebär att uppgifter som fram till den 1 maj 2021 fick registreras enligt lagen om receptregister och lagen om läkemedelsförteckning, och som behövs för att förskrivning och expediering av läkemedel och andra varor kan ske på ett patientsäkert sätt, även får registreras i den nationella läkemedelslistan.²⁷

Lagen om nationell läkemedelslista får, i den utsträckning det behövs för ändamålen enligt 3 kap 2–5 §§, innehålla uppgifter om bl.a. förskrivarens namn, yrke, arbetsplats etc. (3 kap. 8 § 3) och expedierande apotek och expedierande farmaceut (3 kap. 8 § 6). Lagstiftaren har därmed bedömt i tidigare lagstiftningsärenden att uppgifter om förskrivare, expedierande farmaceut och expedierande apotek behövs för de ändamål för vilka uppgifterna behandlas. Av förarbetena till den nationella läkemedelslistan framgår att med begreppen ”förskrivare”, ”öppenvårdsapotek” och ”farmaceut” avses endast förskrivare och farmaceut med svensk legitimation och öppenvårdsapotek med svenskt tillstånd.²⁸ Uppgifter om utländska apotek, farmaceuter och förskrivare behöriga i annat EES-land omfattas således inte uttryckligen av de uppgifter som får registreras i den nationella läkemedelslistan i dag, enligt utredningens bedömning.

När ett svenskt e-recept expedieras i ett annat EES-land ska uttaget rapporteras tillbaka till E-hälsomyndigheten som nationell kontaktpunkt för e-hälsa i enlighet med nätverket för e-hälsas krav. Det som ska återrapporteras framgår av nätverkets krav, vilket är

²⁷ Prop. 2017/18:223 s. 106.

²⁸ Prop. 2017/18:223 s. 217 f.

bl.a. uppgifter om patientens namn och födelsedatum, farmaceutens namn, identifiering och yrke samt identifiering av apoteket samt kontaktuppgifter till expedierande apotek. Vidare återrapporteras bl.a. recept-id, namn och beskrivning av expedierat läkemedel, expedierad mängd samt om utbyte av läkemedel har gjorts. Syftet med återrapporteringen är bl.a. att den nationella läkemedelslistan ska kunna uppdateras med uppgifterna om uttaget, t.ex. vilket läkemedel som expedierats och vilken mängd. Det behövs bl.a. för avräkning från antalet möjliga uttag och för att kunna veta vilket läkemedel som faktiskt expedierats.

Utredningen föreslår att ett nytt ändamål förs in i lagen om nationell läkemedelslista som gör det möjligt för E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifter för expediering av läkemedel på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land, se avsnitt 8.2.3. Det innefattar också att ta emot de uppgifter som vid expedieringen ska återrapporteras från expedierande personal via kontaktpunkten i det andra EES-landet. Utredningen anser att mycket talar för att samma personuppgifter som behöver registreras för de e-recept som expedieras i Sverige också bör få registreras när ett sådant recept expedieras i ett annat EES-land för att säkerställa att processen är lika effektiv och patientsäker som om receptet hade expedierats i Sverige.

Med uppgift om utländsk förskrivare avses uppgift om förskrivarens namn och yrke. Med uppgifter om expedierande personal och apotek avses uppgift om farmaceutens namn, identifiering och yrke, samt identifiering av apoteket, kontaktuppgifter till expedierande apotek samt apotekets namn.

8.3.1 Uppgift om expedierande personal, apotek och förskrivare från ett annat EES-land

Utredningens förslag: Uppgift om expedierande personal och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land och uppgift om behörig förskrivare i ett annat EES-land ska få registreras i lagen om nationell läkemedelslista.

Utredningens bedömning: Det finns ett behov av dessa uppgifter för att processen ska vara lika effektiv och patientsäker som den nationella processen.

Behov av uppgift om expedierande personal och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land

Förskrivarnas och öppenvårdsapotekens behov av uppgifter

I dag har expedierande personal på öppenvårdsapoteken rätt att ta del av alla uppgifter i den nationella läkemedelslistan utan patientens samtycke, förutom ordinationsorsak, för ändamålet expediering av läkemedel och andra varor (5 kap. 1 §). Med patientens samtycke får expedierande personal ta del av alla uppgifter i registret, förutom ordinationsorsak, för ändamålet underlättande av en patients läkemedelsanvändning (5 kap. 2 §). Även hälso- och sjukvårdspersonalen får med patientens samtycke ta del av uppgifter i registret. Hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor får ges direktåtkomst till uppgifter i registret för ändamålen som räknas upp i 3 kap. 4 § lagen om nationell läkemedelslista, dvs. för åstadkommande av en säker ordination av läkemedel och andra varor för en patient, beredande av vård eller behandling av en patient eller komplettering av en patientjournal. Sjuksköterska utan behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, dietist och farmaceut i hälso- och sjukvården får ges direktåtkomst till uppgifter för ändamålen som räknas upp i 3 kap. 4 § 2 och 3, dvs. beredande av vård eller behandling av en patient eller komplettering av en patientjournal. Vidare får hälso- och sjukvårdspersonal ges direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan om det är nödvändigt för att en patient ska kunna få den vård eller behandling som han eller hon oundgängligen behöver och patienten inte kan lämna sitt samtycke (5 kap. 5 §).

Uppgift om expedierande farmaceut och expedierande apotek är således uppgifter som förskrivare och öppenvårdsapotek kan få tillgång till i dag under olika förutsättningar och som lagstiftaren bedömt vara nödvändiga uppgifter att ha med i den nationella läkemedelslistan. Enligt utredningens bedömning bör sådana uppgifter ytterst syfta till att stärka patientsäkerheten. Utredningen anser att sådana uppgifter kan behövas för att både hälso- och sjukvårdspersonal och expedierande personal ska kunna kontakta apoteket vid frågetecken om en tidigare expediering. I detta sammanhang kan nämnas att det följer av 8 kap. 11 § receptföreskrifterna att en farmaceut ska göra en bedömning av om expedieringen är lämplig med hänsyn till den som receptet avser och dennes behov. Vid expedier-

ing av ett recept avseende läkemedel och teknisk sprit för behandling av människa ska vid bedömningen enligt första stycket även patientens samtliga recept i elektronisk form samt information om expedierade läkemedel beaktas. Då kan behov av uppgift om var expedieringen har gjorts inte uteslutas, enligt utredningens bedömning.

Utredningens bedömning är att motsvarande skäl gör sig gällande när ett svenskt e-recept expedieras i ett annat EES-land, dvs. att det finns ett behov av patientsäkerhetsskäl att ha tillgång till uppgift om expedierande personal och apotek, även om dessa finns i ett annat land. I utredningens kommittédirektiv understryks också särskilt vikten av att hälso- och sjukvården och öppenvårdsapoteken behöver ha en så komplett bild som möjligt av förskrivna och expedierade läkemedel för att kunna ge en patientsäker och ändamålsenlig vård. Att få med e-recept som expedieras i andra EES-länder i den nationella läkemedelslistan ger förskrivare och expedierande personal ett mer fullständigt beslutsunderlag i mötet med patienten. Uppgifter om apotek och farmaceut i annat EES-land ger farmaceuten på ett svenskt apotek information bl.a. om att det är en utlandsexpediering.

Utredningen kan inte utesluta att det kan finnas ett behov även för att uppfylla ovannämnda kontroll i 8 kap. 11 § receptföreskrifterna samt ett behov för expedierande personal på svenska öppenvårdsapotek att komma i kontakt med expedierande personal på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Detta talar också för att det finns behov av uppgift om expedierande farmaceut och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land i den nationella läkemedelslistan.

Övriga aktörers behov

Vad gäller övriga aktörer är utredningens bedömning, efter en genomgång av vilka uppgifter som aktörerna får från den nationella läkemedelslistan, att de som i dag inte får uppgift om expedierande farmaceut och apotek vad gäller svenska e-recept som expedieras i Sverige inte heller har behov av dessa uppgifter vad gäller svenska e-recept som expedieras i ett annat EES-land. Något annat behov av dessa uppgifter har heller inte framkommit. Vad gäller de aktörer som i dag får uppgift om expedierande farmaceut och apotek avseende de svenska e-recepten som expedieras i Sverige, som t.ex. Läke-

medelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) är utredningen av den bedömningen att något motsvarande behov inte finns vad gäller svenska e-recept som expedieras i ett annat EES-land. Läkemedelsverket har varken tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten på ett utländskt apotek eller motsvarande eller över vilka uppgifter som en utländsk farmaceut lämnar vid expediering av en förskrivning (jfr 3 kap. 5 § 8 och 6 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista). TLV:s tillsyn enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. gäller bara expediering av svenska e-recept på öppenvårdsapotek i Sverige. Något annat behov av dessa uppgifter har heller inte framkommit.

E-hälsomyndigheten har behov av uppgift om expedierande farmaceut och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land för det nya föreslagna ändamålet i lagen om nationell läkemedelslista. Uppgifterna behövs för spårbarhet och möjligheten att göra felsökningar.

Behov av uppgift om förskrivare behörig i ett annat EES-land

E-hälsomyndighetens behov

Lagen om nationell läkemedelslista ska innehålla uppgifter om förskrivna och expedierade läkemedel och andra varor för människor (1 kap. 1 §). Det framgår inte uttryckligen att förskrivningen eller expedieringen ska ske i Sverige, men en rimlig tolkning är att registret omfattar dels de e-recept som förskrivs i Sverige, dels alla expedieringar som sker på svenska öppenvårdsapotek. Vad gäller expedierade läkemedel framgår det inte att uppgifter om expedierade läkemedel måste vara kopplade till en förskrivning som finns registrerad i den nationella läkemedelslistan sedan tidigare. Det kan finnas ett behov av att registrera uppgifter om en expediering av ett recept i Sverige, även om själva receptet inte finns i den nationella läkemedelslistan från början, t.ex. för statistikändamål. Det sker i dag för bl.a. vissa pappersrecept, både svenska och utländska. För att dokumentera expedieringen kommer expedierande personal att behöva registrera uppgifter om själva expedieringen i expeditionssystemet bl.a. uppgiften om utländsk förskrivare. Uppgiften kommer att lagras i den nationella läkemedelslistan på ett sätt som motsvarar andra expedieringar där själva receptet inte finns i den nationella läkemedelslistan. E-hälsomyndigheten har därför behov av att uppgift om ut-

ländsk förskrivare registreras i den nationella läkemedelslistan för statistikändamål och av spårbarhets- och uppföljningsskäl samt av patientsäkerhetsskäl för både E-hälsomyndigheten och mottagare av informationen.

Övriga aktörers behov

Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har uppgett till utredningen att myndigheterna har behov av uppgift om förskrivare behörig i ett annat EES-land. Läkemedelsverket får i dag uppgift om förskrivare från lagen om nationell läkemedelslista för ändamålet tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten och uppgiftslämnande vid en expediering av en förskrivning (3 kap. 5 § 8). Läkemedelsverket ska bl.a. kunna verifiera att uppgifterna som lämnas från enskilda apotek överensstämmer med de som har rapporterats till E-hälsomyndigheten.²⁹ I förarbetena har det bl.a. ansetts finnas ett sådant behov, t.ex. i samband med tillsyn av ett visst öppenvårdsapotek när Läkemedelsverket misstänker att apoteket har förfalskat recept.³⁰ Vidare har det ansetts finnas ett behov av att E-hälsomyndigheten lämnar uppgifter till Läkemedelsverket för tillsyn av öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet.³¹ Detta behov kan tillgodoses främst genom utredningens förslag till ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept inom EES, se avsnitt 9.7 och 9.11.3. Även Socialstyrelsen får i dag uppgift om förskrivare för ändamålet epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik etc. (3 kap. 5 § 5). Utredningens bedömning är att Socialstyrelsen kan antas ha ett motsvarande behov av uppgifter om utländska förskrivare när ett utländskt e-recept expedieras i Sverige.

Sammanfattande bedömning av behovet av uppgifter

Utredningens slutsats är att det finns behov av att inkludera uppgift om farmaceut och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land i den nationella läkemedelslistan för öppenvårdsapotekens, hälso- och sjukvårdspersonalens och E-hälsomyndighetens behov. Uppgifterna

²⁹ Prop. 2017/18:157 s. 166.

³⁰ Prop. 2017/18:223 s. 171 f.

³¹ Se vidare t.ex. prop. 2008/09:145 s. 314 och prop. 2013/14:93 s. 120.

är nödvändiga för ändamålen som rör öppenvårdsapoteken i 3 kap. 3 §, ändamålen som rör hälso- och sjukvårdspersonal i 3 kap. 4 § och det nya ändamålet som rör expediering på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land i 3 kap. 3 a § lagen om nationell läkemedelslista. Det finns också behov av att inkludera uppgift om utländsk förskrivare för E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens behov. Uppgiften är nödvändig för ändamålet framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten i 3 kap. 5 § 3 och för ändamålet epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik etc. i 3 kap. 5 § 5.

8.3.2 Förutsättningar enligt dataskyddsförordningen

Behandling av personuppgifter får enligt artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen endast ske för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Ändamålen ska vara specifika, konkreta, och tydligt formulerade. Utredningen har i tidigare kapitel redogjort för att det krävs en laglig grund för att personuppgifter ska få behandlas enligt dataskyddsförordningen. I lagen om nationell läkemedelslista har E-hälsomyndigheten stöd för att behandla personuppgifter för ändamålen i 3 kap. 3 och 4 §§ som rör öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter för expediering och underlättande av en patients läkemedelsanvändning och som rör hälso- och sjukvården samt ändamålen i 3 kap. 5 § 3 och 5 som rör E-hälsomyndighetens statistik och Socialstyrelsens epidemiologiska undersökningar etc. Utredningen föreslår vidare ett nytt ändamål i lagen om nationell läkemedelslista som rör expediering av läkemedel på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land (3 kap. 3 a §). De ovan uppräknade befintliga ändamålen och utredningens förslag till nytt ändamål har sin rättsliga grund i artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen, dvs. rättslig förpliktelse och uppgift av allmänt intresse.

Att uppgifterna får registreras i den nationella läkemedelslistan innebär i sig ett intrång i den personliga integriteten. Uppgifterna kommer därmed att bli tillgängliga för en större krets än tidigare. Behovet av att registrera uppgifterna behöver därför vägas mot de risker för den personliga integriteten som registreringen av uppgifterna medför. Uppgift om utländsk förskrivare och uppgifter om expedierande personal och expedierande apotek från ett annat EES-land är inte känsliga personuppgifter. De uppgifter det rör sig om är

uppgift om förskrivarens namn, yrke, farmaceutens namn, identifiering av farmaceuten och yrke, identifiering för apoteket och kontaktuppgifter till expedierande apotek samt apotekets namn. Uppgifterna behövs bl.a. för att göra det möjligt att vid behov identifiera och kontakta personen i dess yrkesroll och för att kunna ha den spårbarhet som krävs. Det finns därför av patientsäkerhetsskäl ett behov av att registrera uppgifterna i den nationella läkemedelslistan. Motvarande uppgifter om förskrivare behörig i Sverige, svensk expedierande personal och expedierande apotek får redan registreras i den nationella läkemedelslistan. Enligt utredningens bedömning anses uppgifterna vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas, jfr artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen.

Uppgifterna kommer att omfattas av de säkerhetsåtgärder som följer av lagen om nationell läkemedelslista vad gäller bl.a. behörighets- och åtkomstkontroller. Vidare innehåller lagen även bestämmelser om bevarandetid för de uppgifter som behandlas i registret (3 kap. 10 §). Av bestämmelsen följer att uppgifterna ska tas bort från den nationella läkemedelslistan senast fem år efter det att den förskrivning som uppgifterna hör till registrerades. Personuppgifter som inte kan hänföras till en förskrivning ska tas bort senast fem år efter det att uppgifterna registrerades. Utredningen finner inte skäl att göra en annan bedömning än vad regeringen gjorde i förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista vad gäller bevarandetidens längd på uppgifterna i den nationella läkemedelslistan.³²

Alternativet är att uppgifterna inte registreras och konsekvenserna av det är att det blir svårare att få kontakt med den som utfört expedieringen och svårare att genomföra felsökning och ha den spårbarhet som krävs. Det kan i sin tur medföra patientsäkerhetsrisker och informationssäkerhetsrisker, t.ex. om det inte går att följa upp expedieringen vid behov eller att felsöka. Utredningen ska enligt sitt direktiv föreslå en process som är lika effektiv och patientsäker som den nationella. Tillgången till nämnda uppgifter är enligt utredningens bedömning en sådan förutsättning för att uppnå en sådan process.

Utredningens bedömning är sammanfattningsvis att behovet av att inkludera uppgifterna i den nationella läkemedelslistan överväger de integritetsrisker som behandlingen medför. Utredningen anser

³² Prop. 2017/18:223 s. 118 ff.

således att förslaget är förenligt med dataskyddsförordningens bestämmelser.

Personuppgiftsbehandlingen är förenlig med regeringsformen

Utredningen föreslår att uppgift om utländsk förskrivare och uppgifter om expedierande personal och expedierande apotek från ett annat EES-land ska få registreras i den nationella läkemedelslistan. Uppgifterna avser namn och kontaktuppgifter och gör det möjligt att vid behov identifiera och kontakta personen i dess yrkesroll samt att kunna ha den spårbarhet som krävs för bl.a. patientsäkerhetsskäl. Uppgifterna utgör inte känsliga personuppgifter. Potentiellt kan det röra sig om uppgifter om ett stort antal människor. Registreringen kommer att ske utan samtycke. Enligt utredningens bedömning innebär behandlingen av personuppgifterna varken någon kartläggning eller övervakning eller ett sådant betydande integritetsintrång som avses i 2 kap. 6 § andra stycket RF.

8.4 Inget behov av en ny sekretessbrytande bestämmelse

Utredningens bedömning: Något behov av att ändra reglerna om offentlighet och sekretess finns inte med anledning av utredningens förslag att inkludera uppgift om utländsk förskrivare, expedierande personal och apotek eller motsvarande från ett annat EES-land i den nationella läkemedelslistan.

I OSL finns bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och förbud att lämna ut allmänna handlingar. Enligt 25 kap. 17 a § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Enligt 25 kap. 17 b § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds affärs- eller driftsförhållanden, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.

Enligt 8 kap. 1 § OSL får uppgift för vilken sekretess gäller enligt OSL inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till. Det förekommer situationer när andra myndigheters eller enskildas intresse av att ta del av en sekretessbelagd uppgift väger tyngre än det intresse sekretessen ska skydda. Det finns därför bestämmelser i OSL som innebär att sekretess under vissa förutsättningar inte hindrar att sekretessbelagda uppgifter lämnas till myndigheter eller enskilda. Sådana bestämmelser kallas för sekretessbrytande bestämmelser. En sådan bestämmelse finns i 10 kap. 28 § OSL som gäller utlämnande till andra myndigheter och innebär att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I lagen om nationell läkemedelslista finns sådan uppgiftsskyldighet som avses i 10 kap. 28 § OSL för E-hälsomyndigheten gentemot bl.a. regionerna, förskrivarna (ej privata), Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, TLV och Läkemedelsverket.

Någon motsvarande bestämmelse finns inte för aktörer som inte är eller jämställs med myndigheter. Det har därför införts sekretessbrytande bestämmelser i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att sekretessen i 25 kap. 17 a och 17 b §§ inte hindrar att E-hälsomyndigheten lämnar ut uppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan sådan behörighet, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården eller till expedierande personal på öppenvårdsapotek.

Som framgår ovan gör utredningen bedömningen att uppgift om expedierande farmaceut och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land ska få registreras i den nationella läkemedelslistan för ändamålen i 3 kap. 3 och 4 §§, samt det nya ändamålet som utredningen föreslår för expediering av läkemedel på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land i 3 kap. 3 a §. Vidare gör utredningen bedömningen att uppgift om utländsk förskrivare ska få registreras för ändamålen i 3 kap. 5 § 3 och 5 som rör E-hälsomyndighetens statistik och delar av Socialstyrelsens uppdrag samt för nya ändamålet i 3 kap. 3 a §.

Föremålet för sekretessen i 25 kap. 17 a § OSL är uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Enligt lagkommentaren till 25 kap. 1 § som rör sekretess i hälso- och sjukvården för uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra person-

liga förhållanden omfattas inte hälso- och sjukvårdspersonal av bestämmelsen.³³ Motiveringen till det är att hälso- och sjukvårdspersonal i sin yrkesutövning knappast kan anses som enskilda i den mening som krävs för att sekretessbestämmelsen ska vara tillämplig. I propositionen *Ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur* fann regeringen att en motsvarande sekretessbestämmelse som den i 25 kap. 1 § OSL även behövdes för den nya myndigheten (numera E-hälsomyndigheten). Enligt regeringen fanns det inte anledning att göra någon annan bedömning av behovet av att skydda känsliga uppgifter av motsvarande slag hos den nya myndigheten. En ny sekretessbestämmelse till skydd för uppgifter om enskildas hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden ansågs därför behöva införas i OSL.³⁴ På motsvarande sätt som i sekretessbestämmelsen i 25 kap. 1 § OSL omfattas inte hälso- och sjukvårdspersonalen av sekretessens föremål enligt utredningens bedömning.

Uppgift om förskrivare och expedierande personal omfattas således inte av sekretessbestämmelsen i 25 kap. 17 a § OSL eftersom hälso- och sjukvårdspersonal i sin yrkesutövning inte anses som enskilda i den mening som krävs för att sekretessbestämmelsen ska vara tillämplig. Motsvarande bedömning gör utredningen i förhållande till utländsk förskrivare och expedierande personal i ett annat EES-land. Utredningen ser heller inget behov av att göra någon annan bedömning.

Det har inte framkommit något skäl att behandla utländsk förskrivare och expedierande personal på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land ur ett sekretessperspektiv på något annat sätt än vad som gäller motsvarande uppgifter i Sverige. De sekretessbestämmelser som eventuellt kan bli tillämpliga för E-hälsomyndigheten vad gäller förskrivare och expedierande personal är t.ex. 21 kap. 3 § OSL som gäller sekretess för uppgift om en enskilds bostadsadress eller annan jämförbar uppgift som kan lämna upplysning om var den enskilde bor stadigvarande eller tillfälligt, den enskildes telefonnummer, e-postadress eller annan jämförbar uppgift som kan användas för att komma i kontakt med denne samt för motsvarande uppgifter om den enskildes anhöriga, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma

³³ Eva Lenberg m.fl., *Offentlighets- och sekretesslagen*, kommentaren till 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen, JUNO version 24.

³⁴ Prop. 2012/13:128 s. 50.

att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs. Med formuleringen ”annan jämförbar uppgift kan användas för att komma i kontakt med den enskilde” avses t.ex. uppgift om faxnummer eller uppgift om vem som är den enskildes arbetsgivare och telefonnummer till arbetsplatsen. Bestämmelsen är även tillämplig på E-hälsomyndighetens uppgifter om utländsk hälso- och sjukvårdspersonal.

Sekretess gäller också enligt 25 kap. 17 b § OSL hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds affärs- eller driftsförhållanden, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs. Sekretessen gäller med ett rakt skaderekvisit vilket innebär en presumtion för offentlighet. Bestämmelsen tar sikte på uppgifter i E-hälsomyndighetens verksamhet som avser enskildas, t.ex. apotekens affärs- eller driftsförhållanden. Av förarbetena framgår att det exempelvis kan röra sig om uppgifter om försäljning av läkemedel och uppgifter som framkommer i samband med kontroll av en apoteksaktörs elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten. Vidare kan myndigheten komma att behöva inhämta underlag från privata aktörer inom apoteks- eller vårdsektorn för att fullgöra uppdrag som ålagts av regeringen.³⁵

Utredningen har svårt att se att denna bestämmelse skulle kunna bli tillämplig på de uppgifter om utländska apotek som E-hälsomyndigheten ska få genom tjänsten e-recept över landsgränser eftersom de inte omfattar några sådana uppgifter om enskildas affärs- eller driftsförhållanden som avses i 25 kap. 17 b § OSL. För det fall att denna bestämmelse skulle bli tillämplig finns en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att sekretessen i 25 kap. 17 a och 17 b §§ inte hindrar att E-hälsomyndigheten lämnar ut uppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista till bl.a. hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, eller till expedierande personal på öppenvårdsapotek. Den sekretessbrytande bestämmelsen kommer även att omfatta uppgifter om expedierande apotek eller motsvarande från ett annat EES-land enligt utredningens förslag.

Utredningens slutsats är att det ur sekretesshänseende inte visat sig finnas några skäl att behandla uppgift om utländsk förskrivare och uppgift om expedierande personal och apotek eller motsvarande från ett annat EES-land på något annat sätt än vad gäller motsvarande

³⁵ Prop. 2012/13:128 s. 50.

uppgifter i Sverige. Utredningen finner därför inte behov av att ändra i reglerna om offentlighet och sekretess med anledning av utredningens förslag.

När det gäller övriga överväganden kring OSL, se avsnitt 10.6.

9 En ny lag om E-hälsomyndighetens personuppgiftshantering

9.1 Inledning

Utredningen anser att den rättsliga grunden för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid hantering av e-recept från EES ska fastställas dels i E-hälsomyndighetens instruktion (förordning [2013:1031] med instruktion för E-hälsomyndigheten), dels i en ny lag, se avsnitt 7.6. Den rättsliga grunden kan innehålla särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen. Som exempel anges allmänna villkor som ska gälla för den personuppgiftsansvariges behandling, vilken typ av uppgifter som ska behandlas, vilka registrerade som berörs, de enheter till vilka personuppgifterna får lämnas ut och för vilka ändamål, ändamålsbegränsningar, lagringstid samt typer av behandling och förfaranden för behandling (artikel 6.3). EU-rätten eller den nationella rätten ska även uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket sista meningen). Nationell rätt kan även innehålla förtydliganden och begränsningar av bestämmelserna i dataskyddsförordningen, i den utsträckning det är nödvändigt för samstämmigheten och för att göra dem begripliga för personer som de ska tillämpas på (skäl 8 till dataskyddsförordningen).

Utredningen anser mot denna bakgrund och med hänsyn till behovet av särskilda skyddsåtgärder att det är lämpligt att i lag fastställa närmare bestämmelser för hur E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid expediering i Sverige av e-recept från EES ska gå till. De närmare bestämmelserna avser bl.a. ändamål med behandlingen, personuppgiftsansvar och uppgiftsskyldighet.

9.2 Lagens tillämpningsområde

Utredningens förslag: Lagen ska tillämpas vid automatiserad behandling av personuppgifter vid E-hälsomyndighetens hantering av sådana e-recept som har utfärdats av förskrivare behörig i ett annat EES-land som expedieras på öppenvårdsapotek i Sverige i enlighet med de krav som fastställts av nätverket för e-hälsa.

Lagen ska inte gälla för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid hantering av svenska e-recept som expedieras i ett annat EES-land. Lagen om nationell läkemedelslista ska gälla för den behandlingen.

När ett e-recept utfärdats i ett annat EES-land ska expedieras i Sverige kommer uppgifter om e-receptet hämtas från ett register i det landet. E-hälsomyndigheten kommer då som nationell kontaktpunkt för e-hälsa att förmedla uppgifter om e-receptet mellan den nationella kontaktpunkten i ett annat EES-land och öppenvårdsapoteken i Sverige. Det innebär att myndigheten behandlar personuppgifter. Den nya lag som utredningen föreslår ska endast reglera E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling i en viss del av myndighetens verksamhet, nämligen den som gäller hanteringen av e-recept som utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land som ska expedieras i Sverige. Vad gäller den omvända situationen, när ett svenskt e-recept expedieras i ett annat EES-land, är utredningens förslag att den ska regleras i lag (2018:1212) om nationell läkemedelslista, se avsnitt 7.6.

För att begränsa tillämpningsområdet för lagen föreslår utredningen att en hänvisning görs till de krav som fastställts av nätverket för e-hälsa. Genom en sådan hänvisning avgränsas personuppgiftsbehandlingen på flera sätt. Nätverket för e-hälsas krav ställer villkor för deltagande i informationsutbytet t.ex. att endast medlemsländer i EU och EES deltar i informationsutbytet och att de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa ska vara granskade och godkända.¹ Ett annat krav är att informationen mellan medlemsländerna kanaliseras till de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa. Dessa krav avgränsar t.ex. mellan vilka länder som informationsutbytet kan bli aktuellt, men även andra förutsättningar för e-recept över landsgränser.

¹ Medlemsländer i Efta kan delta som observatörer och i e-hälsöavtalet. Efta omfattas inte av utredningen, se avsnitt 2.2.

Vidare ska lagen endast gälla automatiserad behandling av personuppgifter eftersom tjänsten e-recept över landsgränser endast gäller automatiserade uppgifter.

9.3 Definitioner

Utredningens förslag: Lagen ska innehålla definitioner av e-recept från EES och utländsk kontaktpunkt för e-hälsa.

Den föreslagna lagen kommer att innehålla begrepp som är centrala för tillämpningen av lagen. De begrepp som avses är e-recept från EES och utländsk kontaktpunkt för e-hälsa. Utredningen föreslår därför att begreppen förs in i lagen. Syftet med definitionerna är att undvika upprepningar och förenkla författningstexten.

Med definitionen e-recept från EES avses e-recept utfärdade av en förskrivare behörig i ett annat EES-land som expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet. Hänvisningen till nätverket för e-hälsas krav innebär en avgränsning bl.a. genom att e-recepten endast avser godkända humanläkemedel och att informationen om dessa e-recept förmedlas inom EES genom medlemsländernas nationella kontaktpunkter för e-hälsa. Vidare ska kontaktpunkten granskas och godkännas av kommissionen och medlemsländerna i nätverket för e-hälsa innan medlemslandet får delta i informationsutbytet.

Med begreppet utländsk kontaktpunkt för e-hälsa avses en sådan nationell kontaktpunkt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård som har utsetts i enlighet med artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Enligt nätverkets krav ska endast en sådan kontaktpunkt för e-hälsa utses av respektive land för informationsöverföring avseende e-recept över landsgränser.

9.4 Förhållandet till dataskyddsförordningen och dataskyddslagen

Utredningens förslag: Den nya lagen ska innehålla en upplysning om att den kompletterar dataskyddsförordningen.

Om inte annat följer av den nya lagen eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen ska även lagen med kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen gälla.

9.4.1 Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningen är direkt tillämplig och har företräde framför nationell lagstiftning. Dataskyddsförordningen har dock i viss mån en direktivliknande karaktär genom att flera artiklar förutsätter eller medger nationella bestämmelser som kompletterar eller föreskriver undantag från förordningens bestämmelser. Det är också möjligt att införliva delar av förordningen i nationell rätt, enligt skäl 8, i de fall förordningen föreskriver förtydliganden eller begränsningar och det är nödvändigt för samstämmigheten samt för att göra de nationella bestämmelserna begripliga för de personer som de tillämpas på. Enligt skäl 10 utesluter inte dataskyddsförordningen att det i medlemsländernas nationella rätt fastställs närmare omständigheter för specifika situationer där personuppgifter behandlas, inbegripet mer exakta villkor för laglig behandling av personuppgifter.

Den föreslagna lagen kommer därför endast att innehålla bestämmelser som kompletterar eller tar över bestämmelserna i dataskyddsförordningen, när det är tillåtet. För att tillämparen ska få en tydligare uppfattning av vilken reglering som gäller föreslår utredningen att en bestämmelse tas in i den nya lagen med en upplysning om att dataskyddsförordningen gäller.

Den nya lagen innehåller hänvisningar till artiklar i dataskyddsförordningen. Hänvisningar till EU-rättsakter kan antingen göras statiska eller dynamiska. En statisk hänvisning innebär att hänvisningen avser EU-rättsakten i en viss angiven lydelse. En följd av denna hänvisningsteknik är att den nationella författningen vanligtvis behöver ändras varje gång EU-bestämmelsen ändras. En dynamisk hänvisning innebär att hänvisningen avser EU-rättsakten i den vid varje

tidpunkt gällande lydelsen. Enligt utredningens bedömning är det mest lämpligt att en dynamisk hänvisning görs till dataskyddsförordningen i den nya lagen. Förordningen är direkt tillämplig och syftet med hänvisningen är endast att upplysa om att dataskyddsförordningen gäller.

9.4.2 Dataskyddslagen

Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) innehåller nationella kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen. Av 1 kap. 6 § dataskyddslagen framgår att om en annan lag eller förordning innehåller någon bestämmelse som rör behandling av personuppgifter och som avviker från dataskyddslagen ska den bestämmelsen tillämpas. Dataskyddslagen är således subsidiär i förhållande till annan lagstiftning som reglerar behandling av personuppgifter.

Det är således inte nödvändigt att föra in en materiell bestämmelse som hänvisar till dataskyddslagen i den nya lagen. Av tydlighetsskäl innehåller ofta flertalet registerförfattningar en bestämmelse om förhållandet till den generella regleringen i dataskyddslagen. Av samma tydlighetsskäl föreslår därför utredningen att det bör införas en sådan bestämmelse i den nya lagen. Bestämmelsen ska ange att dataskyddslagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den gäller vid behandling av personuppgifter enligt den nya lagen, om inte annat följer av den nya lagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av den. När dataskyddslagen är tillämplig är också bestämmelser som regeringen meddelat i anslutning till dataskyddslagen tillämpliga. Det innebär att eventuella förordningsbestämmelser om undantag från dataskyddslagens tillämplighet gäller.

9.5 Personuppgiftsansvar

Utredningens förslag: E-hälsomyndigheten ska vara personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför med stöd av lagen.

9.5.1 Allmänt om personuppgiftsansvar

Dataskyddsförordningen förutsätter att det finns en personuppgiftsansvarig för all personuppgiftsbehandling som sker. Med personuppgiftsansvaret följer en rad skyldigheter, t.ex. att se till att det finns en laglig grund för behandlingen, ett ansvar för att se till att behandlingen inte sker i strid med de grundläggande principerna som gäller för behandling av personuppgifter och att behandlingen inte sker i större utsträckning än vad som är nödvändigt med hänsyn till det lagliga stöd som gäller för behandlingen samt att de registrerades rättigheter uppfylls. Vidare har den personuppgiftsansvarige ett övergripande ansvar att vidta tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen av personuppgifter sker i enlighet med dataskyddsförordningen. Det åligger den personuppgiftsansvarige att bl.a. genomföra konsekvensbedömningar och anmäla personuppgiftsincidenter till tillsynsmyndigheten samt informera berörda om incidenter som inträffat. Den personuppgiftsansvarige har vidare ett skadeståndssanktionerat ansvar för att behandlingen av personuppgifter sker i enlighet med bestämmelserna i dataskyddsförordningen och de eventuella kompletterande svenska dataskyddsbestämmelser som kan gälla (7 kap. 1 § dataskyddslagen).

Enligt artikel 4.7 i dataskyddsförordningen är personuppgiftsansvarig en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som ensamt eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter.

Det avgörande rekvisitet är den som bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen. En personuppgiftsansvarig har per definition alltid bestämmanderätt över ändamål och medel. Med rätten att bestämma över ändamål och medel avses rätten att bestämma över varför, respektive hur en behandling ska utföras. För bedömningen av vem som bestämmer över ändamålen med behandlingen är det enligt Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) avgörande bl.a. varför behandlingen utförs och vem som är initiativtagare till behandlingen. Att bestämma över medlen för behandlingen innebär enligt IMY främst att bestämma över de tekniska och organisatoriska medlen för behandlingen, dvs. ”hur” behandlingen ska gå till, t.ex. vilka personupp-

gifter som ska behandlas, vilka tredje män som ska få tillgång till de behandlade personuppgifterna och när uppgifter ska raderas.²

9.5.2 Bedömningen av personuppgiftsansvaret

Av definitionen av personuppgiftsansvarig i artikel 4.7 i dataskyddsförordningen framgår att om ändamålen och medlen för behandlingen bestäms av EU-rätten eller medlemsländernas nationella rätt, kan den personuppgiftsansvarige eller de särskilda kriterierna för hur denne ska utses föreskrivas i sådan rätt. Det är alltså tillåtet enligt dataskyddsförordningen att i nationell rätt ange vem som är personuppgiftsansvarig för en viss behandling av personuppgifter (jfr artikel 6.2 och 6.3 samt skäl 45 till dataskyddsförordningen).

Flera aktörer inblandade

Informationsutbyte av e-recept över landsgränser innebär att flera aktörer behöver behandla personuppgifter för att en expediering ska kunna genomföras. Det är alltifrån en förskrivare som utfärdar ett e-recept till ett apotek som expedierar e-receptet och däremellan de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa som behandlar personuppgifterna genom att vidarebefordra dem mellan inblandade medlemsländers aktörer. När flera aktörer är inblandade finns en risk att personuppgiftsansvaret blir otydligt och att patienten har svårt att veta vem som är ansvarig för behandlingen av patientens personuppgifter. Som framgår ovan följer en rad skyldigheter för den personuppgiftsansvarige enligt dataskyddsförordningen. Det är därför viktigt att personuppgiftsansvaret är tydligt, dels för att den registrerade ska veta vem den kan vända sig till för att utöva sina rättigheter enligt dataskyddsförordningen, dels för att den eller de aktörer som är personuppgiftsansvariga ska kunna ta det ansvar som följer av förordningen.

Vem som bestämmer ändamål och medlen för personuppgiftsbehandlingen i informationsutbytet av e-recept över landsgränser är inte helt tydligt. Ändamålet att ”arbeta för att tillhandahålla hållbara ekonomiska och sociala nyttoeffekter genom europeiska system och tjänster som rör e-hälsa samt driftskompatibla tillämpningar i syfte att nå en hög tillförlitlighets- och säkerhetsnivå, förbättra kontinui-

² Datainspektionens beslut 2010-07-02, dnr 686-2010.

teten i vården och säkerställa tillgång till säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet” är uttryckt redan i patientrörlighetsdirektivet (artikel 14. 2 a)³ och har sedan bekräftats i e-hälsoavtalet. Det är dock valfritt att delta i samarbetet och varje medlemsland väljer därför själv om de vill behandla personuppgifter för detta ändamål eller inte och i vilken roll (land A, land B eller båda). Inom ramen för samarbetet kommer E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifterna genom att vidarebefordra dem mellan det svenska apoteket och den utländska kontaktpunkten för e-hälsa, apoteket i sin tur behandlar personuppgifterna för att kunna expediera läkemedlet och den utländska kontaktpunkten för e-hälsa eller registerhållaren, behandlar uppgifterna genom att bl.a. tillhandahålla dem och uppdatera sitt register. Det skulle därför kunna hävdas att det inte är E-hälsomyndigheten som bör vara personuppgiftsansvarig för den behandling som sker i det gränsöverskridande informationsutbytet, eftersom myndigheten inte har något egentligt eget behov av uppgifterna utan bara förmedlar dem mellan andra aktörer. I stället skulle E-hälsomyndigheten i så fall vara personuppgiftsbiträde. Frågan är dock vilken eller vilka aktörer som i så fall skulle ha personuppgiftsansvaret. Det skulle kunna vara den enskilda svenska apoteksaktören som använder uppgifterna för att expediera läkemedlet, eller den utländska kontaktpunkten eller registerhållaren, som behandlar uppgifterna genom att bl.a. tillhandahålla dem och uppdatera sitt register. Det skulle eventuellt även kunna vara Socialdepartementet som är Sveriges representant i nätverket för e-hälsa och därmed är med och till viss del bestämmer ändamål och medlen för behandlingen.

Personuppgiftsansvaret i lagen om nationell läkemedelslista

Enligt lagen om nationell läkemedelslista är E-hälsomyndigheten personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför i den nationella läkemedelslistan (3 kap. 1 §). Regeringen uttalade i förarbetena till lagen om den nationella läkemedelslistan att E-hälsomyndighetens särskilda karaktär av infrastrukturmyndighet bör nämnas och lyfte särskilt att myndigheten ansvarade för de register som anges i lagen om receptregister och lagen om läke-

³ Se också EDPB-EDPS *Joint Opinion 1/2019 on the processing of patients' data and the role of the European Commission within the eHealth Digital Service Infrastructure (eHDSI)*.

medelsförteckning enligt myndighetens instruktion. Denna ordning var en följd av att E-hälsomyndigheten (tidigare Apotekens Service AB) inrättades för att den it-infrastruktur som är nödvändig för drift av apotek skulle förläggas hos en neutral aktör i samband med omregleringen av apoteksmarknaden.⁴ Vidare uttalade regeringen att den inte delade Datainspektionens synsätt om att de ändamål för vilka E-hälsomyndigheten får behandla personuppgifter enligt såväl lagen om receptregister som den nu föreslagna nya lagen (lagen om nationell läkemedelslista) inte är ändamål som behövs inom E-hälsomyndighetens egen verksamhet. Regeringen uttalade att skälet till att E-hälsomyndigheten måste få behandla personuppgifter för de olika ändamål som anges i dessa lagar är behovet av att kunna erbjuda en konkurrensneutral samt ur integritetssynpunkt säker överföring av personuppgifter mellan olika aktörer.⁵

Slutsats

Av E-hälsomyndighetens instruktion följer att myndigheten ska ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapoteken och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet (1 §). Utredningen föreslår dessutom en ny bestämmelse i E-hälsomyndighetens instruktion om myndighetens uppdrag avseende det gränsöverskridande informationsutbytet av e-recept, se avsnitt 7.6.

Skälet till att placera personuppgiftsansvaret på E-hälsomyndigheten i lagen om nationell läkemedelslista, var myndighetens särskilda karaktär av infrastrukturmyndighet för att kunna erbjuda en konkurrensneutral samt ur integritetssynpunkt säker överföring av personuppgifter mellan olika aktörer. Utredningen anser att samma skäl bör beaktas även i detta sammanhang.

Dataskyddsförordningen ger som tidigare nämnts utrymme för nationell reglering av personuppgiftsansvaret om ändamål och medlen för behandlingen fastställs i den nationella rätten (artikel 4.7). Det huvudsakliga syftet med E-hälsomyndighetens behandling av

⁴ Prop. 2017/18:223 s. 81.

⁵ Prop. 2017/18:223 s. 81.

personuppgifter i den nya lagen är att fullgöra sitt uppdrag som nationell kontaktpunkt för e-hälsa. Det innebär bl.a. att vidareförmedla uppgifter mellan öppenvårdsapoteket och den utländska kontaktpunkten för e-hälsa, ställa krav på hur öppenvårdsapoteken ska rapportera in uppgifterna till E-hälsomyndigheten samt att bestämma närmare krav på vilka tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder som krävs för att skydda personuppgifterna på ett ändamålsenligt sätt. För att undvika otydligheter avseende vem som är personuppgiftsansvarig i en situation då flera aktörer är inblandade anser utredningen att personuppgiftsansvaret bör tydliggöras i lagstiftningen. Utredningen anser därför att det bör framgå i lagen att E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför för att e-recept från EES ska kunna expedieras i Sverige. Att ha en annan ordning med E-hälsomyndigheten som personuppgiftsbiträde till öppenvårdsapoteken skulle enligt utredningens mening vara svårhanterligt med beaktande av att myndigheten som personuppgiftsbiträde i så fall skulle behöva ta emot instruktioner från ett flertal aktörer gällande samma sak.

Som utredningen nämnt har diskussioner förts om det eventuellt skulle föreligga ett gemensamt personuppgiftsansvar mellan länderna i någon del av den behandling som utförs i informationsutbytet av e-recept över landsgränser. Enligt Europeiska dataskyddsstyrelsen är det upp till de personuppgiftsansvariga själva att bestämma om de gemensamt eller ensamt behandlar personuppgifter.⁶ Frågan är således fortfarande uppe för diskussion och utredningens förslag i denna del kan därför komma att påverkas av vad länderna kommer fram till.

Tillståndshavaren är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som öppenvårdsapoteken utför i samband med att e-recept expedieras (7 § apoteksdatalagen), se vidare kapitel 10 om öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling.

9.6 Behovet av uppgifter om e-recept från EES

Utredningens bedömning: E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har behov av uppgifter om e-recept utfärdade i ett annat EES-land.

⁶ Brev från Europeiska dataskyddsstyrelsen till eHMSEG Legal Work Group, Bryssel, (2021-06-30), ref: OUT2021-0115.

9.6.1 Inledning

I dag har ett flertal aktörer behov av uppgifter om svenska e-recept som expedieras på ett öppenvårdsapotek. Enligt lagen om nationell läkemedelslista ska E-hälsomyndigheten lämna ut vissa uppgifter i den nationella läkemedelslistan till bl.a. Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Läkemedelsverket, samt till förskrivare, annan hälso- och sjukvårdspersonal, regioner, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer under vissa förutsättningar. Uppgifterna behövs för bl.a. tillsyn, forskning, statistik och uppföljning av olika slag.

Uppgifterna om e-recept från EES kommer enligt utredningens förslag inte att registreras i den nationella läkemedelslistan förutom vissa uppgifter om expedieringen. Som tjänsten e-recept över landsgränser är utformad nu antar utredningen att dessa recept i regel är utfärdade åt patienter försäkrade i ett annat land än Sverige. Det antagandet baseras på att tjänsten utgår från användningsfallet att en patient i land A, får ett recept utfärdat i land A och får hämta ut det i land B, se vidare avsnitt 5.3.6. Utredningen har utgått från detta i sina förslag.

E-recept från EES kommer att ligga till grund för en mindre del av de expedieringar som sker i Sverige. Utredningen anser att e-recept från EES i stort bör följa motsvarande regelverk som övriga recept för en effektiv och patientsäker process. För närvarande ser utredningen inga skäl att ändra eller utvidga aktörernas ansvar för tillsyn, uppföljning m.m. avseende e-recept från EES jämfört med recept utfärdade i Sverige om inte t.ex. den gränsöverskridande aspekten skulle medföra någon annan bedömning. Nedan följer utredningens bedömning av vilka aktörer som behöver uppgifter om e-recept utfärdade i ett annat EES-land.

9.6.2 Förskrivare, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer

Förskrivare, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer får i dag uppgifter från den nationella läkemedelslistan för ändamålet medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården. Utredningens bedömning är att syftet med uppgifterna främst är att utvärdera den egna förskrivningen och kvalitetssäkra den egna

hälso- och sjukvården. Det syftet gör sig inte gällande när det är ett e-recept från EES.

Som tjänsten är utformad i dag är det fråga om uppgifter om en förskrivning utfärdad av en förskrivare behörig i ett annat EES-land, land A. Det utfärdade e-receptet sparas i land A:s register. Vid expediering i Sverige får apoteket uppgifter om receptet från det utländska registret och skickar tillbaka information om expedieringen för registrering i land A. Medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården av e-recept från EES kommer i huvudsak inte att ske i Sverige. Utredningen bedömer därför att förskrivare, verksamhetschefer och läkemedelskommittéer inte har behov av uppgifter om e-recept från EES för ändamålet medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården.

9.6.3 Regionerna

Den region som enligt 22 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ersätta kostnaderna för läkemedelsförmåner ska få uppgifter från E-hälsomyndigheten om expedieringar av förskrivna läkemedel och andra varor som omfattas av den lagen för ändamålet debitering till regionerna. Vidare ska regionerna få uppgifter för ändamålen ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik. E-hälsomyndigheten ska även lämna ut uppgifter om expedieringar av förskrivna läkemedel som är kostnadsfria enligt smittskyddslagen (2004:168), för samma ändamål till den region som enligt 7 kap. 4 § smittskyddslagen ska ersätta kostnader för läkemedel.

Utredningen gör bedömningen i avsnitt 6.3.1 och 6.3.3 att e-recept från EES inte omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. eller av smittskyddslagen. Utredningen anser därför att regionerna inte har behov av uppgifter om e-recept från EES.

9.6.4 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen får i dag uppgifter från den nationella läkemedelslistan för ändamålet epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården. Uppgifterna som lämnas till Socialstyrelsen omfattar uppgifter om datum för förskrivning och expe-

diering, förskriften och expedierad vara, mängd och dosering, kostnad och kostnadsreducering enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m., ordinationsorsak, patientens personnummer eller samordningsnummer och folkbokföringsort, och förskrivarens yrke, specialitet och arbetsplatskod.

Uppgifterna registreras i läkemedelsregistret som Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för enligt förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen. Registret syftar till att öka patientsäkerheten på läkemedelsområdet. Vid kontakt med Socialstyrelsen har myndigheten uppgett att den behöver delvis motsvarande uppgifter för samma ändamål om e-recept från EES som för svenska e-recept.

Utredningen anser att Socialstyrelsen har ett behov av uppgifter om e-recept utfärdade i ett annat EES-land för ändamålet epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården.

9.6.5 Inspektionen för vård och omsorg

IVO får i dag uppgifter från den nationella läkemedelslistan om en läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiska läkemedel eller annat särskilt läkemedel för sin tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Utredningens bedömning är att IVO inte har behov av uppgifter om e-recept från EES eftersom myndigheten inte har tillsynsansvar över utländska förskrivare. Utredningens bedömning är också att tjänsten i nuläget inte kommer att omfatta narkotiska läkemedel eller andra särskilda läkemedel.

9.6.6 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

I dag får TLV uppgifter från den nationella läkemedelslistan för sin tillsyn över utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen om läkemedelsförmåner m.m., och för prövning och tillsyn enligt samma lag av läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § och 5 kap. 1 § andra stycket läkemedelslagen (2015:315).

E-recept från EES innehåller inte någon uppgift om förskrivarens arbetsplatskod och omfattas därmed inte av läkemedelsförmånerna

(6 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.) enligt den bedömning utredningen gjort i kapitel 6. Därigenom bör dessa e-recept inte heller omfattas av TLV:s tillsyn (25 § samma lag) enligt utredningens bedömning. TLV uppger också att myndighetens tillsyn inte omfattar e-recept från EES mot bakgrund av att recepten inte omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. TLV kan framöver komma att behöva uppgifter för sin tillsyn t.ex. om förslaget i SOU 2017:76 *Enbetliga priser på receptbelagda läkemedel* förverkligas om att fastställda priser ska gälla utanför lagen om läkemedelsförmåner m.m. Enligt uppgift bereds förslaget inom Regeringskansliet.

9.6.7 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket får i dag uppgifter från den nationella läkemedelslistan för sin tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten och uppgiftslämnande vid expediering av en förskrivning enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Uppgifterna omfattar bl.a. förskriven och expedierad vara, patientens namn, personnummer eller samordningsnummer, folkbokföringsort och postnumret i patientens bostadsadress, förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats, arbetsplatskod och förskrivarkod, kostnad, samt andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller expediering.

Läkemedelsverket har uppgett att myndigheten har ett behov av motsvarande uppgifter för e-recept från EES som för de svenska recepten, dvs. för tillsynen över tillhandahållandeskyldigheten och uppgiftslämnande vid expediering. För att Läkemedelsverket ska kunna utöva en effektiv tillsyn över öppenvårdsapoteken avseende e-recept från EES behöver myndigheten på samma sätt som för svenska recept uppgifter om det utländska e-receptet enligt utredningens bedömning.

9.6.8 E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten ansvarar för den nationella läkemedelsstatistiken enligt E-hälsomyndighetens instruktion. Myndigheten kommer också att behöva vidarebefordra uppgifter till andra aktörer. Utredningen anser att det finns ett tydligt behov för E-hälsomyndigheten att få uppgifter om e-recept från EES.

9.7 Ändamål med behandlingen

Utredningens förslag: Personuppgifter ska få behandlas om det är nödvändigt för

1. expediering på öppenvårdsapotek av sådana e-recept från EES som avses i 2 §,
2. redovisning till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa av sådan expediering som avses enligt punkt 1,
3. framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten,
4. redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten och uppgiftslämnande enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel, och
5. redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet.

9.7.1 Dataskyddsförordningen

En av de grundläggande principerna i dataskyddsförordningen är att personuppgifter ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål (artikel 5. 1 b i dataskyddsförordningen). Av samma artikel följer att uppgifterna inte senare får behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål, den s.k. finalitetsprincipen. Bestämmelsen innebär bl.a. att den personuppgiftsansvarige redan vid insamlingen av uppgifterna måste bestämma för vilket eller vilka ändamål insamlingen sker. Den innebär också att vidarebefordran av uppgifter måste föregås av en prövning av om mottagarens ändamål är förenligt med de ursprungliga ändamålen eller inte.

Det är den personuppgiftsansvarige som bestämmer ändamålen med personuppgiftsbehandlingen. Ändamålen kan också bestämmas av medlemsländernas nationella rätt (jfr artikel 4.7 i dataskyddsförordningen). Ändamålsbestämmelser kan sägas anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen och säkerställa en laglig och rättvis behandling. Sådana bestämmelser är enligt artikel 6.2 och 6.3 i förordningen tillåtna i nationell rätt. Enligt skäl 39 till dataskyddsförord-

ningen bör de specifika ändamål som personuppgifterna behandlas för vara tydliga och legitima och ha bestämts vid den tidpunkt då personuppgifterna samlades in.

I förarbetena till dataskyddslagen anförde regeringen att dataskyddsförordningen inte ställer något krav på att de särskilda ändamålen ska vara fastställda i författning, men att det inte heller finns någonting som hindrar att detta görs, förutsatt att bestämmelserna uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionella mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket sista meningen). Oavsett om ändamålen fastställts i författning eller inte poängterar regeringen dock att det alltid är den personuppgiftsansvarige som ansvarar för, och ska kunna visa, att principerna i artikel 5 följs (artikel 5.2 i dataskyddsförordningen).⁷

Uttryckliga ändamålsbestämmelser ger möjlighet att på ett övergripande plan balansera intresset av personuppgiftsbehandlingen mot det intrång i den personliga integriteten som denna behandling kan innebära. Ändamålsbestämmelser har också den fördelen att de utgör en precisering av den rättsliga grunden (jfr artikel 6.3). Bestämmelser i lagen som anger ändamålen med behandlingen innebär således i sig en skyddsåtgärd. Enligt utredningens bedömning bör därför lagen innehålla ändamålsbestämmelser.

9.7.2 Ändamålsbestämmelsernas utformning

Att bestämma ändamålen för behandlingen av personuppgifter är av central betydelse för hur den personuppgiftsansvarige får behandla personuppgifter eftersom ändamålsbestämmelserna sätter ramarna för hur personuppgifterna får behandlas. Enligt artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen ska personuppgifter vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas. Det är med andra ord ändamålen som styr vilka personuppgifter som får behandlas. Ändamålsbestämmelserna begränsar således den personuppgiftsansvariges handlingsfrihet samtidigt som de skapar tydlighet för tillämparen. Ändamålet är därför av central betydelse för skyddet av den enskildes personliga integritet.

Ändamålsbestämmelser kan utformas på olika sätt. Ett sätt är att uttömmande ange de ändamål för vilken behandling får ske. Ett annat

⁷ Prop. 2017/18:105 s. 48.

sätt är att de i lagen angivna ändamålen kompletteras med en möjlighet att behandla uppgifter även för ändamål som inte är oförenliga med det för vilka uppgifterna samlades in, i enlighet med den s.k. finalitetsprincipen. I sådana fall är det finalitetsprincipen som ytterst sätter gränsen för vad som kan anses vara en tillåten behandling, dvs. den som är personuppgiftsansvarig måste göra en kontroll av huruvida en senare behandling är oförenlig med de ändamål för vilka uppgifterna först samlades in.

Nedan följer en närmare beskrivning av de ändamål för vilka personuppgifter enligt utredningens mening bör få behandlas i den nya lagen.

9.7.3 Ändamålet expediering av läkemedel

E-hälsomyndigheten ska bl.a. ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker samt kostnadseffektiv läkemedelshantering enligt myndighetens instruktion. Utredningen föreslår ett tillägg i E-hälsomyndighetens instruktion om att myndigheten ska vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa och tillhandahålla tjänster och infrastruktur för e-recept över landsgränser, se avsnitt 7.6. De nationella kontaktpunkterna för e-hälsa ska anslutas till varandra och förmedla all information om e-recept mellan länderna.

Det primära ändamålet för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen är att förmedla e-recept från EES i syfte att e-recepten ska kunna expedieras på ett svenskt öppenvårdsapotek. Med expediering avses den process som börjar med att läkemedel efterfrågas utifrån ett förordnande och avslutas med att ett läkemedel blir utlämnat. En förutsättning för att en expediering ska kunna genomföras på ett öppenvårdsapotek är att expedierande personal får tillgång till de uppgifter som behövs för att möjliggöra en patientsäker expediering. Som framgår av förarbetena till den nationella läkemedelslistan behöver expedierande personal kunna ta del av uppgifter om den förskrivning som är i fråga för expediering för att uppfylla de krav som ställs i Läkemedelsverkets regelverk. De krav som ställs avser bl.a. att det ska gå att bedöma om ett recept är korrekt utfärdat och att samtliga uppgifter som krävs för en giltig förskriv-

ning finns med.⁸ Motsvarande krav gäller även för e-recept från EES. För en patientsäker expediering bör detta enligt utrednings bedömning även omfatta sådana uppgifter om e-recept som inte kan expedieras i ett annat EES-land, se vidare avsnitt 12.4.5. Det kan jämföras med 8 kap. 11 § receptföreskrifterna.

För att kunna förmedla e-recept som utfärdats i ett annat EES-land och uppfylla sitt åtagande som nationell kontaktpunkt behöver E-hälsomyndigheten behandla personuppgifter. Behandling av personuppgifter bör således få ske för ändamålet expediering på öppenvårdsapotek av e-recept från EES enligt definitionen i 2 § av sådana e-recept.

9.7.4 Ändamålet återrapportering

Den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i land B ska återrapportera vad som har expedierats till den nationella kontaktpunkten i land A. Registret i land A behöver uppdateras med information om att ett uttag har skett, dels för att visa vilket läkemedel som har lämnats ut på det svenska öppenvårdsapoteket, dels för att det ska kunna avräknas från den förskrivna mängden.

För att kunna återrapportera uppgifter om bl.a. expedierat läkemedel behöver E-hälsomyndigheten behandla personuppgifter. Behandling av personuppgifter bör således få ske för ändamålet redovisning till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa av expediering av läkemedel.

9.7.5 Ändamålet statistik

Av E-hälsomyndighetens instruktion följer att myndigheten ska förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik (2 § 5). Den statistik som E-hälsomyndigheten framställer avser bl.a. försäljningsuppgifter för läkemedelsgrupp och indikatorer som beräknas utifrån antal förskrivare och läkemedelskostnader, vilket får anses utgöra nationell läkemedelsstatistik. E-hälsomyndigheten ansvarar också bl.a. för att samla in och tillhandahålla uppgifter om läkemedelsförsäljning från apoteksaktörer, detaljhandel och partihandel som sker på svensk marknad. Den nationella läkemedelsstatistiken är viktig för uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och forskning.⁹

⁸ Prop. 2017/18:223 s. 92.

⁹ Prop. 2008/09:145 s. 122.

För att E-hälsomyndigheten ska kunna uppfylla sin skyldighet att förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik är utredningens bedömning att ett ändamål bör införas i den nya lagen som möjliggör för E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifter för framställning av statistik. Uppgifter som kan hänföras till en enskild person får dock inte redovisas.

9.7.6 Ändamålet Läkemedelsverkets tillsyn

Alla öppenvårdsapotek ska ha tillstånd från Läkemedelsverket för att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument (2 kap. 1 § lagen om handel med läkemedel). Efter att ett tillstånd beviljas ingår det i Läkemedelsverkets tillsyn att granska att de krav som gäller för att få bedriva öppenvårdsapotek följs (7 kap. 1 § lagen om handel med läkemedel). Enligt 7 kap. 2 § samma lag har Läkemedelsverket rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen. Enligt 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel ska den som har ett sådant tillstånd vid expediering av en förskrivning lämna de uppgifter som anges i 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista till E-hälsomyndigheten. Det är uppgifter om bl.a. förskrivaren, patienten och expedierande personal samt uppgifter om förskriften och expedierad vara.

För att Läkemedelsverket ska kunna utöva en effektiv tillsyn över öppenvårdsapotekens uppgiftsskyldighet enligt 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel har regeringen ansett att Läkemedelsverket behöver få tillgång till dessa uppgifter för att kunna göra en jämförelse med de uppgifter som öppenvårdsapoteken lämnar.¹⁰ Regeringen föreslog därför att E-hälsomyndigheten skulle få möjlighet att behandla personuppgifter för detta ändamål i lagen om receptregister som kompletterades med att personuppgifterna i receptregistret fick behandlas om det är nödvändigt för registrering och redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över öppenvårdsapotekens uppgiftslämnande enligt 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel.¹¹ Motsvarande bestämmelse finns nu i 3 kap. 5 § 8 lagen om nationell läkemedelslista.

¹⁰ Prop. 2017/18:157 s. 166 f.

¹¹ Prop. 2017/18:157 s. 166 f.

För att garantera att konsumenterna får tillgång till sina förskrivna läkemedel i tillräcklig omfattning och att landets läkemedelsförsörjning säkerställs till patienter som har fått läkemedel förskrivna infördes en bestämmelse om tillhandahållandeskyldighet för öppenvårdsapoteken av samtliga förordnade läkemedel och varor.¹² Bestämmelsen återfinns i 2 kap. 6 § 3 lagen om handel med läkemedel. För att Läkemedelsverket ska få tillgång till de uppgifter myndigheten behöver för sin tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten får E-hälsomyndigheten enligt 3 kap. 5 § 8 lagen om nationell läkemedelslista behandla personuppgifter om det är nödvändigt för registrering och redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten.

För att Läkemedelsverket också ska kunna utöva en effektiv tillsyn över öppenvårdsapotekens hantering av e-recept från EES behöver myndigheten på motsvarande sätt som för svenska e-recept uppgifter om e-recept från EES. Utredningen föreslår därför en ny bestämmelse i 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel som innebär en skyldighet för öppenvårdsapoteken att vid en expediering av ett e-recept från EES lämna vissa uppgifter till E-hälsomyndigheten, se avsnitt 12.2.4

Utredningen har även i avsnitt 12.2.3 redogjort för att öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet bör gälla på liknande sätt för e-recept från EES. Utredningen föreslår därför en ny bestämmelse i 2 kap. 6 § 16 lagen om handel med läkemedel som avser öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet av läkemedel för e-recept från EES. Tillhandahållandeskyldigheten i utredningens förslag skiljer sig dock åt från den nuvarande bestämmelsen i 2 kap. 6 § 3 främst genom att andra varor än läkemedel inte omfattas och att lagen om läkemedelsförmåner m.m. inte bedöms tillämplig. Därför ska utbyte av läkemedel inte ske enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. för e-recept från EES. Det läkemedel som förskrivits eller ett läkemedel som motsvarar detta ska i stället lämnas ut, vilket föreslås regleras närmare i receptföreskrifterna, se avsnitt 12.3.2.

Utredningen anser därför att en för ändamålet motsvarande bestämmelse som finns i 3 kap. 5 § 8 lagen om nationell läkemedelslista

¹² Prop. 2008/09:145 s. 117 f.

ska införas i lagen.¹³ Bestämmelsen innebär att E-hälsomyndigheten får behandla personuppgifter för redovisning av uppgifter för Läke-medelsverkets tillsyn över öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet och för öppenvårdsapotekens uppgiftslämnande enligt 2 kap. 6 § 16 och 17 lagen om handel med läkemedel. Till skillnad från skrivningarna i lagen om nationell läkemedelslista väljer utredningen att inte använda sig av begreppet registrering eftersom lagen inte är ett traditionellt register som den nationella läkemedelslistan.

I avsnitt 10.4 gör utredningen bedömningen att Läke-medelsverket har stöd enligt dataskyddsförordningen att behandla de uppgifter myndigheten tar emot.

9.7.7 Ändamålet för Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för läkemedelsregistret som ger underlag för den officiella statistiken över läkemedel i Sverige. Syftet med registret är att öka patientsäkerheten på läkemedelsområdet. Som framgår ovan anser utredningen att Socialstyrelsen har behov av uppgifter om e-recept från EES för motsvarande ändamål som för svenska e-recept.

Utredningen föreslår därför att en motsvarande bestämmelse som finns i 3 kap. 5 § 5 lagen om nationell läkemedelslista ska införas i lagen.¹⁴ Bestämmelsen innebär att E-hälsomyndigheten får behandla personuppgifter för redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. Till skillnad från skrivningarna i lagen om nationell läkemedelslista väljer utredningen att inte använda sig av begreppet registrering eftersom lagen inte är ett traditionellt register som den nationella läkemedelslistan.

I avsnitt 10.4 gör utredningen bedömningen att Socialstyrelsen har stöd enligt dataskyddsförordningen att behandla de uppgifter myndigheten tar emot.

¹³ Jfr dock HFD 2021 ref. 10 där frågan var om ett uppgiftslämnande mellan myndigheter enligt 6 kap. 5 § OSL är förenligt med den s.k. finalitetsprincipen enligt dataskyddsförordningen och om vilken prövning som ska göras då en myndighet begär att få ta del av personuppgifter med stöd av bestämmelsen. Rättsfallet kan eventuellt tolkas som att särskilda ändamålsbestämmelser inte behövs om det finns en särskild uppgiftsskyldighet mellan myndigheter.

¹⁴ Se not ovan.

9.7.8 Finalitetsprincipen

Utredningens förslag: Personuppgifter ska få behandlas för andra ändamål än dem för vilka de har samlats in, under förutsättning att de nya ändamålen inte är oförenliga med de ändamål för vilka uppgifterna samlades in.

Finalitetsprincipen är direkt tillämplig och innebär att personuppgifter som endast får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål även får behandlas för ändamål som inte är oförenliga med det ursprungliga ändamål för vilket uppgifterna samlades in (jfr artikel 5.1 b i dataskyddsförordningen). Av skäl 50 till dataskyddsförordningen framgår att det vid sådan vidarebehandling som inte hindras av finalitetsprincipen inte krävs någon annan separat rättslig grund än den med stöd av vilken insamlingen av personuppgifter medgavs. I artikel 6.4 i förordningen beskrivs vad den personuppgiftsansvarige bör beakta för att fastställa om behandling för andra ändamål är förenlig med det ändamål för vilket personuppgifterna ursprungligen samlades in.

I förarbetena till den nationella läkemedelslistan uttalade regeringen att även en sådan personuppgiftsbehandling som möjliggör felsökning samt validering och komplettering av uppgifter i den nationella läkemedelslistan, och som kräver tekniska kopplingar mellan den nationella läkemedelslistan och de stödregister som E-hälsomyndigheten förvaltar, inte är oförenlig med de ändamål för vilket uppgifterna samlades in.¹⁵ Denna personuppgiftsbehandling ska dock endast vara tillåten om den bidrar till att annan personuppgiftsbehandling som är nödvändig för de särskilda och uttryckliga ändamål som är angivna i lagen kan ske på ett mer korrekt och patientsäkert sätt.¹⁶

Utredningen gör bedömningen att samma skäl som har anförts i förarbetena till den nationella läkemedelslistan gör sig gällande här. Enligt utredningens bedömning bör därför finalitetsprincipen utgöra den yttersta ram inom vilken personuppgifter får behandlas enligt lagen. Det bör därför av tydlighetsskäl införas en bestämmelse i lagen som anger att det är tillåtet att behandla personuppgifter för andra ändamål än de som uttryckligen anges i lagen, så länge behandlingen inte är oförenlig med insamlingsändamålen.

¹⁵ Prop. 2017/18:223 s. 86.

¹⁶ Prop. 2017/18:223 s. 86.

9.8 Personuppgifter som får behandlas

Utredningens förslag: Endast sådana personuppgifter som behövs för de ändamål som är tillåtna enligt lagen får behandlas.

Dataskyddsförordningen ställer krav på att personuppgifterna ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till ändamålen med behandlingen (artikel 5.1 c). Detta innebär en såväl kvalitativ som kvantitativ begränsning i fråga om vilka personuppgifter som får behandlas. All personuppgiftsbehandling som är nödvändig för ett visst ändamål får dock utföras. Med hänsyn till detta är ett alternativ att låta ändamålsbestämmelserna helt styra vilka personuppgifter som får behandlas av E-hälsomyndigheten. En sådan ordning innebär att bedömningen av vilka personuppgifter som får behandlas ankommer på den personuppgiftsansvariga myndigheten, dvs. E-hälsomyndigheten. Ett annat alternativ är att reglera vilka personuppgifter som får behandlas. Oavsett en uppräkningslista av vilka personuppgifter som E-hälsomyndigheten får behandla eller inte ställer dataskyddsförordningen krav på att ovidkommande eller onödigt många personuppgifter i förhållande till ändamålen inte får behandlas (artikel 5.1 c).

Från integritetssynpunkt är det väsentligt att inte andra personuppgifter behandlas av E-hälsomyndigheten än vad som behövs för att myndigheten ska kunna utföra sina uppgifter enligt lagen. De personuppgifter som E-hälsomyndigheten kommer att behandla enligt lagen är hänförliga till patienten, förskrivaren och expedierande personal på öppenvårdsapoteket. Som framgår av avsnitt 5.4.2 har medlemsländerna inom nätverket för e-hälsa kommit överens om vilka uppgifter som behövs i informationsutbytet för expediering av e-recept i ett annat land. Den överenskomna informationsmängden baseras bl.a. på genomförandedirektivet 2012/52/EU som innehåller de uppgifter som ett recept minst ska innehålla om det ska expedieras i ett annat medlemsland. Det är främst uppgifter för identifiering av patienten, förskrivaren och det förskrivna läkemedlet, samt uppgifter för att kontrollera receptets giltighet. Nätverket för e-hälsa har kommit överens om vilka ytterligare uppgifter som behöver ingå i informationsutbytet och de är i stort sett desamma som för svenska e-recept.

Ur ett integritetsskyddsperspektiv kan det naturligtvis finnas fördelar med en reglering som tydligt specificerar de personuppgifter

som får behandlas. Det gäller särskilt när det rör sig om personuppgiftsbehandling i register i traditionell mening, dvs. att uppgifter förs in i en uppgiftssamling på ett systematiskt sätt enligt särskilda kriterier och att de är sökbara med särskilda sökord eller liknande.¹⁷ Den behandling som E-hälsomyndigheten utför inom ramen för lagen är till skillnad från t.ex. den nationella läkemedelslistan inte ett register i traditionell mening. E-hälsomyndigheten behandlar personuppgifterna genom att vidareförmedla dem mellan öppenvårdsapoteket och den utländska kontaktpunkten för e-hälsa och kommer att spara uppgifterna för bl.a. felsökning och redovisning till olika aktörer. Uppgifterna som överförs ingår i de informationsmängder nätverket för e-hälsa har kommit överens om. Även om det vore möjligt att beskriva vilka uppgifter som vidareförmedlas i lagstiftningen anser utredningen att det framstår som mindre lämpligt i detta fall. Det skulle bli en alltför detaljerad redogörelse av uppgifter.

Utredningen föreslår därför inga närmare bestämmelser som konkret anger vilka personuppgifter som får behandlas enligt lagen. I stället är det ändamålsbestämmelserna i lagen som styr över vilka personuppgifter som får samlas in och behandlas av E-hälsomyndigheten. Alla personuppgifter som behövs för det ändamål för vilket en behandling utförs får därmed behandlas. Enligt utredningen framstår denna lösning ur ett integritetsperspektiv som godtagbar med beaktande av att ändamålsbestämmelserna är relativt specificerade i lagen, och mot bakgrund av att det är relativt reglerat vilka personuppgifter som kommer att behandlas av E-hälsomyndigheten i tjänsten e-recept över landsgränser. Som angetts finns ett överenskommet format med vissa informationsmängder, så enbart vissa personuppgifter kommer att behandlas i tjänsten. Risken för att en onödig mängd uppgifter kommer att behandlas är därför liten. Enligt utredningens bedömning framstår det inte heller som sannolikt att de uppgifter som nätverket för e-hälsa kommit fram till ska ingå i informationsutbytet av e-recept över landsgränser kommer att ändras i någon större omfattning eftersom de grundläggande uppgifterna som behöver finnas på ett recept är sådana som inte borde ändras så mycket över tid. Samtidigt kan vissa uppgifter eller hur de ska anges komma att ändras, t.ex. som en följd av utvecklingen av tjänsten.

¹⁷ Prop. 2015/16:65 s. 78 f.

Vidare kommer uppgifterna kringgärdas av sekretess, behörighetstilldelning- och åtkomstkontroll, vilka ska förhindra obehörig insyn och spridning.

9.9 Känsliga personuppgifter

Utredningens förslag: Känsliga personuppgifter får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt.

Utredningens bedömning: Kravet på tystnadsplikt enligt artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt för E-hälsomyndighetens behandling av känsliga personuppgifter enligt lagen. En påminnelse om tystnadsplikt bör införas i lagen.

Utredningen har i avsnitt 7.5 funnit att det undantag som främst aktualiseras vid informationsutbytet av e-recept över landsgränser är artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen. För att undantaget ska vara tillämpligt krävs, förutom att behandlingen ska vara nödvändig av skäl som hör samman med någon av de angivna verksamheterna, även att den aktuella verksamheten utförs på grundval av EU-rätten eller medlemsländernas nationella rätt och att kravet på tystnadsplikt enligt artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är tillämpligt.

När det gäller kravet på stöd i EU-rätten eller nationell rätt har regeringen i förarbetena till dataskyddslagen bedömt att förutsättningarna är uppfyllda så snart verksamheten bedrivs enligt verksamhetslagstiftningen på de aktuella områdena.¹⁸ När det gäller behandlingen av personuppgifter enligt den nya lagen kan det konstateras att behandlingen av personuppgifter kommer, utöver dataskyddsförordningen, att ske med stöd av den föreslagna lagen och E-hälsomyndighetens instruktion.

Kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen ska också vara uppfyllt. I artikeln anges att personuppgifter bara får behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare, eller av en annan person, som omfattas av tystnadsplikt enligt EU-rätten eller medlems-

¹⁸ Prop. 2017/18:105 avsnitt 10:5.

ländernas nationella rätt eller bestämmelser som fastställs av nationella behöriga organ. Personalen hos E-hälsomyndigheten omfattas av tystnadsplikt enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL). Enligt utredningens bedömning är kravet på tystnadsplikt enligt artikel 9.3 i dataskyddsförordningen därmed uppfyllt.

Regeringen har ansett att det är lämpligt att det tas in bestämmelser i registerförfattningar på hälso- och sjukvårdsområdet som påminner om tystnadsplikten i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen i syfte att göra den nationella regleringen tydligare.¹⁹ Utredningen anser därför att det är lämpligt att i lagen ta in en bestämmelse som påminner om kravet på tystnadsplikt.

9.10 Den registrerades inställning till personuppgiftsbehandlingen

Utredningens bedömning: Patientens samtycke krävs inte för att personuppgifter om patienten ska få behandlas vid expediering i Sverige av ett e-recept utfärdat i ett annat EES-land.

Den behandling av personuppgifter som sker då ett e-recept från EES överförs för expediering på ett svenskt öppenvårdsapotek i enlighet med lagen utgör enligt utredningens bedömning en rättslig förpliktelse och en uppgift av allmänt intresse i enlighet med artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen, se avsnitt 7.2.

I vissa registerförfattningar förekommer bestämmelser om att den registrerades samtycke krävs för viss behandling, även om en annan rättslig grund än samtycke tillämpas för den behandling som författningen reglerar, t.ex. en rättslig förpliktelse eller en uppgift av allmänt intresse. Om behandlingen stödjer sig på någon av dessa rättsliga grunder får sådana samtyckesbestämmelser anses tillåtna såsom preciseringar enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen.²⁰ Samtycket är i dessa fall inte den rättsliga grunden för behandlingen, utan en skyddsåtgärd genom vilken den enskildes inställning utgör ett skydd mot ett alltför ingripande integritetsintrång.

Utredningen har i avsnitt 8.2.6 föreslagit att en bestämmelse om att patientens samtycke krävs för att patientens personuppgifter ska

¹⁹ Prop. 2017/18:171 s. 106 och prop. 2017/18:223 s. 80.

²⁰ Prop. 2017/18:171 s. 88.

få behandlas för ändamålet expediering av e-recept i ett annat EES-land ska införas i lagen om nationell läkemedelslista. Anledningen härför är att det rör sig om känsliga personuppgifter som ska föras över till ett annat land och som E-hälsomyndigheten som personuppgiftsansvarig inte har något behov av att behandla om inte patienten själv vill det. Genom kravet på samtycke minskar också risken att uppgifterna överförs av misstag eller på felaktiga grunder.

Motsvarande resonemang skulle även kunna föras när det gäller E-hälsomyndighetens behandling av e-recept från EES som expedieras i Sverige, dvs. att det inte finns någon anledning för E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifterna om patienten inte själv vill det. Till skillnad från vad som gäller då ett svenskt e-recept expedieras i ett annat EES-land är det lagstiftningen i berört land, land A, som avgör med vilket rättsligt stöd personuppgifterna i ett e-recept förs över till Sverige. Det är också för land A att avgöra om det krävs någon form av samtycke av patienten för att patientens personuppgifter ska få föras över till expedierande land, land B.

Syftet med ett integritetshöjande samtycke är att utgöra ett skydd mot ett alltför ingripande integritetsintrång. Enligt utredningens bedömning fyller inte ett integritetshöjande samtycke någon funktion i den situationen då en patient kommer in på ett öppenvårdsapotek för att hämta ut sitt e-recept som utfärdats i patientens hemland. Det förhållandet att patienten kommer in på ett öppenvårdsapotek och begär att få ut sitt läkemedel innefattar enligt utredningens bedömning en form av medvetet ställningstagande till att uppgifterna ska få överföras för expedieringen. I samband med att E-hälsomyndigheten behandlar patientens personuppgifter har myndigheten även en skyldighet i enlighet med artikel 14 i dataskyddsförordningen att informera om den personuppgiftsbehandling som myndigheten kommer att utföra i samband med expedieringen. Informationen ska lämnas senast i samband med att behandlingen kommer att ske (enligt artikel 12–14 i dataskyddsförordningen). Om patienten i samband med att patienten erhåller informationen inte vill att personuppgifterna behandlas av myndigheten har patienten möjlighet att gå därifrån och uppsöka en vårdgivare i Sverige för sin läkemedelsbehandling. Utredningens bedömning är därför att patientens samtycke inte ska krävas för att personuppgifter om patienten ska få behandlas vid expediering i Sverige av ett e-recept från EES.

9.11 E-hälsomyndighetens uppgiftsskyldighet

9.11.1 Inledning

I OSL finns bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och förbud att lämna ut allmänna handlingar. Enligt 25 kap. 17 a § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Enligt 25 kap. 17 b § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds affärs- eller driftsförhållanden, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.

Enligt 8 kap. 1 § OSL får uppgift för vilken sekretess gäller enligt OSL inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till. Det förekommer situationer när andra myndigheters eller enskildas intresse av att ta del av en sekretessbelagd uppgift väger tyngre än det intresse sekretessen ska skydda. Det finns därför bestämmelser i OSL som innebär att sekretess under vissa förutsättningar inte hindrar att sekretessbelagda uppgifter lämnas till myndigheter eller enskilda. Sådana bestämmelser kallas för sekretessbrytande bestämmelser. En sådan bestämmelse finns i 10 kap. 28 § OSL som gäller utlämnande till andra myndigheter och innebär att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

Någon bestämmelse som motsvarar 10 kap. 28 § första stycket OSL finns inte beträffande uppgiftsutlämnande till enskilda. Sekretessbrytande bestämmelser som gäller i förhållande till enskilda rättssubjekt som t.ex. apotek kan föras in i andra lagar än OSL eller i en förordning men då måste en hänvisning till den lagen eller förordningen alltid föras in i OSL (8 kap. 1 § OSL).

Vad gäller frågan om behovet av en uppgiftsskyldighet när det finns en ändamålsbestämmelse som reglerar uppgiftsutlämnande framfördes i förarbetena till receptregisterlagen uppfattningen att en lagreglering med registerändamål som uttryckligen beskriver ifrågasvarande uppgiftslämnande rimligen måste utesluta att ett uppgiftslämnande i enlighet med registerändamålen anses obehörigt. Regeringens uppfattning var emellertid att regleringen i receptregisterlagen inte var tillräckligt tydlig härvidlag. För att det inte skulle råda något

tvivel om att det ifrågavarande uppgiftslämnandet inte var obehörigt, men också för att tydliggöra att det är ett åliggande för dåvarande Apotekens Service AB, föreslog regeringen att det i receptregisterlagen införs uttryckliga bestämmelser om uppgiftsskyldighet.²¹ Motvarande bestämmelser om uppgiftsskyldighet fördes över till den nationella läkemedelslistan.

9.11.2 Uppgiftsskyldighet till öppenvårdsapotek och utländsk kontaktpunkt för e-hälsa

Utredningens förslag: E-hälsomyndigheten ska till expedierande personal på öppenvårdsapotek lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för expediering av läkemedel. E-hälsomyndigheten ska också till nationell kontaktpunkt i ett annat EES-land lämna ut de uppgifter som är nödvändiga för den återrapportering av expedierade läkemedel som följer av tjänsten e-recept över landsgränser och de uppgifter som är nödvändiga för expedieringen av läkemedel.

För att E-hälsomyndigheten som nationell kontaktpunkt för e-hälsa ska kunna utföra sitt åtagande enligt e-hälsoavtalet att förmedla uppgifter om ett e-recept utfärdat i ett annat EES-land för expediering på ett öppenvårdsapotek i Sverige behöver myndigheten lämna ut uppgifter som omfattas av sekretess hos myndigheten i enlighet med 25 kap. 17 a § OSL till dels expedierande personal på öppenvårdsapotek, dels till en nationell kontaktpunkt för e-hälsa i ett annat EES-land.

För att E-hälsomyndigheten ska slippa att göra en sekretessprövning varje gång innan uppgifter lämnas ut till expedierande personal på öppenvårdsapotek och till en nationell kontaktpunkt för e-hälsa i ett annat EES-land behöver en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten införas. Genom en sådan bestämmelse tydliggörs att utlämnande av uppgifterna är en uppgift för E-hälsomyndigheten och att det är behörigt.²²

Utredningen föreslår därför att en bestämmelse om uppgiftsskyldighet införs för E-hälsomyndigheten till expedierande personal på

²¹ Prop. 2008/09:145 s. 316.

²² Prop. 2008/09:145 s. 316.

öppenvårdsapotek när det gäller uppgifter om e-recept från EES. Motsvarande bestämmelse för E-hälsomyndigheten finns vad gäller svenska e-recept i lagen om nationell läkemedelslista (6 kap. 1 §).

När ett e-recept från EES har expedierats på ett öppenvårdsapotek i Sverige ska uppgifter om uttaget återrapporteras till behörig kontaktpunkt för e-hälsa enligt kraven i tjänsten e-recept över landsgränser. E-hälsomyndigheten kommer också att behöva lämna ut uppgifter som myndigheten vidarebefordrar från öppenvårdsapoteket till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa som följer av den frågasvarstjänst som beskrivs i avsnitt 5.4.1. Av samma skäl som redovisats ovan föreslår utredningen även en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till berörd kontaktpunkt i ett annat EES-land.

För att uppgiftsskyldigheten till expedierande personal på öppenvårdsapotek och till utländsk kontaktpunkt ska kunna bryta sekretessen måste en hänvisning i OSL ske till den nya lagen (jfr 8 kap. 1 § OSL), se vidare avsnitt 10.6.

9.11.3 Uppgiftsskyldighet till Läkemedelsverket

Utredningens förslag: En bestämmelse om uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till Läkemedelsverket ska införas.

Utredningen har i tidigare avsnitt redogjort för Läkemedelsverkets behov av uppgifter och föreslår i avsnitt 9.7.6 att personuppgifter ska få behandlas för ändamål som avser redovisning av uppgifter till Läkemedelsverket. I dag får Läkemedelsverket uppgifter om bl.a. förskriften och expedierad vara, patientens namn, personnummer eller samordningsnummer, folkbokföringsort och postnumret i patientens bostadsadress, förskrivarens namn, yrke, specialitet, arbetsplats, arbetsplatskod och förskrivarkod, kostnad, samt andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller expediering (6 kap. 8 § lag om nationell läkemedelslista).

Vid expediering av e-recept utfärdade i ett annat EES-land kommer uppgifterna om expedieringen skilja sig åt i vissa avseenden från uppgifterna som finns för svenska expedieringar. Främst kommer patienten inte ha ett svenskt person- eller samordningsnummer. Läkemedelsverket har till utredningen uppgett att myndigheten har behov

av liknande uppgifter som myndigheten får i dag för de svenska e-recepten för sin tillsyn över öppenvårdsapotekens tillhandahållande- och uppgiftsskyldighet enligt lagen om handel med läkemedel. Myndigheten behöver patientens namn, födelsedatum och expedierande apotek för att kunna identifiera receptet. Förskrivet och expedierat läkemedel behövs också.

Utredningen anser därför att E-hälsomyndigheten bör på begäran lämna uppgifter till Läkemedelsverket om förskrivet läkemedel (mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, behandlingsändamål och datum för förskrivning), patientens namn, födelsedatum, land, uppgift om förskrivarens namn, yrke, expedierat läkemedel (mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, behandlingsändamål, datum för expediering), expedierande apotek, expedierande farmaceut, kostnad, och andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering. Med begreppet expedierat läkemedel avser utredningen det specifika läkemedel som har expedierats. I den nationella läkemedelslistan används begreppet vara för både läkemedel och övriga varor i motsvarande bestämmelse. I förarbetena anges att med andra varor avses teknisk sprit, förbrukningsartiklar, livsmedel för särskilda näringsändamål och de varor som upptas i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2011:15).²³ I denna lag används begreppet läkemedel för att förtydliga att det inte avser andra varor utan läkemedel. Uppgifterna ska redovisas per öppenvårdsapotek.

Mot bakgrund av att det rör sig om en skyldighet för E-hälsomyndigheten föreslog regeringen i förarbetena till den nationella läkemedelslistan att det i lagen införs en uttrycklig uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten gentemot Läkemedelsverket, som motsvarade dåvarande 18 a § lagen om receptregister. Skälet till att en bestämmelse om uppgiftsskyldighet infördes i receptregisterlagen var för att det inte skulle råda något tvivel om att uppgiftslämnandet inte är obehörigt, men också för att tydliggöra att det är fråga om ett åliggande för dåvarande Apotekens Service AB.²⁴

Utredningen gör samma bedömning som gjordes i förarbetena till tidigare lagstiftningar och föreslår en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till Läkemedelsverket. En sådan uppgiftsskyldighet i lag som utredningen föreslår innebär att sekretess

²³ Prop. 2017/18:233 s. 223 och 229.

²⁴ Prop. 2017/18:223 s. 171 och prop. 2008/09:145 s. 316.

inte hindrar att uppgift lämnas till annan myndighet enligt 10 kap. 28 § OSL.

Det kan vara så att vissa av de uppräknade uppgifterna som Läke- medelsverket behöver för sin tillsyn inte finns hos E-hälsomyndig- heten, beroende på t.ex. vilka uppgifter E-hälsomyndigheten har tagit emot från öppenvårdsapoteket och den nationella kontaktpunkten i land A. Utredningen anser därför att det bör framgå av bestämmel- sen att E-hälsomyndigheten endast kan lämna de uppgifter som myn- digheten har till Läkemedelsverket.

Utredningen gör vidare bedömningen att de uppgifter E-hälso- myndigheten ska lämna till Läkemedelsverket för myndighetens tillsyn över uppgifts- och tillhandahållandesskyldigheten bör anges i författning men inte regleras i lag, utan på en lägre normgivnings- nivå. Utredningen föreslår att regeringen bör få ett bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas, vilket lämpligen placeras sist i lagen. Mer detaljerade föreskrifter bör med- delas i en ny förordning till denna lag.

9.11.4 Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen

Utredningens förslag: En bestämmelse om uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till Socialstyrelsen ska införas.

Utredningen har i tidigare avsnitt redogjort för Socialstyrelsens be- hov av uppgifter om e-recept som utfärdats i ett annat EES-land och föreslår i avsnitt 9.7.7 att personuppgifter ska få behandlas för ändamål som avser redovisning av uppgifter till Socialstyrelsen.

I dag får Socialstyrelsen uppgifter om datum för förskrivning och expediering, förskriven och expedierad vara, mängd och dosering, kostnad och kostnadsreducering enligt lagen om läkemedelsför- måner m.m., ordinationsorsak, patientens personnummer eller sam- ordningsnummer och folkbokföringsort, och förskrivarens yrke, specialitet och arbetsplatskod (6 kap. 5 § lag om nationell läke- medelslista). Vid expediering av e-recept utfärdade i ett annat EES- land kommer uppgifterna om expedieringen skilja sig åt i vissa av- seenden från uppgifterna som finns för svenska expedieringar. Patienten kommer t.ex. inte ha ett svenskt person- eller samordnings- nummer. Socialstyrelsen har till utredningen uppgett att myndig-

heten har behov av liknande uppgifter som myndigheten får i dag för de svenska e-recepten. Utredningen instämmer i detta och anser att myndigheten ska få tillgång till liknande uppgifter även för e-recept från EES. Vilka uppgifter myndigheten får behandla för aktuellt ändamål framgår av 4 § förordning om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen. Utredningen anser därför att uppgiftsskyldigheten ska avse de uppgifter som är nödvändiga för ändamålet epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningens bedömning är att det inte är nödvändigt att räkna upp uppgifterna i lagstiftningen.

Mot bakgrund av att det rör sig om en skyldighet för E-hälsomyndigheten föreslog regeringen i förarbetena till den nationella läkemedelslistan att det i lagen införs en uttrycklig uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten gentemot Socialstyrelsen som motsvarade tidigare reglering i 16 § lagen om receptregister.²⁵ Bestämmelsen om uppgiftsskyldighet i receptregisterlagen ansågs nödvändig för att det inte skulle råda något tvivel om att uppgiftslämnandet inte var obehörigt, men också för att tydliggöra att det var fråga om ett åliggande för dåvarande Apotekens Service AB.²⁶ Utredningen gör samma bedömning som i förarbetena till tidigare lagstiftning och föreslår en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till Socialstyrelsen. En sådan uppgiftsskyldighet i lag som utredningen föreslår innebär att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till annan myndighet enligt 10 kap. 28 § OSL.

9.12 Tilldelning av behörighet och kontroll av elektronisk åtkomst

Utredningens förslag: En bestämmelse ska införas om att E-hälsomyndigheten ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet till den som arbetar hos myndigheten för åtkomst till uppgifter som behandlas enligt lagen. Behörigheten ska begränsas till sådan information som den som arbetar hos E-hälsomyndigheten behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.

²⁵ Prop. 2017/18:223 s. 169.

²⁶ Prop. 2017/18:223 s. 169 och prop. 2008/09:145 s. 316.

En bestämmelse ska vidare införas som anger att E-hälsomyndigheten ska se till att åtkomst till personuppgifter som behandlas enligt lagen dokumenteras och kan kontrolleras. E-hälsomyndigheten ska systematiskt och återkommande kontrollera om någon obehörigen tar del av uppgifterna.

9.12.1 Dataskyddsförordningen

Enligt artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen ska personuppgifter vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (principen om uppgiftsminimering). En annan grundläggande princip är att den personuppgiftsansvarige ska vidta åtgärder som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet bl.a. skydd mot obehörig eller otillåten behandling, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (principen om integritet och konfidentialitet i artikel 5.1 f).

Det är den personuppgiftsansvarige som ansvarar för säkerheten och som, enligt artikel 24 i dataskyddsförordningen, med beaktande av behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna, av varierande sannolikhetsgrad och allvar, för fysiska personers rättigheter och friheter, ska genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med dataskyddsförordningen. Dessa åtgärder ska ses över och uppdateras vid behov. De tekniska och organisatoriska åtgärderna ska vara utformade för ett effektivt genomförande av dataskyddsprinciperna, t.ex. principen om uppgiftsminimering i artikel 5 och för integrering av de nödvändiga skyddsåtgärderna i behandlingen (artikel 25). Åtgärder ska vidtas både vid fastställandet av vilka medel behandlingen utförs med och vid själva behandlingen och genomförs med beaktande av den senaste utvecklingen, genomförandekostnader och behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna, av varierande sannolikhetsgrad och allvar, för fysiska personers rättigheter och friheter. Den personuppgiftsansvarige ska vidta åtgärder för att säkerställa att endast personuppgifter som är nödvändiga för varje specifikt ändamål med behandlingen behandlas. Vidare ska personuppgifterna som huvudregel inte utan den registrerades medverkan göras tillgängliga för ett obegränsat antal fysiska personer.

I artikel 32 i dataskyddsförordningen preciseras de säkerhetsåtgärder som bör vidtas enligt artikel 25. De åtgärder som ska vidtas ska, när det är lämpligt, inbegripa pseudonymisering och kryptering av personuppgifter, förmågan att fortlöpande säkerställa konfidentialitet, integritet, tillgänglighet och motståndskraft hos behandlingssystemen och tjänsterna, förmågan att återställa tillgängligheten och tillgången till personuppgifter i rimlig tid vid en fysisk eller teknisk incident, ett förfarande för att regelbundet testa, undersöka och utvärdera effektiviteten hos de tekniska och organisatoriska åtgärder som ska säkerställa behandlingens säkerhet. Vid bedömningen av lämplig säkerhetsnivå ska särskild hänsyn tas till de risker som behandlingen medför, i synnerhet från oavsiktlig eller olaglig förstöring, förlust eller ändring eller till obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till de personuppgifter som överförts, lagrats eller på annat sätt behandlats. Åtgärder ska vidare vidtas för att säkerställa att varje fysisk person som utför arbete under den personuppgiftsansvariges eller personuppgiftsbiträdets överinseende, och som får tillgång till personuppgifter, endast behandlar dessa på instruktion från den personuppgiftsansvarige, om inte EU-rätten eller medlemsländernas nationella rätt ålägger honom eller henne att göra det.

9.12.2 Behörighetstilldelning och åtkomstkontroll

Informationsutbytet av e-recept över landsgränser kommer att omfatta en stor mängd känsliga personuppgifter. Som framgår av tidigare avsnitt är tjänsten valfri. Om personuppgifterna inte hanteras på ett säkert sätt som skyddar mot obehörigt utnyttjande av uppgifterna, kan det finnas risk att patienter väljer att inte använda den möjlighet som informationsutbytet medför. Därför är det viktigt att det tydligt framgår att E-hälsomyndigheten som personuppgiftsansvarig har ansvaret för att den elektroniska åtkomsten till personuppgifter hos myndigheten inte är mer omfattande än vad som krävs för att den som arbetar hos myndigheten ska kunna utföra sina arbetsuppgifter.

I lagen om nationell läkemedelslista ställs krav på att E-hälsomyndigheten ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till personuppgifter och på dokumentation (8 kap. 1 §). I förarbetena till lagen uttalade regeringen att E-hälsomyndigheten bör ta fram rutiner för behörighetstilldelning för de personalkate-

gorier inom myndigheten som kommer ifråga för åtkomst till uppgifter i registret. Åtkomsten till uppgifterna i registret föreslogs vara begränsad till det som behövs för att den som arbetar på myndigheten ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.²⁷ Utredningen anser att en bestämmelse i lagen om krav på behörighetstilldelning bör införas, i likhet med den nationella läkemedelslistan. Behörigheten för åtkomst till personuppgifter ska vara anpassad efter den anställdes behov av personuppgifter för att kunna utföra sitt arbete. Utgångspunkten för tilldelning av behörighet för personuppgifterna ska begränsas till det som behövs för att den som arbetar på myndigheten ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Av detta följer att behörigheter ska följas upp och ändras efter hand som ändringar i befattningshavarens arbetsuppgifter ger anledning till det.

I lagen om nationell läkemedelslista ställs vidare krav på att E-hälsomyndigheten ska se till att åtkomst till personuppgifter i den nationella läkemedelslistan dokumenteras och kontrolleras. Myndigheten ska systematiskt och återkommande kontrollera om någon obehörigen tar del av uppgifter i registret (8 kap. 1 §). I förarbetena till lagen uttalade regeringen att det ankommer på myndigheten att ta fram en säkerhetslösning som skyddar uppgifterna i registret mot otillåten behandling. Myndigheten bör identifiera vilka risker för obehörig användning som finns och vilka åtgärder som ska vidtas för att dessa risker ska minimeras eller om möjligt upphöra. Det ska exempelvis finnas en säker autentisering av den aktör som vill få åtkomst till registret. För att åtkomsten ska kunna kontrolleras bör det sparas loggar som visar så detaljerad information som behövs för att kunna utreda eventuell obehörig åtkomst eller annan behandling av uppgifterna i registret.²⁸

För att kunna säkerställa skyddet mot obehörig åtkomst anser utredningen att en bestämmelse som motsvarar den som finns i lagen om nationell läkemedelslista med krav på loggning och kontroll av elektronisk åtkomst bör införas i lagen. Utredningen anser att det ska framgå av lagen att E-hälsomyndigheten ska se till att åtkomsten till personuppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras. Vidare ska det framgå att E-hälsomyndigheten bör göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt personuppgifterna. Det är upp till E-hälsomyndigheten som personupp-

²⁷ Prop. 2017/18:223 s. 177.

²⁸ Prop. 2017/18:223 s. 177.

giftsansvarig att se till att det finns bra loggningssystem och att uppföljande kontroller görs för att lagen ska kunna följas.

Även om skyldigheten för den personuppgiftsansvarige att på olika sätt begränsa tillgången till personuppgifter kan sägas följa direkt av dataskyddsförordningens krav (se bl.a. artikel 24 och 25) anser utredningen i likhet med den bedömning som regeringen gjorde i förarbetena till den nationella läkemedelslistan att det bör regleras tydligt i lagen eftersom det rör känsliga uppgifter om personers hälsa.²⁹ Bestämmelser om vilka säkerhetsåtgärder som ska vidtas i en viss verksamhet utgör vidare ett sådant specifikt krav på personuppgiftsbehandling som enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen får fastställas i nationell rätt.

9.13 Bevarandetid

Utredningens förslag: Personuppgifter ska tas bort senast fem år efter att läkemedlet har expedierats på ett öppenvårdsapotek.

Lagring av personuppgifter är en form av behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen. Huvudregeln i artikel 5.1 e i dataskyddsförordningen är att personuppgifter inte får förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifterna behandlas. Denna utgångspunkt får anses vara ett uttryck för resultatet av avvägningen mellan integritetsskyddsintresset och det informationsbehov som uppgifterna ska tillgodose. När en personuppgift inte längre behöver behandlas för de ursprungliga ändamålen ska uppgiften raderas eller avidentifieras. Med avidentifiering menas att alla möjligheter att identifiera en person tas bort. Särskilda regler gäller enligt dataskyddsförordningen om personuppgifter behandlas för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål. Om personuppgifter behandlas enbart för dessa ändamål, får de bl.a. lagras under längre perioder under förutsättning att lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder vidtas i enlighet med kraven i artikel 89.1 i dataskyddsförordningen.

²⁹ Prop. 2017/18:223 s. 177.

Regleringen i dataskyddsförordningen gäller inte i den utsträckning att det skulle hindra en myndighet att arkivera och bevara allmänna handlingar. Handlingsoffentligheten har företrädare framför dataskyddsförordningen, vilket innebär att personuppgifter i allmänna handlingar inte ska gallras enligt bestämmelser i dataskyddsförordningen. Av 3 § arkivlagen (1990:782) framgår att en myndighets arkiv, som bl.a. består av de allmänna handlingarna från myndighetens verksamhet, ska bevaras. Huvudprincipen enligt arkivlagstiftningen är således att allmänna handlingar ska bevaras. Enligt bestämmelsen ska myndigheternas arkiv bevaras, hållas ordnade och vårdas så att de tillgodoser rätten att ta del av allmänna handlingar, behovet av information för rättskipningen och förvaltningen samt forskningens behov. Det följer dock av 10 § arkivlagen att allmänna handlingar under vissa förutsättningar får gallras. När det gäller gallring är arkivlagens bestämmelser subsidiära i förhållande till annan lagstiftning. Om det finns avvikande bestämmelser om gallring av vissa allmänna handlingar i annan lag eller förordning, har de bestämmelserna företräde (10 § tredje stycket arkivlagen). Av 14 § arkivförordningen framgår att statliga myndigheter får gallra allmänna handlingar endast i enlighet med föreskrifter eller beslut av Riksarkivet, om inte särskilda gallringsföreskrifter finns i lag eller förordning.

En bestämmelse om gallring innebär alltså inte bara att uppgiften inte längre får behandlas i dataskyddsförordningens mening, utan även att arkivrättslig gallring ska ske. Om det i författningar som rör myndigheters behandling av personuppgifter inte finns några särskilda regler om gallring, ska således arkivlagens bestämmelser om bevarande som huvudprincip tillämpas.

Regeringen har bedömt att bestämmelser i registerförfattningar, som innebär att personuppgifter ska eller får bevaras under viss tid alternativt gallras efter en viss tid eller när de inte längre är nödvändiga för de ändamål för vilka de behandlas, är sådana nationella bestämmelser om lagringstid som är tillåtna enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen när behandlingen grundar sig på en rättslig förpliktelse, en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning.³⁰ Den rättsliga grunden för informationsutbytet av e-recept över landsgränser är rättslig förpliktelse och uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. Utred-

³⁰ Prop. 2017/18:105 s. 142.

ningens bedömning är därför att en särskild bestämmelse om lagrings-tid är förenlig med dataskyddsförordningen och kan införas i lagen.

Principen att gallring ska ske motiveras i första hand av integritetsskäl.³¹ Behovet av gallringsbestämmelser måste således avgöras genom en avvägning mellan å ena sidan intresset av skydd för den personliga integriteten och å andra sidan intresset av offentlighet och insyn i myndigheternas verksamhet. Vid informationsutbytet av e-recept över landsgränser kommer känsliga personuppgifter att behandlas om patienters hälsa. Behandlingen kan komma att omfatta en stor mängd patienter. Utredningens bedömning är därför att en bestämmelse om vilken bevarandetid som ska gälla för uppgifterna som behandlas enligt lagen ska införas. Bevarandetidens längd ska motiveras utifrån de ändamål som lagen avser att tillgodose och med beaktande av integritetsskyddsintresset.

Frågan om olika bevarandetider lyftes i förarbetena till den nationella läkemedelslistan. Regeringen uppgav då att en konstruktion med olika bevarandetider skulle försvåra den personuppgiftsansvariges hantering av uppgifterna och även för den registrerade att bilda sig en uppfattning om vad den verkliga bevarandetiden är. En sådan lösning är därför utifrån ett integritetshänseende inte ändamålsenlig. Regeringen gjorde därför bedömningen att den tid om fem år som föreslagits i departementspromemorian var välavvägd för att ändamålen med personuppgiftsbehandlingen i den nationella läkemedelslistan skulle uppnås. Regeringen uttalade vidare i förarbetena bl.a. att ändamålen avsåg huvudsakligen ”hantering som är nödvändig för att en patient ska kunna få en säker ordination och expediering av ett förskrivet läkemedel samt redovisning av uppgifter till olika myndigheter som behöver uppgifterna i sin tillsyn eller övriga verksamhet”. Vid bedömningen av vilken bevarandetid som var lämplig ansågs syftet med dessa ändamål vara vägledande. Regeringen bedömde då att fem år var välavvägd för ändamålen med personuppgiftsbehandlingen i den nationella läkemedelslistan.³²

Vad gäller de i lagen föreslagna ändamålen kan det precis som i förarbetena till den nationella läkemedelslistan diskuteras om det är lämpligt med olika bevarandetider för de olika ändamålen. Syftet med lagen är i vissa avseenden liknande som den nationella läkemedelslistan bl.a. åstadkommande av en säker expediering. Främst syftar

³¹ Prop. 1989/90:72 s. 50.

³² Prop. 2017/18:223 s. 120 f.

lagen till att möjliggöra för en patient som är t.ex. på resande fot att hämta ut sitt läkemedel i ett annat EES-land på ett säkert sätt och att uppgifter om expedieringen ska kunna återrapporteras till patientens hemland. Öppenvårdsapoteken har i samband med expedieringen en skyldighet i enlighet med lagen om handel med läkemedel att lämna vissa uppgifter om expedieringen till E-hälsomyndigheten. Dessa uppgifter hanteras och lämnas sedan ut av E-hälsomyndigheten till Läkemedelsverket för verkets tillsyn och till Socialstyrelsen för uppföljning. Syftet är inte att skapa ett register med fullständig information om patienten.

Vad gäller t.ex. ändamålet Läkemedelsverkets tillsyn har verket behov av uppgifter om expediering av läkemedel för sin tillsyn. Av 10 kap. 1 § receptföreskrifterna följer att viss dokumentation ska bevaras och hållas tillgänglig för tillsyn i fem år, t.ex. verifikationer för utlämnande av läkemedel. Eftersom Läkemedelsverket använder sig av verifikationen som underlag för bedömningen av om öppenvårdsapoteken uppfyller sin uppgiftsskyldighet som följer av lagen om handel med läkemedel är det enligt utredningens bedömning lämpligt att samma tid ska gälla för ändamålet i 6 § 4 i den föreslagna lagen, dvs. för Läkemedelsverkets tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten och uppgiftsskyldigheten i 2 kap. 6 § 16 och 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel.

Vad gäller övriga ändamål finner utredningen, i likhet med förarbetena till den nationella läkemedelslistan, att det inte är lämpligt med olika bevarandetider för de olika ändamålen. I den nationella läkemedelslistan finns motsvarande ändamål som i den föreslagna lagen, dvs. ändamål för framställande av statistik hos E-hälsomyndigheten, ändamål för Läkemedelsverkets tillsyn och ändamål för Socialstyrelsens epidemiologiska studier etc. Utredningen ser inget skäl att e-recept utfärdade i ett annat EES-land medför någon väsentligt annan bedömning om bevarandetidens längd än e-recept utfärdade i Sverige. Utredningen finner således inte skäl att göra någon annan bedömning än vad som gjorts i den nationella läkemedelslistan vad gäller bevarandetidens längd. Mot denna bakgrund bör bevarandetiden vara fem år enligt utredningens bedömning.

9.14 Rätt att meddela föreskrifter

Utredningens förslag: I lagen ska införas ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas till Läkemedelsverket.

I 8 kap. regeringsformen (RF) finns bestämmelser om lagar och andra föreskrifter. Vilka föreskrifter som meddelas genom lag följer av 8 kap. 2 § RF. Av 8 kap. 3 § RF framgår att riksdagen kan bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter enligt 2 § första stycket 1 och 2. Vidare följer av 8 kap. 10 § RF att riksdagen, efter ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter i visst ämne, kan medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter i ämnet. Regeringen kan även meddela föreskrifter om verkställighet av lag och föreskrifter som inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen (8 kap. 7 § första stycket 1 och 2 RF).

Utredningen föreslår i avsnitt 9.11.3 att E-hälsomyndigheten ska på begäran av Läkemedelsverket lämna de uppgifter som myndigheten behöver för ändamålet i 6 § 4, dvs. för Läkemedelsverkets tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten enligt 2 kap. 6 § 16 lagen om handel med läkemedel och för Läkemedelsverkets tillsyn över uppgiftslämnande vid expediering av en förskrivning enligt 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel. Enligt utredningens bedömning bör vilka uppgifter som ska lämnas till Läkemedelsverket inte regleras i lag utan på en lägre normgivningsnivå. Regeringen bör få ett bemyndigande för detta. Mer detaljerade föreskrifter bör meddelas i en ny förordning till lagen. Om t.ex. kraven från nätverket för e-hälsa ändras och det får betydelse för uppgiftsskyldigheten, är det en fördel att en förordning uppdateras enklare än en lag. Utredningen föreslår därför att regeringen ska bemyndigas att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas till Läkemedelsverket.

10 Övriga aktörers personuppgiftsbehandling, ändringar i HOSP-förordningen och offentlighets- och sekretesslagen

10.1 Inledning

I föregående kapitel 7–9 analyseras E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling vid informationsutbyte av e-recept över landsgränser. Utredningen har också i uppdrag att analysera behovet av att reglera den personuppgiftsbehandling som öppenvårdsapoteken utför vid expedieringar i Sverige av e-recept från EES eller svenska e-recept som expedieras utomlands och vid behov lämna förslag på nödvändiga ändringar. Öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter regleras i apoteksdatalagen (2009:367) och omfattar personuppgifter som rör konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel. Frågan om gränsöverskridande informationshantering för utlandsvård behandlas varken i apoteksdatalagen, i förarbetena till lagen eller vid genomförandet av patientrörlighetsdirektivet.

Utredningen ska också analysera behovet av att reglera personuppgiftsbehandling för andra berörda aktörer. I detta kapitel analyseras även förskrivarnas personuppgiftsbehandling som främst regleras i patientdatalagen (2008:355). Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens personuppgiftsbehandling analyseras avslutningsvis. Utredningen ska även redogöra för hur författningsförslagen förhåller sig till bl.a. relevant dataskyddsreglering, behovet av informationssäkerhet, rätts-säkerhet och skyddet för den personliga integriteten.

Utredningen utreder även behovet av och föreslår ändringar i förordning (2006:196) om register över hälso- och sjukvårdspersonal,

den s.k. HOSP-förordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL).

10.2 Behov av ändringar i apoteksdatalagen

10.2.1 Öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling

Personuppgiftsbehandlingen vid en expediering av ett e-recept från EES påminner i stort om behandlingen när ett svenskt e-recept expedieras på ett öppenvårdsapotek. I båda fallen behöver öppenvårdsapoteken tillgång till ett antal uppgifter för att kunna utföra expedieringen. Vid informationsutbyte av e-recept över landsgränser kommer öppenvårdsapoteken få de uppgifter som behövs från den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i land A, via E-hälsomyndigheten som nationell kontaktpunkt för e-hälsa i Sverige. Utredningen redogör för hur informationsflödet i tjänsten e-recept över landsgränser ser ut i avsnitt 5.4. Syftet är att öppenvårdsapoteken ska kunna identifiera patienten och patientens e-recept för att sedan kunna expediera läkemedlet och slutligen återrapportera uttaget till E-hälsomyndigheten för vidarebefordran av informationen till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa.

De insamlade uppgifterna kommer i samband med expedieringen att behöva vidareförmedlas till E-hälsomyndigheten som i sin tur samlar in, lagrar och lämnar ut uppgifterna till kontaktpunkten för e-hälsa i det andra landet och till andra aktörer samt använder uppgifterna för statistikändamål. Uppgifterna kommer också att behöva sparas av öppenvårdsapoteken för att uppfylla den skyldighet som följer av receptföreskrifterna att vid expedieringen upprätta en verifikation som ska sparas för tillsyn i fem år (8 kap. 42 § och 10 kap. 1 §).

De insamlade personuppgifterna kan även komma att behandlas i samband med reklamation och då för ändamålet reklamation (8 § 3 apoteksdatalagen), i samband med att uppgifter lämnas ut till Läke-medelsverket och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och då för ändamålet tillsyn (8 § 6) samt i samband med hälsorelaterad kundservice och då för ändamålet hälsorelaterad kundservice (8 § 8). Vidare kan de insamlade uppgifterna även komma att behandlas för öppenvårdsapotekens kvalitetssäkring och uppföljning av verksamheten och då för ändamålet kvalitetssäkring och uppföljning av verksamheten (8 § 10 och 11) samt i samband med att uppgifter lämnas till

E-hälsomyndigheten för statistik över detaljhandeln (8 § 2). Om expedierande farmaceut i samråd med konsumenten skriver ut en sammanställning av de receptuppgifter på originalspråket som överförs i PDF-format från kontaktpunkten för e-hälsa i det andra landet kommer personuppgifter att behandlas och då eventuellt för ändamålet utlämnande av recept till konsumenten (8 § 9). Syftet är främst att konsumenten ska kunna ta del av information från receptet på sitt språk. Det är en informationsåtgärd och innebär inte en överföring av e-receptet till ett annat receptformat. När det blir aktuellt för Sverige att hantera fullmakter i tjänsten behöver öppenvårdsapoteken kunna kontrollera att det finns en giltig fullmakt och behöver då kunna behandla personuppgifter för ändamålet administrering av fullmakter (8 § 5).

10.2.2 De personuppgifter som behövs vid en expediering

Personal på öppenvårdsapoteken behöver tillgång till alla uppgifter om en förskrivning för att expediera läkemedel och för att kunna vidta åtgärder i samband med expedieringen. Den som expedierar läkemedel behöver bl.a. kontrollera förordnandet, se till att rätt läkemedel expedieras till rätt person, samt ge den information och rådgivning som krävs för att säkerställa en korrekt och säker läkemedelsanvändning. I den kontroll som ska göras enligt receptföreskrifterna ligger bl.a. att försäkra sig om att receptet är fullständigt ifyllt av en behörig förskrivare och fortfarande giltigt. I kontrollen ingår också t.ex. att bedöma om dosen är rimlig med hänsyn till ändamålet och om det finns risk för interaktioner.

I receptföreskrifterna framgår vilka uppgifter som ett recept utfärdat av behörig förskrivare i Sverige ska innehålla (4 kap. 8 §).¹ Det är dels uppgifter om patienten, patientens läkemedel och behandling, dels uppgifter om förskrivaren, t.ex. förskrivarens namn, förskrivarkod, yrke, samt adress och telefon till arbetsplats. Vid expediering av e-recept från EES kommer öppenvårdsapoteken att behandla motsvarande personuppgifter som när det gäller ett svenskt e-recept. De personuppgifter som behandlas har utredningen redogjort för i tidigare avsnitt 5.4.2. Uppgifterna är sådana som medlemsländerna be-

¹ Motsvarande uppgifter för pappersrecept från Sverige avsedda för EES finns i 4 kap. 10 § i receptföreskrifterna.

dömt vara nödvändiga för att e-recept ska kunna expedieras i ett annat EES-land. I informationsutbytet översätts och överförs endast de uppgifter som följer av nätverket för e-hälsas krav. Även i nätverket för e-hälsas krav är vissa uppgifter ”utökade” och kan anges vid behov.

10.2.3 Rättslig grund för behandlingen

Utredningens bedömning: Behandling av personuppgifter för expediering av e-recept från EES kan stödjas på de rättsliga grunderna rättslig förpliktelse och uppgift av allmänt intresse i enlighet med artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. De rättsliga grunderna är fastställda i nationell rätt genom utredningens förslag.

För att behandla personuppgifter krävs att det finns en rättslig grund som är tillämplig i enlighet med artikel 6 i dataskyddsförordningen. Behandlingen stödjer sig på en rättslig grund om den t.ex. är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige eller för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen). Om en behandling grundar sig på någon av de nämnda rättsliga grunderna krävs att grunden är fastställd i EU-rätten eller i nationell rätt (artikel 6.3 andra stycket). Det finns i dessa fall också utrymme för att anpassa tillämpningen av förordningen genom bestämmelser i nationell rätt (artikel 6.2 och 6.3 andra stycket).

Uppgiften att expediera recept framgår bl.a. av läkemedelslagen (2015:315) och lagen om handel med läkemedel (2009:366) samt föreskrifter meddelade med stöd av denna lagstiftning. Av receptföreskrifterna framgår mer konkret öppenvårdsapotekens skyldighet att expediera ett giltigt recept. Av föreskrifterna följer bl.a. vem som kan anses som behörig förskrivare och behörig att expediera recept, samt vilka krav och kontroller som gäller vid expediering och utlämnande av läkemedel, t.ex. vad som gäller recept som utfärdats av en behörig förskrivare i ett annat EES-land.

Behandling av personuppgifter för expediering av e-recept från EES får enligt utredningens bedömning anses vara nödvändig för att

fullgöra en rättslig förpliktelse i enlighet med artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen.² Enligt utredningens bedömning kan expediering av e-recept också ses som en uppgift av allmänt intresse i enlighet med artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen.

Den rättsliga förpliktelsen eller uppgiften av allmänt intresse att expediera giltiga recept är i enlighet med artikel 6.3 första stycket i dataskyddsförordningen fastställd i den nationella rätten genom bl.a. läkemedelslagen, lagen om handel med läkemedel, receptföreskrifterna, samt utredningens förslag till ändringar i lagen om handel med läkemedel och receptföreskrifterna.

10.2.4 Begreppet behörig att förordna läkemedel

Utredningens bedömning: Begreppet behörig att förordna läkemedel i apoteksdatalagen omfattar inte förskrivare behöriga i ett annat land.

Begreppet behörig att förordna läkemedel är ett centralt begrepp i svensk lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Begreppet förordna definieras som att utfärda recept eller rekvisition avseende läkemedel och teknisk sprit i 1 kap. 7 § receptföreskrifterna. Med rekvisition avses beställning av läkemedel eller teknisk sprit från öppenvårdsapotek, vilket inte är aktuellt i detta sammanhang (1 kap. 7 § receptföreskrifterna).

Begreppet förskrivare definieras i ovannämnda bestämmelse som den som är behörig att förordna läkemedel eller teknisk sprit, med undantag för den som får rekvirera läkemedel enligt 6 kap. 7 §. Vilka som har behörighet att förordna läkemedel och teknisk sprit för behandling av människa framgår av 2 kap. i receptföreskrifterna. Det är bl.a. läkare, tandläkare, tandhygienister, barnmorskor, optiker och sjuksköterskor som i olika utsträckning har rätt att förordna läkemedel. Dessa yrkestitlar får användas endast av den som har legitimation för yrket eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring enligt 4 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Läkare, barnmorskor och tandläkare kan också ha ett särskilt förordnande att utöva yrket (4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen). Det är Socialstyrelsen som prövar

² SOU 2017:66 s. 376.

frågan om legitimation och särskilt förordnande (4 kap. 10 § patient-säkerhetslagen).

Som begreppet förskrivare är definierat ovan verkar det förutsätta legitimation eller liknande krav enligt det svenska regelverket. I förarbetena till den nationella läkemedelslistan framgår också att de svenska legaldefinitionerna av begreppen ”förskrivare”, ”öppenvårdsapotek” och ”farmaceut” endast avser förskrivare och farmaceuter med en svensk legitimation respektive apotek med en svensk licens.³ Vidare framgår av proposition *Patientrörlighet i EU-förslag till ny lagstiftning* att artikel 11.1 i patientrörlighetsdirektivet om erkännande av recept som har utfärdats i ett annat medlemsland skulle genomföras i Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande av läkemedel och teknisk sprit m.m.⁴ I föreskrifterna görs en skillnad mellan förskrivare och förskrivare behörig i ett annat EES-land, se t.ex. 8 kap. 36 §.

Enligt utredningens bedömning verkar det svenska regelverket utgå från att begreppet förskrivare används som ett begrepp för förskrivare behöriga i Sverige och som i regel inte omfattar förskrivare behöriga i andra länder. Ett exempel på detta är 8 kap. 8 § i receptföreskrifterna som anger att ett förordnande får expedieras från öppenvårdsapotek endast om det utfärdats av en i Sverige behörig förskrivare, och att därutöver får bl.a. recept som utfärdats skriftligen av en förskrivare behörig i ett annat EES-land expedieras. Med stöd bl.a. i förarbetena till den nationella läkemedelslistan och hur begreppet verkar ha använts i annan lagstiftning väljer utredningen därför att tolka begreppet förskrivare som en svensk legaldefinition. Mot denna bakgrund är utredningens bedömning att begreppet behörig att förordna läkemedel i regel avser en förskrivare behörig i Sverige och att i de fall även behöriga förskrivare från annat EES-land avses bör det framgå i författningstexten. Det kan även antas bidra till en tydlighet i regleringen, främst eftersom förutsättningarna för en förskrivning i Sverige och i ett annat land kan skilja sig åt.

³ Prop. 2017/18:223 s. 217 f.

⁴ Prop. 2012/13:150 s. 101 f.

10.2.5 Apoteksdatalagens tillämpningsområde

Utredningens förslag: Ett nytt stycke bör införas som gör det möjligt för öppenvårdsapoteken att också behandla personuppgifter som rör behörig förskrivare från ett annat EES-land.

För att avgränsa tillämpningsområdet när det rör e-recept från EES bör en hänvisning göras till definitionen av e-recept från EES i lagen om handel med läkemedel.

Apoteksdatalagen reglerar öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter hänförliga till konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel. Av 1 § apoteksdatalagen följer att personuppgifter hänförliga till konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel får behandlas för de ändamål som anges i 8 §. Vid informationsutbytet av e-recept över landsgränser kommer öppenvårdsapoteken att behandla e-recept som utfärdats av behörig förskrivare i ett annat EES-land. Vilka förskrivare som är behöriga bestäms av varje lands nationella rätt.

Som framgår av den bedömning som utredningen gjort i avsnitt ovan, omfattas begreppet behörig att förordna läkemedel inte av behöriga förskrivare i ett annat EES-land. Öppenvårdsapoteken har också, i likhet med vad gäller svenska e-recept, behov av att behandla uppgifter om förskrivare från andra länder för att uppfylla de skyldigheter som följer av svensk lagstiftning, t.ex. upprättande av verifierationer (8 kap. 42 § receptföreskrifterna).

För att öppenvårdsapoteken ska kunna behandla uppgifter om behörig förskrivare i ett annat EES-land är utredningens bedömning att ett nytt stycke bör införas i 1 § apoteksdatalagen som innebär att öppenvårdsapoteken får behandla personuppgifter om behörig förskrivare i ett annat EES-land.

Vad gäller begreppet konsument finns det ingen legaldefinition som pekar ut svenska konsumenter. Begreppet konsument i apoteksdatalagen omfattar därför även konsumenter från andra länder. Enligt utredningens bedömning krävs därför ingen ändring för att även konsumenter från andra länder ska omfattas av apoteksdatalagen. Trots detta föreslår utredningen att begreppet konsument upprepas i bestämmelsen om e-recept från EES för att det inte ska råda några oklarheter om att konsument omfattas av den nya bestämmelsen.

För att avgränsa expedieringen av läkemedel till endast de länder inom EES som omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser bör en hänvisning till definitionen om e-recept från EES i lagen om handel med läkemedel göras. Det innebär bl.a. en begränsning till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa, se vidare kapitel 5. Kraven innebär bl.a. att det bara är de länder inom EES som är anslutna till e-hälsoavtalet som kan använda tjänsten e-recept över landsgränser, att informationsutbytet måste ske via varje lands nationella kontaktpunkt för e-hälsa samt att dessa kontaktpunkter måste vara godkända av nätverket för e-hälsa för att få driftsätta tjänsten e-recept över landsgränser.

Utredningen har inte analyserat förslagen i förhållande till pappersrecept från EES.

10.2.6 Ändamål med personuppgiftsbehandlingen

Utredningens förslag: Personuppgifter får behandlas även för expediering av e-recept från EES och för redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i svensk rätt om behandling av personuppgifter i enlighet med utredningens förslag.

Inledning

De ändamål för vilka personuppgifter får behandlas enligt apoteksdatalagen anges i 8 § och framgår av avsnitt 3.2.8. Ändamålsbestämmelserna i 8 § är emellertid inte en helt uttömmande beskrivning av för vilka ändamål öppenvårdsapoteken får behandla personuppgifter. Utöver dessa ändamål får öppenvårdsapoteken också behandla personuppgifter med stöd av finalitetsprincipen (9 §) eller samtycke (6 § 2).

Ändamålet expediering på öppenvårdsapotek

Öppenvårdsapotekens kärnverksamhet utgörs av expediering av läkemedel och andra varor som har förordnats. Utredningens bedömning är att begreppet förordna är en svensk legaldefinition som endast avser förordnanden av förskrivare som är behöriga i Sverige, se avsnitt 10.2.4. Eftersom behandling för ändamålet expediering av förordnade läkemedel, och sådana förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. samt för åtgärder i anslutning till expedieringen är begränsad till expediering av recept som utfärdats av en förskrivare behörig i Sverige, är expediering av recept som utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat land inte ett uttryckligen tillåtet ändamål enligt apoteksdatalagen.

Personuppgifterna kan inte behandlas med stöd av samtycke

Enligt 6 § andra stycket apoteksdatalagen får behandling av personuppgifter som inte är tillåten enligt lagen ändå utföras om den registrerade har lämnat ett uttryckligt samtycke till behandlingen. I förarbetena till bestämmelsen framgår att den innebär ett klagörande och kan sägas vara ett uttryck för att en enskilds uttryckliga samtycke till en viss personuppgiftsbehandling ska respekteras. Det innebär således att personuppgifter kan samlas in och behandlas för ett ändamål som inte anges i apoteksdatalagens ändamålsbestämmelse om den enskilde har lämnat ett uttryckligt samtycke till detta.⁵

Ett samtycke enligt dataskyddsförordningen är varje slag av frivillig, specifik, informerad, och otvetydig viljeyttring, genom vilken den registrerade, antingen genom ett uttalande eller genom en entydig bekräftande handling, godtar behandling av personuppgifter som rör honom eller henne (artikel 4.1 i dataskyddsförordningen). För att ett samtycke ska betraktas som frivilligt krävs enligt skäl 42 till dataskyddsförordningen att den registrerade har en genuin och fri valmöjlighet och utan problem kan vägra eller ta tillbaka sitt samtycke. Samtycke bör därför inte utgöra giltig rättslig grund för behandling av personuppgifter om det råder betydande ojämlikhet mellan den registrerade och den personuppgiftsansvarige, särskilt om den personuppgiftsansvarige är en myndighet (skäl 43 till dataskyddsförordningen). Även om ett öppenvårdsapotek inte är en myndighet

⁵ Prop. 2008/09:145 s. 339.

anser utredningen att samma synsätt gör sig gällande mellan en konsument och ett öppenvårdsapotek vad gäller maktobalansen mellan parterna. Det är dock inte helt uteslutet för myndigheter att tillämpa samtycke som rättslig grund. Regeringen har ansett att det torde finnas utrymme för samtycke som rättslig grund även för myndigheter, bl.a. om den registrerade har fri valmöjlighet eller utan problem kan vägra eller ta tillbaka sitt samtycke.⁶

I förarbetena till lagen om nationell läkemedelslista angav regeringen som exempel på när samtycke som rättslig grund kan användas, t.ex. behandling av personuppgifter för mindre avgörande ändamål för patienten såsom aviserings- och påminnelsetjänster eller behandling av uppgifter om förskrivare som inte torde ha samma ojämlika förhållande till den personuppgiftsansvarige som patienter.⁷ Den behandling som utförs vid expediering av ett e-recept utfärdat i ett annat EES-land är inte en sådan situation. Enligt utredningens mening är det därför olämpligt att behandla personuppgifterna med stöd av samtycke.

Ett utökat ändamål för expediering behövs

Utredningen har ovan gjort bedömningen att expediering av e-recept utfärdade i ett annat EES-land inte tydligt omfattas av de uppräknade ändamålen i apoteksdatalagen och att det inte heller är lämpligt att behandla personuppgifterna med stöd av samtycke. För att öppenvårdsapoteken ska kunna behandla personuppgifter för expediering av läkemedel som omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser är utredningens bedömning att det befintliga ändamålet i 8 § 1 apoteksdatalagen bör utvidgas till att även omfatta e-recept från EES. För att avgränsa bestämmelsen till endast de länder inom EES som är anslutna till tjänsten e-recept över landsgränser bör, enligt utredningens mening, en hänvisning göras till definitionen av e-recept från EES i lagen om handel med läkemedel, se avsnitt 12.2.2.

⁶ Prop. 2017/18:171 s. 87.

⁷ Prop. 2017/18:171 s. 87.

Den rättsliga grunden för behandlingen

Öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter för att expediera e-recept från EES är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse och för att utföra en uppgift av allmänt intresse i enlighet med artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen, se avsnitt 10.2.3. Den rättsliga förpliktelsen och uppgiften av allmänt intresse att expediera giltiga recept från andra EES-länder är i enlighet med artikel 6.3 första stycket i dataskyddsförordningen fastställd i den nationella rätten genom bl.a. läkemedelslagen, lagen om handel med läkemedel, och receptföreskrifterna, med de tillägg som utredningen föreslår. Enligt samma artikel ska syftet med behandlingen vara fastställt i den rättsliga grunden eller vara nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Syftet att expediera giltiga recept framgår av de bestämmelser som utgör den rättsliga grunden och är också nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse.

I kapitel 11 gör utredningen bedömningen att förslagen uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionella mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket sista meningen i dataskyddsförordningen). Utredningen gör därmed bedömningen att förslaget är förenligt med artikel 6 i dataskyddsförordningen. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i kapitel 11.

Ett utökat ändamål avseende redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten behövs

Av 8 § 2 apoteksdatalagen följer att personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt för redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten enligt 2 kap. 6 § 5 och 7 lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Av 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel följer att öppenvårdsapoteken har en skyldighet att vid expediering av e-recept lämna vissa uppgifter till E-hälsomyndigheten. Myndigheten i sin tur registrerar, lagrar och lämnar ut uppgifterna till andra aktörer samt använder uppgifterna för statistikändamål i enlighet med lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista. Enligt 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel ska öppenvårdsapoteken redovisa de uppgifter som framgår av 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista. Uppgifterna som ska lämnas är hänförliga till bl.a. förskrivaren, patien-

ten, förskriven och expedierad vara, expedierande apotek och expedierande farmaceut.

Utredningen föreslår i avsnitt 12.2.4 att en uppgiftsskyldighet för öppenvårdsapoteken till E-hälsomyndigheten ska införas i lagen om handel med läkemedel för e-recept från EES eftersom den nu gällande uppgiftsskyldigheten i 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel inte är tillämplig enligt utredningens bedömning. Förslaget har motsvarande syfte. Eftersom behandling för ändamålet i 8 § 2 apoteksdatalagen inte tydligt omfattar redovisning avseende e-recept från EES gör utredningen bedömningen att ändamålet bör utvidgas till att även omfatta detta.

Den rättsliga grunden för behandlingen

Utredningen föreslår som framgår ovan en uppgiftsskyldighet till E-hälsomyndigheten i lagen om handel med läkemedel för öppenvårdsapoteken i samband med expediering av e-recept från EES. En uppgiftsskyldighet innebär i sig en sådan rättslig förpliktelse som avses i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen. Behandling av personuppgifter för redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten blir därmed nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar öppenvårdsapoteken. Den rättsliga grunden är enligt förslaget fastställd i lagen om handel med läkemedel. Syftet med behandlingen, att redovisa vissa uppgifter till E-hälsomyndigheten, framgår uttryckligen av den rättsliga förpliktelsen (jfr artikel 6.3 i dataskyddsförordningen).

I kapitel 11 gör utredningen bedömningen att förslagen uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionella mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket sista meningen i dataskyddsförordningen). Enligt utredningens bedömning är därmed förslaget förenligt med artikel 6 i dataskyddsförordningen. Konsekvenserna för den personliga integriteten berörs i kapitel 11.

10.2.7 Öppenvårdsapotekens övriga behandlingar

Utredningens bedömning: De övriga behandlingar som öppenvårdsapoteken kan behöva vidta med anledning av e-recept från EES ryms inom befintliga ändamål i apoteksdatalagen.

Apotekens kärnverksamhet är som utredningen nämnt tidigare expediering av läkemedel och andra varor som förordnats. Som en följd av expedieringen aktualiseras i likhet med för svenska recept även andra behandlingar för vilka öppenvårdsapoteken behöver behandla personuppgifter vad gäller e-recept från EES. Utredningen har i avsnitt 10.2.1 redogjort för vilka behandlingar som kan bli aktuella för e-recept från EES. Utredningens bedömning är att de uppräknade behandlingarna ryms inom de befintliga ändamålen i 8 § i apoteksdatalagen. Någon ändring krävs därför inte av nämnda bestämmelse.

10.2.8 Behandling av känsliga personuppgifter

Utredningens bedömning: En påminnelse om tystnadsplikt när känsliga personuppgifter behandlas med stöd av artikel 9.2 h i dataskyddsförordningen finns i apoteksdatalagen. Någon ytterligare bestämmelse för öppenvårdsapotekens behandling av känsliga personuppgifter när e-recept från EES expedieras på öppenvårdsapotek behövs inte.

Vid expediering av e-recept från EES kommer öppenvårdsapoteken att behandla känsliga personuppgifter. Behandling av känsliga personuppgifter är enligt huvudregeln i artikel 9.1 i dataskyddsförordningen förbjuden. Huvudregeln kompletteras med ett antal undantag i artikel 9.2 i dataskyddsförordningen. Den verksamhet som apoteksdatalagen omfattar ryms under undantaget i artikel 9.2 h som rör hälso- och sjukvårdsändamål samt social omsorg. För att undantaget i artikeln ska vara tillämpligt krävs att den aktuella verksamheten utförs på grundval av EU-rätten eller medlemsländernas nationella rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Ett ytterligare krav för att behandling enligt artikel 9.2 h ska vara tillåten är att kravet på tystnadsplikt enligt artikel 9.3 i dataskyddsförord-

ningen är uppfyllt. Apotekspersonal omfattas av tystnadsplikt enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.

För att göra den nationella regleringen tydligare har regeringen uttalat att en påminnelse om kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i dataskyddsförordningen bör tas in i registerförfattningar på hälso- och sjukvårdens område.⁸ En sådan bestämmelse finns redan i 9 a § apoteksdatalagen. Den bestämmelsen omfattar även öppenvårdsapotekens behandling av känsliga personuppgifter när e-recept utfärdade i ett annat EES-land expedieras på öppenvårdsapotek. Någon ytterligare bestämmelse behövs därför inte enligt utredningens bedömning.

10.2.9 Sökbegrepp

Utredningens förslag: Konsumentens identitet ska få användas som sökbegrepp för det utökade ändamålet i 8 § 1 apoteksdatalagen. Även identiteten på en förskrivare behöri i ett annat EES-land ska få användas som sökbegrepp för ändamålet i 8 § 6 apoteksdatalagen.

Utredningens bedömning: Den föreslagna justeringen av bestämmelsen om sökbegränsningar är en sådan precisering som är tillåten enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen.

På vilket sätt personuppgifter kan sammanställas är en viktig fråga ur integritetssynpunkt. Ju större möjligheter det finns att i olika konstellationer sammanställa uppgifter om enskilda personer, desto större blir riskerna för otillbörliga intrång i den personliga integriteten. Med sökbegrepp avses begrepp som används som urvalskriterier för att söka fram handlingar som innehåller det aktuella begreppet eller för att med begreppet som utgångspunkt göra sammanställningar av olika slag. Informationsteknikens utveckling har medfört i det närmaste obegränsade sökmöjligheter när det gäller elektroniskt lagrad information. Det är därför av största vikt att reglera sökbegränsningar så att otillbörliga integritetsintrång kan förhindras.⁹

⁸ Prop. 2017/18:171 s. 106.

⁹ Prop. 2008/09:145 s. 353 f.

I 10 § apoteksdatalagen regleras för vilka ändamål som konsumentens och den behöriga förskrivarens identitet får användas som sökbegrepp. I förarbetena till apoteksdatalagen konstaterade regeringen att det beträffande flera av de föreslagna ändamålen är nödvändigt att använda konsumentens identitet för att kunna utföra personuppgiftsbehandlingen. Det går inte att expediera läkemedel eller hantera reklamationer och indragningar utan att använda den enskildes identitet som sökbegrepp. Regeringen ansåg därför att det skulle vara tillåtet att använda konsumentens identitet i dessa fall. Vidare ansåg regeringen att användningen av konsumentens identitet som sökbegrepp, på samma sätt som i lagen (1996:1156) om receptregister (numera ersatt av lagen om nationell läkemedelslista), skulle gälla den frivilliga servicen, dvs. administrering av delbetalning av läkemedel och fullmaktsregister, hälsorelaterad kundservice samt utlämnande av recept eller blanketter till den enskilde. Regeringen ansåg också att förskrivares identitet endast skulle få användas som sökbegrepp för ändamålen om redovisning till Socialstyrelsen (numera IVO) och Läkemedelsverket för deras tillsyn samt för rapportering till förskrivare om utbyte av läkemedel.¹⁰

Som regeringen anfört i förarbetena till apoteksdatalagen är det nödvändigt för öppenvårdsapoteken att använda konsumentens identitet för att kunna expediera läkemedlet till konsumenten. Utredningen anser därför att det ska vara möjligt att söka på konsumentens identitet även i förhållande till e-recept från EES.

Öppenvårdsapoteken kan även i vissa fall behöva söka på förskrivarens identitet för ändamålet redovisning till IVO och Läkemedelsverket för myndigheternas tillsyn. Läkemedelsverket utövar tillsyn över öppenvårdsapoteken och IVO utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal enligt patientsäkerhetslagen, vilket omfattar öppenvårdsapoteken och dess personal. För att kunna utöva tillsyn har myndigheterna rätt att få de handlingar och upplysningar som de behöver enligt bl.a. läkemedelslagen, lagen om handel med läkemedel och patientsäkerhetslagen. Varken Läkemedelsverket eller IVO har tillsyn över utländsk hälso- och sjukvårdspersonal men öppenvårdsapoteken behöver kunna behandla personuppgifter om förskrivare för att uppfylla sin skyldighet enligt gällande regelverk. Öppenvårdsapoteken är t.ex. skyldiga att spara uppgifter om förskrivare i de verifikationer som ska upprättas över en expediering i

¹⁰ Prop. 2008/09:145 s. 354.

enlighet med receptföreskrifterna. Vid en eventuell avvikelse av något slag kan öppenvårdsapoteken behöva kunna söka på förskrivare för att kunna utreda avvikelsen. Det är även relevant för Läkemedelsverkets tillsyn. Även för IVO:s tillsyn kan öppenvårdsapoteken behöva söka på förskrivarens identitet. Myndigheten har uppgett att den vid tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal på apotek eller vid egenitierad tillsyn av apoteket (vårdgivaren) kan behöva granska hur kontroll av att förskrivaren som utfärdat EES-receptet har säkerställts vara behörig. Även om land A också gör kontroller av behörigheten innan uppgifter om receptet kan skickas i tjänsten e-recept över landsgränser anser utredningen att det fortfarande finns en skyldighet för öppenvårdsapoteken att säkerställa behörig förskrivare på motsvarande sätt som i dag.

Enligt utredningens bedömning behöver därför öppenvårdsapoteken även kunna söka på förskrivarens identitet för e-recept som utfärdats i ett annat EES-land för ändamålet i 8 § 6 apoteksdatalagen. Eftersom 10 § 2 i apoteksdatalagen inte omfattar behörig förskrivare i ett annat EES-land behövs ett tillägg göras i nämnda bestämmelse.

Förenligheten med dataskyddsförordningen

Som framgår av tidigare avsnitt grundar sig öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter på rättslig förpliktelse och uppgift av allmänt intresse. Sökbegränsningar är en form av skyddsåtgärd som det enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen är tillåtet att ha i nationell rätt för att reglera behandling som grundar sig på en rättslig förpliktelse eller en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. Enligt utredningens bedömning är det därför förenligt med dataskyddsförordningen att införa nämnda justering av 10 § apoteksdatalagen.

10.2.10 Behörighetstilldelning och åtkomstkontroll

Utredningens förslag: Bestämmelserna om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll bör även gälla för e-recept från EES.

Utredningens bedömning: Den föreslagna justeringen av bestämmelserna om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll är en sådan precisering som är tillåten enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen.

Bestämmelserna i 12 och 13 §§ apoteksdatalagen innebär att tillståndshavaren ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter om konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel och se till att åtkomsten dokumenteras och kontrolleras.

Tilldelning av behörighet och åtkomstkontroll är säkerhetsåtgärder enligt dataskyddsförordningen. Av artikel 5.1 f i dataskyddsförordningen framgår att personuppgifter ska behandlas på ett sätt som säkerställer ett lämpligt skydd för personuppgifterna, inbegripet bl.a. skydd mot obehörig eller otillåten behandling, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (principen om integritet och konfidentialitet). Vidare följer av artikel 32 i dataskyddsförordningen att den personuppgiftsansvarige ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa en lämplig säkerhetsnivå. Tilldelning av behörighet och åtkomstkontroll är sådana åtgärder som den personuppgiftsansvarige ska vidta på eget initiativ enligt dataskyddsförordningen.

Utredningen anser att det för e-recept från EES bör, i likhet med e-recept utfärdade av förskrivare behöriga i Sverige, finnas bestämmelser om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll. Eftersom befintliga bestämmelser i 12 och 13 §§ apoteksdatalagen omfattar förskrivare behöriga i Sverige är utredningens bedömning att ett tillägg bör göras i bestämmelserna om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll för att bestämmelserna även ska omfatta förskrivare behöriga i ett annat EES-land.

Förenligheten med dataskyddsförordningen

Behörighetstilldelning och åtkomstkontroll är en form av skyddsåtgärd som det enligt artikel 6.2 och 6.3 i dataskyddsförordningen är tillåtet att ha i nationell rätt för att reglera behandling som grundar sig på en rättslig förpliktelse eller en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. Enligt utredningens bedömning är det därför förenligt med dataskyddsförordningen att införa nämnda justering av bestämmelserna.

10.2.11 Bevarande

Utredningens bedömning: Bevarandetiden för uppgifter i e-recept från EES bör vara densamma som för övriga recept.

Huvudregeln i artikel 5.1 e i dataskyddsförordningen är att personuppgifter inte får förvaras i en form som möjliggör identifiering under längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka uppgifterna behandlas. Personuppgifter ska således tas bort eller avidentifieras. Detta får anses vara ett uttryck för resultatet av avvägningen mellan integritetsskyddsintresset och det informationsbehov som uppgifterna ska tillgodose.

Av 14 § apoteksdatalagen följer att när en personuppgift inte längre behövs för behandling enligt ändamålen i 8 § ska uppgiften tas bort. Apoteksdatalagen innehåller således inte några specifika gallringsbestämmelser utan i stället är det den grundläggande principen i artikel 5.1 e i dataskyddsförordningen som gäller. Det ankommer således på öppenvårdsapoteken att regelmässigt ta ställning till om de registrerade uppgifterna behöver sparas för något ändamål. I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen att det bör finnas tydliga incitament för öppenvårdsapoteken att regelmässigt gå igenom uppgifterna och pröva om de fortfarande behöver sparas för något ändamål.¹¹ I apoteksmarknadsutredningen föreslogs en bestämmelse med särskilda gallringstider.¹² Förslaget kritiserades av ett flertal remissinstanser, framför allt ansåg de att förslaget var otydligt. Vidare ifrågasattes de olika gallringstiderna när personuppgifter från en expedier-

¹¹ Prop. 2008/09:145 s. 360.

¹² SOU 2008:28 s. 81 f.

ing i praktiken ändå ska sparas i 36 respektive 60 månader eftersom det är fråga om verifikationer. Dessutom påtalades att de olika gallringstiderna ställer stora krav på datasystemen. Regeringen fann det därför inte lämpligt att gå vidare med förslaget om särskilda gallringstider. Regeringen ansåg att personuppgiftslagens grundläggande princip om att personuppgifter inte får bevaras under en längre tid än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen, skulle tas in i lagen. Vidare uttalades att ett eventuellt behov av mer precisa gallringsbestämmelser kommer att utredas vidare.¹³ Utredningen känner inte till om någon sådan utredning är planerad.

Som framgår av tidigare avsnitt är det i stort sett samma typ av behandlingar som öppenvårdsapoteken utför vid hanteringen av e-recept som utfärdats av förskrivare behöriga i Sverige som vid hanteringen av e-recept från EES och liknande uppgifter. Ändamålen är bl.a. expediering, redovisning till E-hälsomyndigheten och hantering av reklamationer och indragningar (8 § apoteksdatalagen).

Vid expediering av e-recept från EES bör öppenvårdsapoteken i likhet med svenska recept upprätta en verifikation över försäljningen (8 kap. 42 § receptföreskrifterna). En verifikation ska innehålla uppgifter om bl.a. patienten, förskrivaren, vad som förskrivits och vad som har lämnats ut (8 kap. 42 § receptföreskrifterna). Verifikationen ska bevaras och hållas tillgänglig för tillsyn i fem år (10 kap. 1 § 1 receptföreskrifterna).

Ur integritetssynpunkt är det viktigt att inte känsliga personuppgifter behandlas under längre tid än vad som behövs. Att införa specifika gallringsbestämmelser är en form av säkerhetsåtgärd så att uppgifterna inte behandlas längre än nödvändigt. Det kunde eventuellt tala för att man skulle införa gallringsbestämmelser för uppgifter i e-recept från EES. En sådan gallringsbestämmelse skulle kunna vara fem år, dvs. så länge som verifikationerna ska sparas.

Utöver detta finner utredningen att det inte finns tillräckliga skäl att frånga den bedömning som gjorts tidigare om bevarandetiden. Som framgår av tidigare avsnitt är det fråga om samma typ av behandlingar som öppenvårdsapoteken utför vid hantering av e-recept som utfärdats i Sverige som vid hantering av e-recept från EES. I båda fallen är det även fråga om samma typ av uppgifter som öppenvårdsapoteken behöver behandla. Den gränsöverskridande aspekten medför således ingen skillnad i detta avseende. Utredningens bedömning

¹³ Prop. 2008/09:145 s. 360.

är därför att bevarandetiden bör vara densamma för uppgifter om e-recept från EES som för övriga recept.

10.2.12 Expediering av svenska e-recept i ett annat EES-land

Utredningens bedömning: Någon ändring i apoteksdatalagen behövs inte för svenska e-recept som expedieras i ett annat EES-land.

Apoteksdatalagen reglerar öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling. När ett svenskt e-recept expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land är utredningens bedömning att öppenvårdsapoteken inte berörs i någon större utsträckning. Utredningens förslag om att uppgifter om bl.a. expedierande personal och apotek eller motsvarande från ett annat EES-land ska få registreras i den nationella läkemedelslistan kommer innebära att expedierande personal i Sverige kan få ta del av dessa uppgifter i samband med en expediering. Det är främst i den situationen som expedieringar i annat EES-land berör öppenvårdsapoteken enligt utredningens bedömning. Såvitt utredningen förstår är detta inte särskilt reglerat vad gäller den motsvarande situationen för svenska e-recept, varför utredningen inte ser något skäl att reglera det på något annat sätt än i dag. Mot denna bakgrund är utredningens bedömning att någon ändring i apoteksdatalagen i förhållande till svenska e-recept som expedieras i ett annat EES-land inte behövs.

10.3 Förskrivarnas personuppgiftsbehandling

Utredningens bedömning: Den personuppgiftsbehandling som förskrivaren utför när ett läkemedel ordinerats och ett e-recept utfärdas har stöd i nationell rätt.

Patientdatalagen reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården, oavsett om vården bedrivs i offentlig eller privat regi. Syftet med lagen är att informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffekti-

vitet. Patientdatalagen omfattar behandling av personuppgifter i all individriktad patientverksamhet som innefattar vård, undersökning eller behandling. I 2 kap. 4 § patientdatalagen anges för vilka ändamål som personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården. Enligt bestämmelsen får personuppgifter behandlas för att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter (p. 1), administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall (p. 2), upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning (p. 3), systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten (p. 4), administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten (p. 5), eller att framställa statistik om hälso- och sjukvården (p. 6).

De ändamål som anges i punkterna 1 och 2 kan beskrivas som vårdokumentation. Båda punkterna tar sikte på den individriktade patientverksamheten. En viktig bas i denna informationshantering är patientjournalhanteringen och den administration som behövs av patientvården. Med administration i punkten 2 avses såväl patientrelaterad ekonomiadministration som annan administration som behövs för eller föranleds av vård i enskilda fall.¹⁴

Största delen av den behandling av personuppgifter som sker för de ovan angivna ändamålen har stöd i artikel 6.1 c i dataskyddsförordningen, dvs. är nödvändigt för att uppfylla en rättslig förpliktelse. Bedrivandet av en god hälso- och sjukvård är i vissa fall, särskilt för det allmänna, en rättslig förpliktelse som följer av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), läkemedelslagen och patientlagen (2014:821). I 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen finns det en generell rättslig förpliktelse för den som bedriver hälso- och sjukvård, dvs. de vårdgivare som omfattas av patientdatalagen, att bedriva denna så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta får också anses vara det yttersta syftet med den behandling av personuppgifter som tillåts enligt patientdatalagen – att uppnå en god vård.¹⁵ Vidare innehåller receptföreskrifterna bestämmelser om vem som har behörighet att förskriva läkemedel och vad ett recept ska innehålla för uppgifter för att kunna expedieras, dvs. vad som krävs för en giltig förskrivning i Sverige. Som framgår av avsnitt 12.4.2 gör utredningen bedömningen

¹⁴ Prop. 2007/08:126 s. 228.

¹⁵ SOU 2017:66 s. 326 f.

att de svenska e-recepten uppfyller nätverket för e-hälsas krav på vad som ska ingå i ett e-recept för att kunna expedieras i ett annat EES-land. Vidare finns det bestämmelser i bl.a. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40) som reglerar ordination.

Att ordinera och utfärda recept är en del av den individinriktade vården och utgör en rättslig förpliktelse som bl.a. följer av hälso- och sjukvårdslagen, receptföreskrifterna, Socialstyrelsens föreskrifter (HSLFS-FS 2016:40) men även av läkemedelslagen och patientlagen. Den personuppgiftsbehandling som sker när en förskrivare ordinerar ett läkemedel och utfärdar ett recept har sådant stöd i nationell rätt som avses i dataskyddsförordningen. Det gör ingen skillnad om receptet sedan hämtas ut i Sverige eller i något annat EES-land. Något ytterligare stöd med anledning av informationsutbytet av e-recept över landsgränser behövs inte. Enligt utredningens bedömning behövs inget nytt ändamål i patientdatalagen utan stöd för behandlingen finns redan i 2 kap. 4 § patientdatalagen.

10.4 Personuppgiftsbehandling hos Läkemedelsverket och Socialstyrelsen med anledning av förslagen

Utredningens bedömning: Den ökade personuppgiftsbehandling som förslagen om uppgiftsskyldighet medför för Läkemedelsverket och Socialstyrelsen är förenlig med dataskyddsregleringen.

10.4.1 Rättslig grund för behandlingen

Utredningens förslag i avsnitt 9.11.3 och 9.11.4 innebär att E-hälsomyndigheten kommer att lämna känsliga personuppgifter till Läkemedelsverket för myndighetens tillsyn och Socialstyrelsen för bl.a. epidemiologiska undersökningar, forskning och statistik. Myndigheterna kommer därmed att behandla personuppgifter i den mening som avses i dataskyddsförordningen. För att myndigheterna ska få behandla personuppgifterna krävs att det finns ett rättsligt stöd enligt artikel 6 i dataskyddsförordningen för behandlingen. Eftersom

det är känsliga personuppgifter krävs det också att något av undantagen i artikel 9 i dataskyddsförordningen är tillämpligt.

Den rättsliga grunden för behandlingen hos Socialstyrelsen är att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen). Behandling av personuppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet är enligt utredningens bedömning en uppgift av allmänt intresse.¹⁶ I artikel 6.3 första stycket i dataskyddsförordningen anges att den grund för behandlingen som avses i artikel 6.1 e ska fastställas i enlighet med unionsrätten eller ett medlemslands nationella rätt. Det som måste ha stöd i rättsordningen är uppgiften av allmänt intresse. Den rättsliga grunden för behandlingen är på det sätt som krävs fastställd i den nationella rätten genom bl.a. lagen (2001:99) om den officiella statistiken och förordningen om den officiella statistiken (2001:100) samt lagen (1998:543) om hälsodataregister. Utredningens bedömning är också att syftet med behandlingen är nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse (jfr artikel 6.3 andra stycket i dataskyddsförordningen).

Den rättsliga grunden för behandlingen hos Läkemedelsverket är att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i verkets myndighetsutövning på det sätt som anges i artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen. Enligt lagen om handel med läkemedel har Läkemedelsverket tillsyn över att öppenvårdsapoteken uppfyller de krav som följer av lagen, däribland uppgiftsskyldigheten för öppenvårdsapoteken och tillhandahållandeskyldigheten och för den tillsynen har Läkemedelsverket rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen (7 kap. 2 § lagen om handel med läkemedel). Den rättsliga grunden för behandlingen är på det sätt som krävs fastställd i den nationella rätten genom bestämmelserna i lagen om handel med läkemedel (jfr artikel 6.3 första stycket i dataskyddsförordningen). Utredningens bedömning är också att syftet med behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (jfr artikel 6.3 andra stycket i dataskyddsförordningen).

Den nationella rätten ska dessutom enligt artikel 6.3 uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas. Utredningen anser att förslagen uppfyller ett mål

¹⁶ Prop. 1997/98:108 s. 48.

av allmänt intresse och är proportionella mot de legitima mål som eftersträvas samt att det intrång i den personliga integriteten som personuppgiftsbehandlingen i vissa fall medför står i rimlig proportion till den nytta som behandlingen innebär. En närmare avvägning mellan integritetsaspekterna och myndigheternas behov och nytta av uppgifterna finns i kapitel 11.

10.4.2 Behandling av känsliga personuppgifter

Personuppgifter i hälsodataregister får som utredningen tidigare nämnt behandlas för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvård men även för framställning av statistik samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Enligt utredningens bedömning kan både artikel 9.1 h och 9.2 j i dataskyddsförordningen bli tillämpliga på Socialstyrelsens behandling. Artikel 9.1 h avser undantag för hälso- och sjukvård och social omsorg och en förutsättning för att undantaget ska vara tillämpligt är att kravet på tystnadsplikt som följer av artikel 9.3 i dataskyddsförordningen är uppfyllt. Socialstyrelsens verksamhet med hälsodataregistrerna omfattas av sekretess enligt 24 kap. 8 § OSL. Artikel 9.2 j i dataskyddsförordningen avser undantag för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 i dataskyddsförordningen på grundval av EU-rätten eller medlemsländernas nationella rätt, vilken ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenlig med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen. Vad gäller kravet på proportionalitet och förenlighet med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd får det förutsättas att regeringen gjort en avvägning mellan behovet av ett hälsodataregister och intrånget i den personliga integriteten innan beslut fattades om att utfärda förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen. Eftersom den föreslagna utökade behandlingen ska motsvara de uppgifter som det redan finns stöd för att behandla i förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen, om än för fler registrerade, är det utredningens bedömning att behandlingen är proportionerlig till det eftersträvade syftet. Kravet på lämpliga och särskilda åtgärder får anses vara uppfyllt genom de olika

skyddsåtgärder som finns i lagen om hälsodataregister och förordningen om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen, t.ex. begränsning av vilka personuppgifter som får behandlas, sökbegränsningar och regler om samkörning. Uppgifterna omfattas även av sekretess enligt OSL. Enligt utredningens bedömning är således även undantaget i artikel 9.1 j i dataskyddsförordningen tillämpligt för Socialstyrelsens behandling.

Även Läkemedelsverket får tillgång till känsliga personuppgifter i sin tillsyn över öppenvårdsapoteken. Av skäl 53 till dataskyddsförordningen framgår att begreppet förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster ska tolkas vitt och inbegriper bl.a. tillsyn över hälso- och sjukvård. Enligt utredningens bedömning får därför Läkemedelsverkets behandling av känsliga personuppgifter i sin tillsynsverksamhet över öppenvårdsapoteken anses falla under artikel 9.1 h i dataskyddsförordningen. Kravet på tystnadsplikt är uppfyllt genom att Läkemedelsverkets personal omfattas av sekretess enligt OSL.

10.5 Förslag till ändringar i HOSP-förordningen

10.5.1 Inledning

Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret) omfattar personer som har sökt och fått legitimation för yrken inom hälso- och sjukvårdens område. Personuppgifterna i registret får behandlas för att föra en aktuell förteckning över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (4 § HOSP-förordningen). Registret är det enda stället där samlade uppgifter om hälso- och sjukvårdspersonalens behörighet finns tillgängliga. Uppgifterna i registret används av arbetsgivare, apotek och allmänhet, främst för upplysningar om sjukvårdspersonalens identitet och behörighet. Uppgifterna utgör även ett underlag för myndigheternas tillsyn och för statistik. Registret syftar dock ytterst till att bidra till att upprätthålla en hög patientsäkerhet.¹⁷

Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för registret (3 a § HOSP-förordningen). Vilka uppgifter som HOSP-registret får innehålla regleras uttömmande i förordningen (6 §), likaså för vilka ändamål som uppgifterna i registret får behandlas (4 och 5 §§). Huvuddelen

¹⁷ SOU 2021:39 s. 69.

av uppgifterna i registret kommer från hälso- och sjukvårdspersonalens egna ansökningar om legitimation. Den registrerade får inte motsätta sig sådan behandling av personuppgifter som är tillåten enligt HOSP-förordningen (3 §).

10.5.2 Behov av ett nytt ändamål i HOSP-förordningen

Utredningens förslag: Personuppgifter i HOSP-registret får behandlas även för att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag.

Utredningens bedömning: Det är förenligt med dataskyddsförordningen att införa bestämmelser i nationell rätt i enlighet med utredningens förslag.

E-hälsomyndigheten ska ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapoteken och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering, samt samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet (1 § förordning [2013:1031] med instruktion för E-hälsomyndigheten). E-hälsomyndigheten ska även särskilt ansvara för det register som anges i lagen om nationell läkemedelslista (2 § 1 samma förordning). Utredningen har föreslagit en ny bestämmelse i E-hälsomyndighetens instruktion som fastställer dels att myndigheten ska vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa, dels att myndigheten ska tillhandahålla tjänster och infrastruktur för informationsutbyte av e-recept över landsgränser, se avsnitt 7.6.

Eftersom E-hälsomyndigheten ansvarar för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering, behöver myndigheten ha tillgång till uppgifter i HOSP-registret. Uppgifterna behövs bl.a. för att E-hälsomyndigheten ska kunna kontrollera att den person som ansvarar för utlämnandet är legitimerad farmaceut (dvs. apotekare eller receptarie). E-hälsomyndigheten kommer att, i likhet med vad som gäller vid expediering av svenska e-recept på öppenvårdsapotek, behöva ha uppgifter från HOSP-registret för expediering av e-recept från EES. Vid apotekens inloggning i tjänsten, på

det sätt som E-hälsomyndigheten anvisar, anges inte farmaceutens namn utan i stället någon annan form av id (t.ex. HOSP-id, legitimationskod eller personnummer). Inom nätverket för e-hälsa framhåller nätverket betydelsen av att entydigt kunna identifiera hälso- och sjukvårdspersonal och enligt e-hälsoavtalet ställs det krav på att medlemsländerna ska kunna garantera att det endast är behörig hälso- och sjukvårdspersonal som tar del av uppgifter om patienters hälsa. E-hälsomyndigheten behöver därför kunna skicka farmaceutens namn till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa och har därför behov av att kunna få ut uppgift om vilket namn som är knutet till en viss HOSP-id eller legitimationskod.

I HOSP-förordningen regleras tre särskilda ändamål som rör E-hälsomyndigheten. Dessa ändamål är att lämna uppgifter till den nationella läkemedelslistan enligt lagen om nationell läkemedelslista (5 § 2), att i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista lämna uppgifter till den myndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om förskrivare, legitimerade sjuksköterskor utan behörighet att förskriva läkemedel, apotekare, receptarier och dietister (5 § 4), och att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av förskrivares identitet och behörighet vid expediering på öppenvårdsapotek av läkemedel och andra varor som förskrivits (5 § 5).

För att E-hälsomyndighetens behov av uppgifter ska kunna tillgodoses behöver ett nytt ändamål införas i HOSP-förordningen som innebär att uppgifterna i registret får behandlas för kontroll av identitet och behörighet i fråga om apotekare och receptarier för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt utredningens förslag till ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

I betänkandet *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården* (SOU 2021:39) framgår att E-hälsomyndigheten i en skrivelse till regeringen har begärt att de nuvarande ändamålen i HOSP-förordningen ska ersättas av ändamålet att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kvalitetssäkring, behörighets- och åtkomstkontroll, komplettering av uppgifter samt statistikändamål. E-hälsomyndigheten har som skäl för detta anfört att när myndigheten får nya uppdrag ökar behovet av tillgång till uppgifter i HOSP-registret för dessa ändamål. En fortsatt detaljreglering av ändamålen i HOSP-förordningen riskerar enligt E-hälso-

myndigheten att medföra problem i de fall sådana behov uppstår som avser uppgifter, ändamål eller yrkeskategorier som inte räknas upp i ändamålen. Det vore enligt E-hälsomyndigheten mer ändamålsenligt med en mer flexibel lösning, som i stället avgränsas till ovan nämnda ändamål, eftersom det skulle möjliggöra utlämnande av sådana uppgifter som myndigheten har behov av, oavsett vilket register eller vilka yrkeskategorier som vid var tid är aktuella. Till följd härav föreslår *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* i SOU 2021:39 en ny ändamålsbestämmelse i HOSP-förordningen för E-hälsomyndighetens behov av uppgifter från registret som ersätter alla de nuvarande ändamålen avseende E-hälsomyndigheten.¹⁸ Det föreslagna nya ändamålet är ”att lämna uppgifter som behövs för E-hälsomyndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag”. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Utredningen anser att det ändamål som föreslås i SOU 2021:39 är ändamålsenligt. Det skulle även komma att omfatta E-hälsomyndighetens behov av personuppgifter för informationsutbytet av e-recept över landsgränser. Utredningen anser därför att det nya ändamålet som föreslås i SOU 2021:39 är att föredra framför en mer specifik bestämmelse som innebär att personuppgifterna i HOSP-registret får behandlas även för ändamålet att i samband med E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt förslaget till ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten för kontroll av identitet och behörighet i fråga om apotekare och receptarier. Utredningen föreslår därför samma ändamålsbestämmelse som i SOU 2021:39.

När det gäller det nya ändamålets förenlighet med dataskyddsförordningen gör utredningen samma bedömning som i SOU 2021:39.

¹⁸ SOU 2021:39, se avsnitt 8.7.3.

10.6 Förslag till ändringar i offentlighets- och sekretesslagen

Utredningens förslag: En ändring bör göras i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att E-hälsomyndigheten kan lämna ut sekretessbelagda uppgifter till utländsk kontaktpunkt enligt lagen om nationell läkemedelslista. Vidare bör en ny punkt införas som innebär att E-hälsomyndigheten kan lämna ut sekretessbelagda uppgifter till expedierande personal på öppenvårdsapotek och till utländsk kontaktpunkt enligt förslaget till ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

I OSL finns bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och förbud att lämna ut allmänna handlingar. Enligt 25 kap. 17 a § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Enligt 25 kap. 17 b § OSL gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds affärs- eller driftsförhållanden, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.

Enligt 8 kap. 1 § OSL får uppgift för vilken sekretess gäller enligt lagen inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till. Det förekommer situationer när andra myndigheters eller enskildas intresse av att ta del av en sekretessbelagd uppgift väger tyngre än det intresse sekretessen ska skydda. Det finns därför bestämmelser i OSL som innebär att sekretess under vissa förutsättningar inte hindrar att sekretessbelagda uppgifter lämnas till myndigheter eller enskilda. Sådana bestämmelser kallas för sekretessbrytande bestämmelser. En sådan bestämmelse finns i 10 kap. 28 § OSL som gäller utlämnande till andra myndigheter och innebär att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. Utredningen föreslår en sådan uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten i förslaget till ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

Någon motsvarande bestämmelse finns inte för aktörer som inte är myndigheter. För att sekretessbelagda uppgifter ska få lämnas till aktörer som inte är myndigheter krävs enligt 8 kap. 1 § OSL att den sekretessbrytande bestämmelsen finns direkt i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till. Det räcker således inte att i lagen om nationell läkemedelslista eller i förslaget till ny lag föreslå en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till vissa aktörer.

Det har därför införts sekretessbrytande bestämmelser i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att sekretessen i 25 kap. 17 a och 17 b §§ inte hindrar att E-hälsomyndigheten lämnar ut uppgifter enligt lagen om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan sådan behörighet, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården eller till expedierande personal på öppenvårdsapotek. Utländska kontaktpunkter för e-hälsa framgår inte av den uppräkningsen. För att E-hälsomyndigheten ska få lämna ut sekretessbelagda uppgifter till en utländsk kontaktpunkt i enlighet med lagen om nationell läkemedelslista krävs att ett tillägg görs i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att uppgifter kan lämnas ut till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa enligt lagen om nationell läkemedelslista.

Utredningen föreslår i den nya lagen en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa och expedierande personal på öppenvårdsapotek. För att uppgiftsskyldigheten ska kunna bryta sekretessen måste i enlighet med vad som framgår ovan en hänvisning i OSL göras till den nya lagen. Utredningen föreslår därför att en ny punkt införs i 25 kap. 17 c § OSL som innebär att E-hälsomyndigheten får lämna ut uppgifter till expedierande personal på öppenvårdsapotek och utländsk kontaktpunkt för e-hälsa enligt förslaget till ny lag.

I detta sammanhang kan även noteras sekretessbestämmelsen i 8 kap. 3 § OSL som gäller sekretess mot utländska myndigheter och mellanfolkliga organisationer. Enligt bestämmelsen får en uppgift för vilken sekretess gäller enligt denna lag inte röjas för en utländsk myndighet eller en mellanfolklig organisation, om inte utlämnande sker i enlighet med särskild föreskrift i lag eller förordning (p. 1), eller uppgiften i motsvarande fall skulle få lämnas ut till en svensk myndighet och det enligt den utlämnande myndighetens prövning står klart att det är förenligt med svenska intressen att uppgiften lämnas till den utländska myndigheten eller den mellanfolkliga orga-

nisationen (p. 2). Om bestämmelsen är tillämplig krävs ingen särskild sekretessbrytande bestämmelse.

Utredningen föreslår i lagen om nationell läkemedelslista och i den nya lagen en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa. De föreslagna uppgiftsskyldigheterna är enligt utredningens bedömning ett sådant utlämnande som sker i enlighet med särskild föreskrift i lag i enlighet med 8 kap. 3 § 1 OSL. För att bestämmelsen ska vara tillämplig krävs att utlämnandet sker till en utländsk myndighet eller mellanfolklig organisation. Av e-hälsoavtalet följer att en nationell myndighet eller organisation i EU eller Efta ska vara ansvarig för den nationella kontaktpunkten för e-hälsa. Följande framgår av e-hälsoavtalet ”National Contact Point for eHealth, acting as organisational and technical gateway for the provision of CBeHIS” (dvs. e-hälsotjänsterna). Det innebär att en nationell kontaktpunkt för e-hälsa är en organisatorisk och teknisk nod för e-hälsotjänsterna. Något krav på vem som kan vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa följer således inte av e-hälsoavtalet, varför det enligt utredningens bedömning inte entydigt går att säga att ett utlämnande till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa sker till en utländsk myndighet eller mellanfolklig organisation. Bestämmelsen i 8 kap. 3 § OSL är därför inte tillämplig enligt utredningens mening.

11 Avvägning mellan behov och integritetsrisker

11.1 Inledning

Informationsutbytet av e-recept inom EES innebär att integritetskänsliga uppgifter om en individs hälsa överförs mellan länderna. I detta kapitel gör utredningen en avvägning mellan behovet av utredningens förslag och de integritetsrisker de kan innebära.

11.2 En avvägning mellan behov och integritetsrisker

Utredningens bedömning: Behovet av och fördelarna med utredningens förslag överväger de integritetsrisker som behandlingen medför. Förslagen uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionella mot det legitima mål som eftersträvas. Integritetsanalysen uppfyller kraven på en konsekvensbedömning avseende dataskydd i enlighet med artikel 35.10 i dataskyddsförordningen.

11.2.1 En sammanfattning av utredningens förslag

Utredningen har i kapitlen 8, 9 och 10 föreslagit en ny lag och ändringar i befintliga författningar för att möjliggöra att e-recept som utfärdas i Sverige ska kunna expedieras i ett annat EES-land och att e-recept från EES ska kunna expedieras i Sverige. För e-recept utfärdade i Sverige föreslår utredningen ändringar i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista som innebär att ett nytt ändamål införs i lagen som möjliggör för E-hälsomyndigheten att behandla personuppgifter för expediering av läkemedel i ett annat EES-land. Syftet med ändamålet är att möjliggöra ett sådant informationsutbyte. För

att personuppgifterna ska få behandlas för detta ändamål föreslår utredningen att patienten ska lämna ett s.k. integritetshöjande samtycke. Utredningen föreslår också att en uppgiftsskyldighet införs för E-hälsomyndigheten till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa. Förslaget är en förutsättning för att expedierande personal på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land ska få tillgång till de uppgifter som behövs för att kunna expediera e-receptet. Utredningen gör vidare bedömningen att vissa uppgifter ska kunna överföras även avseende läkemedel som inte får expedieras i ett annat EES-land, för att skapa förutsättningar för en patientsäker expediering, se vidare avsnitt 12.4.5. Utredningen föreslår också att det ska vara möjligt att söka på förskrivarens och patientens identitet för ändamålet expediering av läkemedel i ett annat EES-land.

Ombud ska kunna hämta ut läkemedel enligt vissa villkor i tjänsten e-recept över landsgränser. Den möjligheten är ny och valfri för deltagande medlemsländer. Utredningen föreslår att det ska vara möjligt att, i likhet med vad som gäller för svenska e-recept, söka på ombudets identitet om det blir aktuellt att använda denna möjlighet i Sverige.

När e-recept från EES ska expedieras i Sverige föreslår utredningen en ny lag som reglerar den personuppgiftsbehandling som E-hälsomyndigheten utför. Utredningen föreslår att E-hälsomyndigheten ska få behandla personuppgifter för att lämna ut uppgifter till öppenvårdsapoteken för att möjliggöra expediering i Sverige och att därefter åiterrapportera vad som expedierats till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa. För att Läkemedelsverket ska kunna utöva tillsyn över öppenvårdsapotekens uppgiftsskyldighet och tillhandahållandeskyldighet behöver myndigheten tillgång till de uppgifter som öppenvårdsapoteken har rapporterat till E-hälsomyndigheten i detta avseende. Utredningen föreslår därför att E-hälsomyndigheten ska få behandla personuppgifter för detta ändamål. Vidare föreslår utredningen att E-hälsomyndigheten ska få behandla personuppgifter för ändamålen redovisning till Socialstyrelsen för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet och för E-hälsomyndighetens uppdrag avseende statistik. Utredningen föreslår också en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till öppenvårdsapoteken, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och den utländska kontaktpunkten för e-hälsa som omfattar de uppgifter som behövs för de angivna

ändamålen. Utredningen föreslår vidare att personuppgifter ska tas bort senast fem år efter det att läkemedlen expedierades på ett öppenvårdsapotek

Vad gäller öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter föreslår utredningen att tillämpningsområdet för apoteksdatalagen även bör omfatta e-recept utfärdade av förskrivare behörig i ett annat EES-land. Utredningen föreslår även ett utökad ändamål som gör det möjligt att expediera e-recept från EES. Utredningen har också, i likhet med vad som gäller för svenska e-recept, föreslagit en uppgiftsskyldighet för öppenvårdsapoteken till E-hälsomyndigheten för e-recept från EES som motsvarar den som följer av 2 kap. 6 § 5 lagen (2009:366) om handel med läkemedel, se avsnitt 12.2.4. För att öppenvårdsapoteken ska kunna behandla personuppgifter för att uppfylla denna uppgiftsskyldighet görs ett tillägg i 8 § 2 apoteksdatalagen. Utredningen föreslår också att det ska vara möjligt att söka på förskrivarens identitet för ändamålet i 8 § 6 apoteksdatalagen.

11.2.2 Aktörernas personuppgiftsbehandling

Utredningens förslag innebär en utökad personuppgiftsbehandling för E-hälsomyndigheten och öppenvårdsapoteken. Även för Läke-medelsverket och Socialstyrelsen innebär förslagen en utökad personuppgiftsbehandling.

E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid expediering av ett svenskt e-recept i ett annat EES-land

Vid expediering av ett e-recept utfärdat i Sverige på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land kommer uppgifter om e-receptet att hämtas från den nationella läkemedelslistan och lämnas ut till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa. Uppgifter om expedieringen kommer sedan att återrapporteras till E-hälsomyndigheten som uppdaterar den nationella läkemedelslistan med uppgifter om uttaget. De personuppgifter som kommer att behandlas av E-hälsomyndigheten är identitetsuppgifter hänförliga till förskrivaren, patienten och expedierande personal och integritetskänsliga uppgifter om läkemedel som indirekt kan avslöja vilka sjukdomar en patient har.

Personuppgifterna samlas in i samband med att någon med förskrivningsrätt förskriver läkemedel till patienten på ett e-recept. Behandling som sker hos E-hälsomyndigheten vid registreringen av e-receptet och expedieringen på ett svenskt öppenvårdsapotek är reglerad sedan tidigare i lagen om nationell läkemedelslista. Den behandling som tillkommer med anledning av att e-receptet expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land är att redan insamlade uppgifter i den nationella läkemedelslistan lämnas ut till en utländsk kontaktpunkt för vidareförmedling till ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Personuppgifter kommer även att behandlas när uttaget återrapporteras till E-hälsomyndigheten. Behandlingen vid den utländska kontaktpunkten för e-hälsa är av rent teknisk karaktär och är helt automatiserad. Personuppgifterna som behandlas av E-hälsomyndigheten kommer att sparas i den nationella läkemedelslistan, i likhet med svenska e-recept som expedieras i Sverige, och gallras enligt bestämmelserna i lagen om nationell läkemedelslista.

E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter vid expediering av ett e-recept från EES i Sverige

Vid expediering av ett e-recept från EES kommer uppgifter om e-receptet att hämtas från ett utländskt register via den utländska kontaktpunkten för e-hälsa och vidareförmedlas av E-hälsomyndigheten till det svenska öppenvårdsapoteket. De personuppgifter som kommer att behandlas är i stort sett desamma som när e-recept utfärdade av förskrivare behöriga i Sverige expedieras i ett annat EES-land.

Personuppgifterna samlas in i ett annat EES-land i samband med att en förskrivare behörig i det landet utfärdar ett e-recept som registreras i det landets register. Den behandling av personuppgifter som tillkommer med anledning av att e-recept från EES expedieras i Sverige är att uppgifterna lämnas ut till E-hälsomyndigheten som nationell kontaktpunkt för e-hälsa som i sin tur lämnar ut uppgifterna till det svenska öppenvårdsapoteket. Vidare kommer E-hälsomyndigheten att vidareförmedla uppgifter om uttaget till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa samt lämna uppgifter till Läkemedelsverket för myndighetens tillsyn och till Socialstyrelsen för statistik, epidemiologiska undersökningar m.m.

Personuppgifterna som behandlas av E-hälsomyndigheten kommer i enlighet med utredningens förslag att sparas i fem år för bl.a. felsökning och Läkemedelsverkets tillsyn.

Öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter vid expediering av ett e-recept från EES

Vid expediering av ett e-recept från EES kommer öppenvårdsapoteken att samla in personuppgifterna från E-hälsomyndigheten. Insamlingen av uppgifter kommer inte att ske genom åtkomst till den nationella läkemedelslistan, utan genom att begära uppgifterna från E-hälsomyndigheten som i sin tur skickar begäran till kontaktpunkten i land A. I samband med expedieringen har öppenvårdsapoteken en skyldighet, i likhet med vad som gäller för svenska e-recept, att redovisa vissa uppgifter till E-hälsomyndigheten. Vissa uppgifter kommer att registreras i den nationella läkemedelslistan vid expedieringen. I övrigt tillkommer ingen ny behandling för dessa e-recept jämfört med vad som gäller för svenska e-recept, utan behandlingarna som utförs ryms inom befintliga ändamål i 8 § apoteksdatalagen. Personuppgifterna som behandlas kommer att sparas och gallras i enlighet med apoteksdatalagen.

Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets behandling av personuppgifter avseende e-recept från EES

Vid expediering av ett e-recept från EES mottar Socialstyrelsen och Läkemedelsverket uppgifter om e-receptet från E-hälsomyndigheten. Uppgifterna används hos Socialstyrelsen för bl.a. epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik och regleras i förordning (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen. Hos Läkemedelsverket används uppgifterna för verkets tillsyn över öppenvårdsapotekens uppgiftsskyldighet och tillhandahållandeskyl-dighet enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

11.2.3 Behovet av behandlingen av personuppgifter

Det finns ett uttalat syfte inom EU att utöka den fria rörligheten av hälso- och sjukvårdstjänster som bl.a. kommer till uttryck i patientrörlighetsdirektivet. Av skälen till direktivet framgår att syftet är att förenkla tillgången till säker, högkvalitativ gränsöverskridande hälso- och sjukvård i EU och att garantera patienterna rörlighet i överensstämmelse med EU-domstolens principer och att främja vårdssamarbete (skäl 10). Sedan flera år tillbaka bedriver därför kommissionen i samverkan med medlemsländerna ett aktivt arbete för att understödja gränsöverskridande hälso- och sjukvård, särskilt i e-hälsofrågor, främst genom nätverket för e-hälsa. Syftet är bl.a. att främja den fria rörligheten och skapa innovationsmöjligheter inom EU. Sverige är sedan flera år en aktiv part i detta samarbete. Informationsutbyte av e-recept är även en prioriterad del av vision e-hälsa 2025.

E-recept har fördelar ur ett patientsäkerhetsperspektiv jämfört med pappersrecept, som hittills används vid expedieringar i ett annat land. E-recept ger t.ex. bättre förutsättningar för spårbarhet och uppföljning, samt en säkrare hantering då risken för missuppfattningar och förfalskningar minskar. Informationsutbytet innebär också att patienten inför en utlandsresa inte behöver ta med ett pappersrecept för att ta del av de rättigheter som patientrörlighetsdirektivet ger. Om patienten glömmet eller tappar bort sina läkemedel, eller om behovet uppstår oväntat när patienten befinner sig i ett annat land har patienten möjlighet att hämta ut sina e-recept via tjänsten utan att behöva uppsöka en förskrivare i det landet.

Utredningens förslag syftar till att säkerställa en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess vid informationsutbytet av e-recept inom EES. En förutsättning är bl.a. att e-hälsoavtalet skrivs under och att E-hälsomyndigheten uppfyller nätverket för e-hälsas krav. Det finns inget alternativt sätt att uppnå ändamålet utanför e-hälsoavtalet.

Det övergripande ändamålet med utredningens förslag är således att ge enskilda inom EES möjlighet att hämta ut läkemedel i ett annat EES-land med ett e-recept. Det är ett legitimt mål som utgör en uppgift av allmänt intresse enligt utredningens bedömning. För att möjliggöra detta behöver den enskildes personuppgifter behandlas av de olika aktörer som ingår i samarbetet, i enlighet med e-hälsoavtalet och övriga krav som antagits av nätverket för e-hälsa. För att kunna delta i samarbetet och för att E-hälsomyndigheten och öppenvårds-

apoteken ska kunna utföra den behandling av personuppgifter som är nödvändig, behöver det finnas rättsligt stöd för behandlingen. Ett sådant stöd saknas i dag enligt utredningens bedömning.

11.2.4 Integritetsrisker

Svenskt e-recept som expedieras i ett annat EES-land

Vid expediering av svenska e-recept i andra EES-länder behandlas uppgifter om personer som finns registrerade i den nationella läkemedelslistan genom att uppgifterna lämnas ut av E-hälsomyndigheten till ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land via den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i det landet. Enligt utredningens bedömning i tidigare avsnitt kommer ett sådant utlämnande inte att ske genom direktåtkomst, se avsnitt 8.2.7. När ett läkemedel har expedierats i ett annat land rapporteras uttaget till E-hälsomyndigheten med uppgifter om vad som expedierats och av vem, se vidare under avsnitt 5.4.2.

Utredningens förslag kommer att medföra att känsliga personuppgifter överförs till andra länder inom EES som är anslutna till tjänsten e-recept över landsgränser och därmed också bli åtkomliga för fler personer än i dag. Som framgår av utredningens bedömning i avsnitt 12.4.5, bör även uppgifter om ett läkemedel som inte kan expedieras i ett annat land överföras till land B. Svenska myndigheter kommer inte att ha samma insyn över behandlingen av personuppgifter i ett annat EES-land, på annat sätt än genom avtal och samarbete med myndigheterna i de andra EES-länderna. Det går således inte att från svensk sida kontrollera att personuppgifterna behandlas med tillräcklig säkerhet och endast av personal som omfattas av tystnadsplikt. Risken för obehörig åtkomst till känsliga personuppgifter kan komma att öka i och med att fler aktörer får tillgång till personuppgifterna. En ytterligare aspekt är att svenska myndigheter inte har någon tillsyn över att den behandling av personuppgifter som sker av myndigheter och apotek eller motsvarande i ett annat EES-land sker på en tillräcklig hög säkerhetsnivå, utöver de gemensamma kraven som nätverket för e-hälsa antagit och åtgärder som genomförs. Exempel på åtgärder som genomförs är kvalitetsgranskning av kontaktpunkter för e-hälsa och beslut om vilka länder som får delta.

Uppgifter om expedierande apotek överförs i informationsutbytet. Det innebär en risk för att det går att ta reda på om en patient har befunnit sig utomlands och vid vilket specifikt apotek expedieringen har skett.

En viktig del i skyddet av den personliga integriteten är att den registrerade får information om hur personuppgifterna kommer att behandlas. Att lämna information bidrar till transparens så att de registrerade kan tillvarata sina rättigheter enligt dataskyddsförordningen. Den gränsöverskridande aspekten medför att det kan bli svårare för patienten att ha kontroll över hur hans eller hennes personuppgifter kommer att behandlas. Detta får som följd bl.a. att patienten får svårare att kunna utöva sina rättigheter enligt dataskyddsförordningen.

En annan risk är att det blir svårare att säkerställa att det endast är behörig hälso- och sjukvårdspersonal som får tillgång till tjänsten e-recept över landsgränser.

E-recept från EES som expedieras i Sverige

Uppgifter från ett utländskt register kommer att behandlas vid expediering i Sverige, genom att uppgifterna lämnas ut från den utländska kontaktpunkten för e-hälsa till E-hälsomyndigheten som vidareförmedlar dem till det svenska öppenvårdsapoteket. Utlämnandet sker inte genom direktåtkomst. E-hälsomyndigheten kommer inte att kräva patientens samtycke i denna situation. Vid en sådan expediering ser utredningen i stort sett samma risker som presenterats ovan. Utredningens förslag om uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till Läkeemedelsverket och Socialstyrelsen kan också innebära en ytterligare risk, eftersom det innebär att känsliga personuppgifter lämnas till dessa myndigheter utan samtycke från patienten.

E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter

Som nationell kontaktpunkt för e-hälsa och registeransvarig för den nationella läkeemedelslistan får E-hälsomyndigheten tillgång till fler uppgifter om både patienter från Sverige som får e-recept expedierade i ett annat EES-land och patienter från ett annat EES-land som får e-recept expedierade i Sverige. Potentiellt kan det handla om en

mycket stor grupp av patienter, även om tjänsten till en början är begränsad till ett antal länder. Uppgifter om expediering av e-recept utfärdade i Sverige sparas i den nationella läkemedelslistan. För utländska patienter finns inget behov av ett motsvarande register, men personuppgifter om dessa patienter kommer att behöva behandlas och bevaras av E-hälsomyndigheten för felsökning, verifiering etc. samt för att lämnas ut till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Det innebär en utvidgad behandling av personuppgifter jämfört med om patienten hämtat ut läkemedlet i det land e-receptet utfärdades och därmed också en större risk för obehörigt röjande av personuppgifter.

Öppenvårdsapotekens behandling av personuppgifter

Utredningens förslag innebär att öppenvårdsapoteken kommer att ta del av känsliga personuppgifter om konsumenter och uppgifter om behöriga förskrivare i andra EES-länder. Det innebär en utökad personuppgiftsbehandling eftersom sådana e-recept inte expedieras i dag. Det medför i sin tur en större risk för obehörigt röjande av personuppgifter. Uppgifterna kommer att behandlas av öppenvårdsapoteken på motsvarande sätt som svenska e-recept och för liknande ändamål, vilket innebär att känsliga uppgifter kommer att redovisas till E-hälsomyndigheten i enlighet med den uppgiftsskyldighet som följer av utredningens förslag. Personuppgifterna kan också komma att lämnas till aktörer som Läkemedelsverket och Inspektionen för vård och omsorg för deras tillsyn i enlighet med 8 § 6 i apoteksdata-lagen. Det innebär att känsliga personuppgifter utan patientens samtycke lämnas ut till olika aktörer i enlighet med uppgiftsskyldigheter som följer av lag.

En grundläggande princip är att personuppgifterna ska vara korrekta (artikel 5.1 d i dataskyddsförordningen). Informationsutbytet innebär att öppenvårdsapoteken kommer att ta emot och skicka uppgifter elektroniskt från och till E-hälsomyndigheten, initialt via ett webbgränssnitt, men även genom befintliga expeditionssystem. Dessa olika delar kan senare komma att integreras i samma system. Expedieringen av utländska e-recept kommer att innebära en viss manuell hantering, vilket innebär en risk för att personuppgifterna kan bli fel vid inmatningen.

En annan risk som utredningen redogjort för ovan är att de registrerade kan ha svårare att tillvarata sina rättigheter.

11.2.5 Integritetsstärkande åtgärder

Vid avvägningen mellan behovet av utredningens förslag och de integritetsrisker som behandlingen kan innebära har det betydelse vilka integritetsstärkande åtgärder som kan vidtas för att minska riskerna med behandlingen.

En viktig del av skyddet för den personliga integriteten är den enskildes möjlighet att själv bestämma över tillgången till och behandlingen av sina personuppgifter. Utredningen föreslår därför att personuppgifter inte får behandlas för expediering av svenska e-recept i ett annat EES-land om inte den enskilde uttryckligen har samtyckt till detta. Den enskilde bestämmer således själv om den vill att personuppgifterna överförs till ett annat land. Enligt utredningens bedömning är ett sådant samtycke en effektiv integritetsstärkande åtgärd. Som framgår av avsnitt 9.10 föreslår utredningen inte ett liknande samtycke från den enskilde då personuppgifter hämtas från ett annat EES-land för expediering på ett svenskt öppenvårdsapotek. Ett sådant samtycke skulle inte tillföra så mycket när patienten redan befinner sig på öppenvårdsapoteket och ber att få ut sitt läkemedel.

En annan integritetsstärkande åtgärd är att förtydliga vem som har personuppgiftsansvaret för behandlingen av personuppgifterna vid informationsutbyte över landsgränser. Den registrerade har därmed lättare att veta vem den ska vända sig till för att utöva sina rättigheter enligt dataskyddsförordningen. Utredningen föreslår därför i förslaget till ny lag att det ska framgå att E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför för att ett e-recept från EES ska kunna expedieras i Sverige. I lagen om nationell läkemedelslista framgår att E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför enligt lagen. Av apoteksdatalagen följer att öppenvårdsapoteken är personuppgiftsansvariga för den behandling som de utför.

Utredningen föreslår även specifika ändamålsbestämmelser för behandlingen av personuppgifter för informationsutbytet av e-recept som i sig innebär en skyddsåtgärd.

En grundläggande princip i dataskyddsförordningen är att personuppgifter inte får lagras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifter behandlas (artikel 5.1 e i dataskyddsförordningen). Bestämmelser om gallring är en form av skyddsåtgärd för att personuppgifter inte ska sparas längre än vad som är nödvändigt. Utredningen föreslår därför i förslaget till ny lag att personuppgifterna ska tas bort senast fem år efter det att läkemedlet har expedierats på ett öppenvårdsapotek. Samma tid gäller enligt lagen om nationell läkemedelslista.

11.2.6 Avvägning mellan behov och risk för integritetsintrång

Utredningens förslag ska ge patienter inom EES möjlighet att hämta ut läkemedel i ett annat EES-land med ett e-recept. Behovet av förslagen har beskrivits i avsnitt 11.2.3 ovan. De fördelar som informationsutbytet av e-recept kan innebära måste vägas mot de integritetsrisker som det kan medföra.

Informationsutbytet innebär att känsliga personuppgifter om potentiellt sett ett stort antal individer kommer att behandlas och överföras över landsgränser. Uppgifterna kommer att finnas tillgängliga för en större krets än i dag. Svenska myndigheter kommer inte på samma sätt kunna kontrollera hur och med vilken säkerhet uppgifterna behandlas. Förutom att det rör sig om integritetskänsliga personuppgifter om läkemedel som indirekt kan avslöja vilka sjukdomar en patient har, finns en risk att uppgifterna visar var patienten befinner sig.

Alla länder som kommer att delta i tjänsten e-recept över landsgränser omfattas av dataskyddsförordningen som är direkt tillämplig på all behandling av personuppgifter. Syftet med förordningen är att skapa ett gemensamt och enhetligt dataskydd som gör det möjligt med ett fritt flöde av personuppgifter. Bestämmelserna i patientrörlighetsdirektivet påverkar inte tillämpningen av dataskyddsförordningen (artikel 2 c jämfört med artikel 94.2 i dataskyddsförordningen). För att få delta i tjänsten ska de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa granskas och godkännas av nätverket för e-hälsa och kommissionen. Granskningen omfattar organisatoriska, legala, tekniska och semantiska aspekter och resultatet redovisas för nätverket för e-hälsa innan

beslut om godkännande fattas. Informationsutbytet kommer endast att ske mellan de godkända kontaktpunkterna för e-hälsa som i sin tur lämnar ut uppgifterna till det expedierande apoteket.

Av skäl 28 till dataskyddsförordningen framgår att ett sätt att minska riskerna för de registrerade som berörs är att använda sig av pseudonymisering. Kryptering är en annan integritetsstärkande åtgärd som kan användas för att upprätthålla säkerheten och förhindra behandling som bryter mot dataskyddsförordningen (jfr skäl 83). Både kryptering och pseudonymisering tillgodoser principen om uppgiftsminimering i artikel 5.1 c i dataskyddsförordningen och bidrar till att uppfylla principen om integritet och konfidentialitet i artikel 5.1. f i dataskyddsförordningen. Pseudonymisering och kryptering utgör också sådana säkerhetsåtgärder som nämns i artikel 32 i dataskyddsförordningen och som kan vidtas för att öka säkerheten vid behandling av personuppgifter. Informationsöverföringen mellan de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa ska ske krypterat mellan de anslutande länderna via EU:s säkerhetsskyddade kommunikationsnät TESTA. Som framgår av tidigare avsnitt kräver detta att E-hälsomyndigheten är ansluten till SGSI (Swedish Government Secure Intranet), som är ett intranät, skilt från internet, för säker och krypterad kommunikation mellan myndigheter i Sverige och i Europa.

En risk med överföringen av känsliga personuppgifter till ett annat EES-land är att det inte går att säkerställa att mottagande land har tystnadsplikt för uppgifterna på samma sätt som i Sverige. E-hälsoavtalet kräver inte någon anpassning av medlemsländernas nationella rätt, men ställer krav på att varje land ska säkerställa att det bara är hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig enligt nationell rätt som får tillgång till uppgifterna.

När det gäller säkerheten ställer e-hälsoavtalet krav på att medlemsländerna ska uppfylla regler om sekretess i dataskyddsförordningen och eIDAS-förordningen. Eftersom dataskyddsförordningen ska tillämpas i alla länder som deltar i informationsutbytet måste behandlingen även i dessa länder stödjas på en rättslig grund och ett undantag från förbudet mot behandling av känsliga personuppgifter. När E-hälsomyndigheten lämnar ut uppgifter till en nationell kontaktpunkt i ett annat EES-land sker det till en annan personuppgiftsansvarig. Om mottagaren tillämpar artikel 9.2 h som undantag från förbudet att behandla känsliga personuppgifter ställs ett krav på tyst-

nadsplikt också i mottagarlandet. Om mottagarlandet tillämpar något annat undantag i artikel 9.2 ställs inte något sådant krav. Behandlingen kan ändå vara laglig i mottagarlandet. I en enkät som utredningen skickat med hjälp av E-hälsomyndigheten till medlemsländerna framgår att länderna som besvarat enkäten, dvs. Tjeckien, Kroatien, Estland, Frankrike, Grekland, Italien, Litauen, Malta, Polen, Slovenien och Spanien, har en reglering för tystnadsplikt för expedierande personal. Det kan även nämnas att de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa granskas och kontrolleras av kommissionen bl.a. utifrån de legala aspekterna, däribland vissa frågor kring tystnadsplikt och sekretessaspekter hos kontaktpunkterna.

Enligt utredningens bedömning får det förutsättas att de deltagande länderna har någon form av tystnadsplikt eller på annat sätt uppfyller kraven i dataskyddsförordningen och övriga krav på deltagandet i informationsutbytet. Det innefattar att uppfylla de krav på säkerhet som ställs i dataskyddsförordningen, bl.a. den grundläggande principen i artikel 5.1 f som anger att personuppgifterna ska behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet bl.a. skydd mot obehörig eller otillåten behandling, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder. E-hälsomyndigheten gjorde en liknande bedömning i sin rapport.¹ I sitt remissvar till rapporten tog Justitieombudsmannen (JO) upp frågan om inte e-hälsoavtalet skulle kunna ändras i detta avseende, med krav på tystnadsplikt. Enligt utredningens bedömning är det tveksamt om det skulle tillföra något ytterligare att göra en sådan ändring, utöver de åtaganden medlemsländerna redan har. Vidare skulle det även vara svårt att få till en sådan ändring nu av e-hälsoavtalet, utöver vad som redan framgår, bl.a. för att flera medlemsländer redan har skrivit på avtalet och att det inte skulle följa strukturen i avtalet som mer anger de generella förutsättningarna för deltagande.

Vad i övrigt gäller den kontroll och tillsyn över att behandlingen av personuppgifterna sker på en tillräcklig hög säkerhetsnivå när uppgifterna överförs till ett annat EES-land är utredningens bedömning att risken är begränsad av flera skäl. Dataskyddsförordningen är tillämplig på de deltagande länderna. Alla aktörer ska iaktta bestämmelserna om säkerhet i samband med behandling enligt artikel 32 i dataskyddsförordningen och bestämmelserna om inbyggt dataskydd

¹ E-hälsomyndighetens rapport, *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS).

och dataskydd som standard enligt artikel 25 i förordningen. Vidare står alla aktörerna under tillsyn av tillsynsmyndigheter i varje land.

Utredningen vill också lyfta fram att det fria flödet av personuppgifter inom EU varken får begränsas eller förbjudas av skäl som rör skyddet för fysiska personer med avseende på behandlingen av personuppgifter (artikel 1.3 i dataskyddsförordningen). För uppgifter om bl.a. hälsa bör medlemsländerna få behålla eller införa ytterligare villkor, även begränsningar, men de bör inte hindra det fria flödet av sådana personuppgifter inom EU, när villkoren tillämpas på gränsöverskridande behandling av sådana uppgifter (skäl 53 till dataskyddsförordningen).

Som utredningen konstaterat finns en risk för obehörigt röjande av personuppgifter. Denna risk kan enligt utredningens bedömning motverkas genom tydliga behörighetsregler för elektronisk åtkomst till uppgifterna och kravet på att åtkomsten till uppgifterna dokumenteras och kontrolleras. En sådan bestämmelse finns redan i lagen om nationell läkemedelslista och apoteksdatalagen. Utredningen föreslår en motsvarande bestämmelse i den nya lagen.

Vidare är en förutsättning i tjänsten att behörig hälso- och sjukvårdspersonal kan identifieras på ett säkert sätt och att endast behörig hälso- och sjukvårdspersonal inklusive expedierande personal kan få tillgång till uppgifterna om patienten i land B. För svensk del innebär det bl.a. tvåfaktorsautentisering, vilket är ett krav i tjänsten. Vidare ska farmaceuten vid anrop bekräfta behandlingsrelationen till patienten, bl.a. genom att identifiera sig.

Som framgår av avsnitt 5.4.2 har de anslutande länderna kommit överens om vilka personuppgifter som är nödvändiga att behandla i informationsutbytet och det är endast dessa uppgifter som ska behandlas i tjänsten. Detta ligger i linje med principen om uppgiftsminimering (artikel 5.1 i dataskyddsförordningen). När ett svenskt e-recept expedieras i ett annat EES-land är det främst personuppgifter som finns registrerade i lagen om nationell läkemedelslista som kommer att behandlas av E-hälsomyndigheten. Dessa uppgifter har i tidigare lagstiftningsärenden bedömts nödvändiga för att kunna expediera recept. Uppgifter ur originalreceptet överförs som PDF-dokument utan att översättas till land B:s språk. Detta görs av patient-säkerhetsskäl.

Vissa uppgifter om ett e-recept som inte kan expedieras i ett annat EES-land, bör enligt utredningens bedömning, få överföras av

patientsäkerhetsskäl för att åstadkomma en lika patientsäker och effektiv process som den nationella. I Sverige ska farmaceuten vid expediering beakta t.ex. övriga förskrivningar enligt 8 kap. 11 § receptföreskrifterna. Utredningens bedömning är att fördelarna för patientsäkerheten överväger integritetsriskerna med att vissa uppgifter förs över även om läkemedlet inte kan expedieras i det andra landet. Alternativet att endast lämna uppgifter om ett e-recept är enligt utredningen inte lika patientsäkert.

Utöver de uppgifter som redan framgår av den nationella läkemedelslistan har utredningen föreslagit i avsnitt 8.2.4 och 8.3 att uppgifter om landskod, uppgift om förskrivare, expedierande farmaceut och uppgift om expedierande apotek eller motsvarande från ett annat EES-land ska få registreras i den nationella läkemedelslistan. Ingen av dessa uppgifter är av känslig karaktär.

Det går inte att utesluta att behandlingen av personuppgifter i tjänsten e-recept över landsgränser potentiellt kan innebära en kartläggning av den enskilde, genom att det går att ta reda på i vilket land och på vilket apotek en patient befunnit sig. Utredningen bedömer risken för kartläggning av patientens personliga förhållanden som liten, särskilt mot bakgrund av att en sådan åtgärd är förbjuden enligt dataskyddsförordningen. Vidare har utredningen föreslagit att den behandling av personuppgifter som sker ska regleras i lag. Det ger i sig ett starkt integritetsskydd.

Eftersom personuppgifter går över landsgränser och hanteras av fler aktörer finns en risk för att patienten får det svårare att utöva sina rättigheter enligt dataskyddsförordningen. En viktig del av integritetsskyddet är att den enskilde kan ta tillvara sina rättigheter och ha kontroll över sina personuppgifter. Därför är det viktigt för den enskilde att veta vem som är personuppgiftsansvarig för behandlingen av den enskildes personuppgifter. E-hälsomyndigheten föreslås vara personuppgiftsansvarig för den behandling som myndigheten utför då den överlämnar och tar emot personuppgifter från och till en nationell kontaktpunkt i ett annat EES-land i enlighet med lagen om nationell läkemedelslista och den nya lagen. Utredningen föreslår också att patienten måste samtycka till att personuppgifterna lämnas till ett annat EES-land då Sverige är land A. Det innebär att patienten själv kan välja om personuppgifter ska behandlas för informationsutbytet eller inte. I samband med att ett sådant samtycke lämnas ska E-hälsomyndigheten informera om behandlingen och vad den inne-

bär (se artikel 13 i dataskyddsförordningen och 7 kap. 3 § lagen om nationell läkemedelslista som reglerar den ytterligare informationen som ska ges). E-hälsomyndigheten är också som personuppgiftsansvarig enligt förslaget till ny lag skyldig att informera om hur personuppgifterna kommer att behandlas (se artikel 14 i dataskyddsförordningen).

Även öppenvårdsapoteken är personuppgiftsansvariga för den behandling som de utför vid expediering av e-recept från EES. Öppenvårdsapoteken ska som personuppgiftsansvariga lämna ytterligare information om hur personuppgifterna kommer att behandlas utöver den information som följer av artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen (16 § apoteksdatalagen). Det omfattar bl.a. information om de uppgiftsskyldigheter som följer av lag eller författning, sökbegränsningar etc. Den registrerade kommer på så sätt att få vetskap om vilken aktör som kan komma att ta del av personuppgifterna till följd av uppgiftsskyldigheten.

Vidare kommer information om respektive lands personuppgiftsbehandling att tillhandahållas och översättas till alla deltagande länders språk på en gemensam webbplats. Därutöver har patienten möjlighet att lämna klagomål till tillsynsmyndigheten i landet där patienten har sin hemvist (artikel 77.1 i dataskyddsförordningen). Tillsynsmyndigheten har då en skyldighet att utreda klagomålet i samarbete med berörda tillsynsmyndigheter i andra länder och informera patienten om resultatet (artikel 57.1 f och 77.2).

Öppenvårdsapotekens hantering vid expediering av e-recept från ett annat EES-land innebär i vissa avseenden en annan hantering jämfört med expediering av svenska e-recept. Eftersom det inte rör sig om direktåtkomst till uppgifter om utländska e-recept kommer öppenvårdsapoteken att behöva kunna ta emot och lämna ut uppgifter elektroniskt från och till E-hälsomyndigheten på annat sätt än för svenska recept, inledningsvis via ett webbgränssnitt. Utredningen föreslår därför att det ska införas ett krav i 2 kap. 6 § lagen om handel med läkemedel på att öppenvårdsapoteken ska kunna ta emot och lämna ut uppgifter elektroniskt om en expediering av ett e-recept från EES. Som utredningen konstaterat i tidigare avsnitt innebär expedieringen av e-recept från EES en viss manuell hantering som i sig kan innebära risk att felaktiga personuppgifter hanteras.

Enligt utredningens bedömning borde denna risk vara som störst i början och sedan minska då expedieringen av utländska e-recept

blir mer vanligt. Även om en manuell hantering i sig alltid innebär en viss risk för att fel kan uppstå är utredningens bedömning att utbildning och information till expedierande personal borde minska risken för att personuppgifterna är felaktiga. Expedierande personal på öppenvårdsapoteken kommer att erbjudas utbildning i hur expedieringen av dessa e-recept ska gå till.

Utredningen föreslår en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten i den nya lagen till öppenvårdsapoteken, utländsk kontaktpunkt för e-hälsa, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen och en uppgiftsskyldighet till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa enligt lagen om nationell läkemedelslista. Vidare föreslår utredningen att E-hälsomyndigheten ska informera Läkemedelsverket om en tillståndshavare inte lämnar de uppgifter till myndigheten som föreskrivs i 2 kap. 10 b § lagen om handel med läkemedel. Utredningen föreslår även sekretessbrytande bestämmelser till expedierande personal på öppenvårdsapotek och till utländsk nationell kontaktpunkt för e-hälsa för att uppgifterna ska få lämnas ut. Det skulle potentiellt kunna innebära ett intrång i den personliga integriteten för den enskilde och en risk för att skyddsvärda uppgifter sprids. Vad gäller de sekretessbrytande bestämmelserna har expedierande personal behov av att få tillgång till uppgifterna för att kunna expediera läkemedel. Även utländsk kontaktpunkt för e-hälsa har behov av uppgifterna för att kunna uppdatera registret med rätt uppgifter och att kunna vidarefördela uppgifter till ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Risken för intrång bör kunna begränsas genom utredningens förslag att E-hälsomyndigheten bara får lämna ut uppgifter som behövs för expediering av läkemedel och återrapportering. Risken för intrång begränsas också genom att samtycke krävs då Sverige är land A för att uppgifterna ska få överföras och då Sverige är land B är patienten medveten om att uppgifterna kommer att överlämnas för att expedieringen ska kunna ske. Uppgifterna omfattas även av tystnadsplikt hos öppenvårdsapoteken enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vidare föreslår utredningen att öppenvårdsapoteken ska lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten i samband med en expediering av ett e-recept från EES, i likhet med nuvarande uppgiftsskyldighet för svenska e-recept. Öppenvårdsapoteken har ett behov av att lämna uppgifter utan att det bör anses som ett obehörigt röjande för att kunna utföra expedieringen och åtgärder i anslutning till den. Vidare

har E-hälsomyndigheten ett behov av uppgifterna från öppenvårdsapoteken för myndighetens roll som nationell kontaktpunkt och uppdrag avseende statistik, samt för att lämna uppgifter till Läke-medelsverket och Socialstyrelsen för respektive myndighets behov.

Vad gäller förslaget om uppgiftsskyldighet till Läke-medelsverket och Socialstyrelsen innebär det att myndigheterna får behandla personuppgifterna utan samtycke från patienten. Läke-medelsverket utövar tillsyn över öppenvårdsapoteken. I denna tillsyn ingår att kontrollera att öppenvårdsapoteken lämnar korrekta uppgifter och att läke-medelshanteringen i fråga om recepthanteringen är säker och i enlighet med gällande lagar och andra föreskrifter. För att kunna kontrollera att korrekta uppgifter lämnas behöver Läke-medelsverket tillgång till dels de uppgifter som öppenvårdsapoteken lämnar i den verifikation som de ska upprätta vid en förskrivning, dels till de uppgifter som lämnas till E-hälsomyndigheten för att kunna göra en jämförelse. Utan tillgången till uppgifterna som lämnas till E-hälsomyndigheten saknar Läke-medelsverket möjlighet att få kännedom om och kunna ingripa mot ett apotek som handlat felaktigt i denna del. Uppgifterna hos Läke-medelsverket omfattas av stark sekretess i enlighet med 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL). Utredningens bedömning är att det intrång i den personliga integriteten som förslaget innebär är proportionerligt i förhållande till syftet med förslaget.

Läke-medelsregistret som Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för ger underlag för den officiella statistiken i Sverige. Syftet med registret är att öka patientsäkerheten på läke-medelsområdet. Uppgifterna i läke-medelsregistret kommer från E-hälsomyndigheten. Uppgifterna i läke-medelsregistret omfattas av statistiksekretessen i 24 kap. 8 § OSL vilket innebär att sekretessen är absolut och uppgifterna enligt huvudregeln inte får lämnas ut. Undantag från sekretessen finns när det gäller uppgifter som behövs för forskning och statistikändamål och uppgifter som inte genom namn, annan identitetsbeteckning eller liknande förhållande är direkt hänförlig till den enskilde. I dessa fall kan uppgifter lämnas ut om det står klart att de kan röjas utan att den enskilda individ som uppgifterna rör eller någon närstående lider skada eller men. Uppgifterna hos Socialstyrelsen omfattas således av ett starkt sekretesskydd. Samtliga hälsodataregister är av stort värde för svensk medicinsk forskning. De bygger på en intresseavvägning mellan å ena sidan att skapa samhällsnyttig kun-

skap genom forskning och å andra sidan det intrång i den personliga integriteten som personuppgiftsbehandlingen innebär. Enligt utredningens bedömning är det intrång i den personliga integriteten som förslaget innebär proportionerligt i förhållande till syftet med förslaget.

Alternativ till utredningens förslag

Utredningens förslag innebär att det kommer att finnas rättsligt stöd för den personuppgiftsbehandling som utförs när ett svenskt e-recept expedieras i ett annat EES-land och när ett e-recept från EES expedieras i Sverige. De alternativ som finns till utredningens förslag är antingen att underlåta att införa någon ny reglering av personuppgiftsbehandlingen eller att reglera frågorna på ett annat sätt, t.ex. genom en ny särskild lag som omfattar all personuppgiftsbehandling som sker inom ramen för informationsutbytet. Om någon ny reglering inte införs är valet antingen att avstå från att delta i tjänsten e-recept över landsgränser eller att förlita sig på att befintlig lagstiftning är tillräcklig och att den behandling av personuppgifter som utförs kan ske med stöd av samtycke från den registrerade.

Om någon ny reglering inte införs av den personuppgiftsbehandling som sker riskerar E-hälsomyndigheten och öppenvårdsapoteken att behandla personuppgifter i strid med dataskyddsförordningen, lagen om nationell läkemedelslista och apoteksdatalagen. Som framgår av avsnitt 7.2 gör utredningen bedömningen att personuppgifterna inte bör behandlas med stöd av samtycke som rättslig grund. Det är också stor risk för att personuppgifterna i så fall skulle lämnas ut i strid med lagen om nationell läkemedelslista, apoteksdatalagen och OSL. Behandlingen av personuppgifter skulle då kunna leda till stora risker för patienternas integritet och E-hälsomyndigheten och öppenvårdsapoteken skulle också riskera sanktionsavgifter och skadeståndsskyldighet enligt dataskyddsförordningen. Utredningens förslag innebär en uppdelning av den personuppgiftsbehandling som sker vid det gränsöverskridande samarbetet i olika författningar, se vidare kapitel 7. Anledningen till den uppdelningen är främst att e-recepten är registrerade på olika ställen, i det ena fallet i den nationella läkemedelslistan och i det andra i ett annat land och att behandlingen av dem därför skiljer sig åt.

Enligt utredningens sammantagna bedömning saknas det alternativ för att uppnå det avsedda ändamålet att möjliggöra informationsutbyte genom tjänsten e-recept över landsgränser.

11.2.7 Slutsats proportionalitetsbedömningen

Behandling av personuppgifter med anledning av utredningens förslag är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse och för att fullgöra en rättslig förpliktelse. E-hälsomyndighetens uppdrag, dels att vara nationell kontaktpunkt för e-hälsa, dels att tillhandahålla tjänster och infrastruktur för gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept, föreslås framgå av förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten. Utredningen föreslår att särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av dataskyddsförordningen tas in i lagen om nationell läkemedelslista, apoteksdatalagen och i en ny lag om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).

Av artikel 6.3 i dataskyddsförordningen framgår att den nationella regleringen av grunden för behandlingen som kompletterar förordningen ”ska uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas”.

Som utredningen konstaterat tidigare får syftet med utredningens förslag att möjliggöra för enskilda inom EES att hämta ut läkemedel i ett annat EES-land, anses utgöra ett legitimt mål som uppfyller ett mål av allmänt intresse. Något alternativ till utredningens förslag för att uppnå ändamålet finns inte. Den behandling som kommer att utföras med anledning av förslagen är ändamålsbegränsad och de författningsförslag som lämnas ger tillräckliga skyddsåtgärder för att behandlingen ska anses vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas. Genom utredningens förslag kommer E-hälsomyndigheten och öppenvårdsapoteken att ha rättsligt stöd i nationell rätt på det sätt som krävs enligt dataskyddsförordningen.

Det är utredningens sammanfattande bedömning att behoven av, och fördelarna med utredningens förslag överväger de integritetsrisker som behandlingen medför. Behandlingen uppfyller ett mål av allmänt intresse och är proportionell mot det legitima mål som eftersträvas.

11.2.8 Konsekvensbedömning avseende dataskydd

Enligt dataskyddsförordningen ska den personuppgiftsansvarige i vissa fall göra en bedömning av den planerade personuppgiftsbehandlings konsekvenser för skyddet av personuppgifter (artikel 35). En konsekvensbedömning ska göras om en typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Att genomföra en konsekvensbedömning är ett sätt för den personuppgiftsansvarige att säkerställa och visa att den personuppgiftsansvarige följer dataskyddsförordningen (artikel 5.2). En konsekvensbedömning är en process för att kunna identifiera risker med behandlingen av personuppgifter och ta fram rutiner och åtgärder för att hantera riskerna, och därmed bedöma om det intrång som behandlingen utgör är proportionerlig. Enligt artikel 35.10 i dataskyddsförordningen finns det en möjlighet att genomföra en konsekvensbedömning redan i lagstiftningsarbetet. Om en behandling enligt artikel 6.1 c eller 6.1 e i dataskyddsförordningen har en rättslig grund i EU-rätten eller svensk lag, om denna lagstiftning reglerar den specifika behandlingsåtgärden och om en konsekvensbedömning avseende dataskydd har genomförts som en del av en allmän konsekvensbedömning i samband med antagandet av denna rättsliga grund, gäller inte artikel 35.1–7 i dataskyddsförordningen. I sådana fall behöver inte var och en av de som behandlar personuppgifter enligt lagstiftningen göra en egen konsekvensbedömning avseende dataskydd. Det kan underlätta om lagstiftaren så långt det är möjligt genomför en konsekvensbedömning, trots att lagstiftaren inte har exempelvis de tekniska förutsättningarna och därmed inte behovet av konkreta säkerhets- och skyddsåtgärder helt klart för sig. Dessa frågor behöver den personuppgiftsansvarige, som har kunskap om det specifika systemet, själv ta ställning till för att kunna minimera eventuella höga risker.

Som utredningen redogjort för är utredningens bedömning att det gränsöverskridande informationsutbytet är en rättslig förpliktelse och en uppgift av allmänt intresse i enlighet med artikel 6.1 c och 6.1 e i dataskyddsförordningen. Informationsutbytet innebär att känsliga personuppgifter om potentiellt sett ett stort antal registrerade kommer att överföras mellan anslutna medlemsländer. Enligt utredningens bedömning kan behandlingen sannolikt leda till en hög risk

för de registrerades rättigheter och friheter på det sätt som avses i artikel 35.1 i dataskyddsförordningen. Den personuppgiftsansvarige skulle därför i enlighet med artikeln behöva göra en konsekvensbedömning avseende dataskydd innan behandlingen utförs. Informationsutbytet kommer att ha stöd i den nationella rätten genom bl.a. lagen om nationell läkemedelslista, utredningens förslag till ny lag och E-hälsomyndighetens instruktion. Den riskanalys och proportionalitetsbedömning som gjorts här utgör enligt utredningens bedömning en sådan konsekvensbedömning avseende dataskydd som avses i artikel 35.10 i dataskyddsförordningen. De inblandade personuppgiftsansvariga behöver dock komplettera den med en konsekvensbedömning avseende de mer praktiska, tekniska och organisatoriska förutsättningarna för behandlingen.

12 Åtgärder för en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess

12.1 Inledning

Utredningen ska enligt sitt uppdrag se över behovet av andra åtgärder för att säkerställa en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess, såsom behovet av att ändra de krav som ställs på öppenvårdsapoteken i lagen (2009:366) om handel med läkemedel vid expediering av e-recept utfärdade i andra EES-länder. Förslagen analyseras även utifrån ett sekretessperspektiv. Utredningen ska även se över frågan om expediering i andra EES-länder av svenska e-recept och expediering i Sverige av e-recept från EES förutsätter ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter och då föreslå ändringar. Vidare ska utredningen ta ställning till de frågor som lyfts i E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS) och i remissvaren till denna. En utgångspunkt är att den gränsöverskridande processen för e-recept ska vara lika patientsäker och effektiv som den nationella processen.

I detta kapitel analyserar utredningen ovanstående delar av uppdraget. Kapitlet inleds med överväganden och förslag avseende kraven på öppenvårdsapoteken och behovet av ändringar i lagen om handel med läkemedel, förordningen (2009:659) om handel med läkemedel och receptföreskrifterna. Slutligen överväger utredningen ytterligare åtgärder för en patientsäker och effektiv process när Sverige är land A och svenska e-recept expedieras i ett annat EES-land. Utredningen överväger och föreslår ändringar i läkemedelslagen (2015:315) och läkemedelsförordningen (2015:458), samt att föreskrifter bör få meddelas av Läkemedelsverket. Hanteringen av pappersrecept inom EES utreds inte.

12.2 Överväganden och förslag till ändringar i lagen om handel med läkemedel

12.2.1 Pappersrecept inom EES

Utredningens bedömning: Pappersrecept inom EES utreds inte.

Pappersrecept utfärdade av en förskrivare behörig i annat EES-land kan expedieras på öppenvårdsapotek i Sverige och pappersrecept utfärdade i Sverige kan expedieras i ett annat EES-land. Erkännande av sådana recept framgår av patientrörlighetsdirektivet som även är grunden för e-recept över landsgränser och nätverket för e-hälsas samarbete. Det finns dock skillnader mellan pappersrecept och e-recept som främst följer av det elektroniska informationsutbytet för e-recept och att utbytet baseras på ett frivilligt samarbete. För e-recept över landsgränser finns t.ex. ett krav på återrapportering av expedieringen från land B till land A, vilket inte är möjligt för pappersrecept från EES. Utredningen ska föreslå en helhetslösning för e-recept över landsgränser och utreder inte hanteringen av pappersrecept inom EES. Det finns fördelar med att utreda båda typerna av recept gemensamt. Utredningen har inte haft möjlighet att göra detta i delbetänkandet.

12.2.2 En ny definition av e-recept från EES

Utredningens förslag: En definition införs i lagen om handel med läkemedel för e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land som får överföras enligt nätverket för e-hälsas krav för expediering i Sverige.

Utredningen föreslår en ny definition – e-recept från EES – i lagen om handel med läkemedel. Definitionen avser e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land som kan överföras till Sverige i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighets-

direktivet och kommissionens genomförandebeslut 2019/1765.¹ Syftet med definitionen är främst att undvika upprepningar i de bestämmelser som utredningen föreslår ska gälla för denna typ av e-recept. Genom hänvisningen till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa begränsas definitionen till vad nätverket har kommit överens om. Medlemsländerna ska utse endast en nationell kontaktpunkt för e-hälsa. Den ska granskas och godkännas för att medlemslandet ska få delta i tjänsten e-recept över landsgränser. All information om dessa e-recept ska förmedlas inom EES² genom den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i varje land. Nätverkets krav innebär också bl.a. att endast e-recept för godkända humanläkemedel omfattas.³ Därför föreslår utredningen en ny definition i 1 kap. 4 § lagen om handel med läkemedel.

12.2.3 Tillhandahållandeskyldighet

Utredningens förslag: Den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument bör vid expediering av e-recept från EES tillhandahålla det förskrivna läkemedlet, eller ett läkemedel som motsvarar det förskrivna läkemedlet så snart det kan ske. Det bör närmare anges i receptföreskrifterna vilket läkemedel öppenvårdsapoteket får lämna ut. Om läkemedlet som en konsument har frågat efter inte finns på öppenvårdsapoteket, ska läkemedlet beställas inom den tid som anges i förordningen om handel med läkemedel.

Både Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten har med anledning av E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* ansett att det är oklart vad som gäller avseende tillhandahållandeskyldigheten för e-recept från EES.

¹ Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (ändrat genom beslut 2020/1023).

² Länder som är medlemmar i Efta kan enligt nätverket delta som observatör och delta i e-hälsoavtalet. Utredningens beaktar endast EES-länder, se avsnitt 2.2.

³ I artikel 3 i patientrörlighetsdirektivet definieras läkemedel med en hänvisning till definitionen i humandirektivet.

Tillhandahållandeskyldigheten för den som har tillstånd att bedriva detaljhandel till konsument,⁴ dvs. bedriva ett öppenvårdsapotek, innebär i dag att tillståndshavaren ska tillhandahålla samtliga förordnade läkemedel och samtliga förordnade varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. så snart det kan ske (2 kap. 6 § 3 lagen om handel med läkemedel). Vad som avses med ”så snart det kan ske” definieras i förordningen om handel med läkemedel. Det innebär att när konsumenten frågar efter ett läkemedel eller vara som inte finns i lager, ska öppenvårdsapoteket beställa produkten senast klockan 16.00 samma dag om det efterfrågades innan dess (9 §). En partihandlare ska leverera en sådan beställning till öppenvårdsapoteket senast nästa vardag före klockan 16.00. Leveransskyldigheten gäller inte läkemedel som normalt inte finns tillgängliga hos partihandlaren (10 § samma förordning). I förarbetena understryks det att tillhandahållandeskyldigheten är en viktig aspekt ur ett tillgänglighetsperspektiv och verkar för en god läkemedelsförsörjning.⁵

Nuvarande bestämmelse i 2 kap. 6 § 3 lagen om handel med läkemedel gäller både läkemedel och vissa varor som förordnas, alltså produkter som både kan förskrivas och rekvireras, dvs. beställas åt en vårdenhet eller liknande. E-recept från EES avser endast godkända humanläkemedel som förskrivas på e-recept åt en konsument för att hämtas ut på apotek. Rekvirerade läkemedel och varor som inte är läkemedel omfattas inte.⁶ Nuvarande bestämmelse kan därför anses ha ett vidare tillämpningsområde än för e-recept från EES.

Enligt förarbetena avser tillhandahållandeskyldigheten enligt 2 kap. 6 § 3 inte endast det läkemedel som står på receptet, utan även vad som ska lämnas ut enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. Öppenvårdsapoteket ska alltså tillhandahålla det förordnade läkemedlet eller det läkemedel som följer av bestämmelserna om utbyte av läkemedel enligt den lagen.⁷ För e-recept från EES bör inte utbyte av läkemedel i lagen om läkemedelsförmåner m.m. tillämpas enligt utredningens bedömning, se avsnitt 6.3.1. Nuvarande bestämmelse är alltså missvisande vid expediering av sådana e-recept. Utredningen känner inte

⁴ En sådan tillståndshavare kallas här omväxlande även för öppenvårdsapotek, eftersom begreppet öppenvårdsapotek är mer använt.

⁵ Prop. 2008/09:145 s. 117 f., 190 och 421.

⁶ Se avsnitt 5.3.6 om vad tjänsten e-recept över landsgränser omfattar i dag. Jfr även t.ex. Mål C-222/18 VIPA Kereskedelmi és Szolgáltató Kft. v Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet där bestämmelser om att inte erkänna rekvisition enligt artikel 11 patientrörlighetsdirektivet ansågs förenligt med reglerna om fri rörlighet.

⁷ Prop. 2008/09:145 s. 117 f., 190 och 421.

närmare till t.ex. om bestämmelsen tillämpas avseende pappersrecept som utfärdas i EES.⁸

Tillhandahållandeskyldigheten bör enligt utredningen även tydligt avse e-recept från EES som får expedieras i Sverige, eftersom det är viktigt ur ett tillgänglighetsperspektiv och för en god läkemedelsförsörjning. Utredningen föreslår därför en ny bestämmelse i 2 kap. 6 § 16 lagen om handel med läkemedel som innebär att det förskrivna läkemedlet ska lämnas ut vid expediering av ett e-recept från EES eller, i vissa fall, ett läkemedel som motsvarar det förskrivna läkemedlet så snart det kan ske. Syftet med den nya bestämmelsen är främst att förtydliga tillhandahållandeskyldigheten vid expediering av e-recept från EES.

Utredningen föreslår också att vad som får lämnas ut på öppenvårdsapotek bör regleras i receptföreskrifterna, i likhet med 8 kap. 36 § receptföreskrifterna som avser pappersrecept utfärdade i annat EES-land,⁹ se vidare avsnitt 12.3.2 nedan. I likhet med vad som gäller enligt 2 kap. 6 § 3 lagen om handel med läkemedel föreslår alltså utredningen att det anges närmare i annan reglering vilket läkemedel som tillhandahållandeskyldigheten avser.¹⁰ Enligt nätverket för e-hälsa krav får expediering av ett annat läkemedel än det förskrivna endast avse läkemedel med ett annat läkemedelsnamn och/eller förpackningsstorlek om utbyte är tillåtet.¹¹ Läkemedlets aktiva substans, läkemedelsform och styrka ska vara densamma. Ett läkemedelsnamn får anges på ett e-recept även när utbyte av läkemedel på apotek är tillåtet, eftersom det anges med en särskild markering om utbyte får ske på e-recept från EES.¹²

Om det anges på ett e-recept från EES att byte av läkemedel inte får ske på apotek får alltså endast det förskrivna läkemedlet lämnas ut. Om det förskrivna läkemedlet är godkänt i Sverige med ett annat läkemedelsnamn får det lämnas ut även om det finns en markering

⁸ I prop. 2012/13:150 finns ingen bedömning av förhållandet till t.ex. lagen om handel med läkemedel i frågan om recept från EES. I prop. 2008/09:145 synes det inte heller finnas någon bedömning av recept från andra länder i förhållandet till tillhandahållandeskyldigheten.

⁹ Delar av patientrörlighetsdirektivets artikel 11 och genomförandedirektivet 2012/52/EU anses genomförda i svensk rätt genom receptföreskrifterna, se prop. 2012/13:150 s. 100 ff.

¹⁰ Jfr prop. 2008/09:145 s. 421.

¹¹ Under *eHDSI Scope and Business Goals* framgår det att kraven i nätverket för e-hälsa medger den enklaste formen av utbyte, dvs. annan förpackningsstorlek och/eller läkemedelsnamn, se även avsnitt 5.3.6. Land B:s regelverk om utbyte avses gälla för e-recept från EES.

¹² Detta är en utveckling av genomförandedirektivet 2012/52/EU som anger att läkemedelsnamn endast ska anges om utbyte inte får ske med en motivering om varför. Läkemedelsnamnet ska också anges för biologiska läkemedel som inte ska bytas, se skäl 4 och bilagan.

om att byte inte får ske, eftersom det är samma läkemedel. Om utbyte får ske föreslår utredningen att det läkemedel som anges på förskrivningen eller ett läkemedel som motsvarar det förskrivna får lämnas ut.

Det kan hända att det förskrivna läkemedlet med ett visst läkemedelsnamn eller en viss förpackningsstorlek inte finns godkänt för försäljning i Sverige eller tillgängligt. I dessa fall kan farmaceuten behöva identifiera ett läkemedel som motsvarar det förskrivna läkemedlet om utbyte är tillåtet. Detsamma gäller om läkemedlets gängse benämning angivits på ett e-recept från EES, eftersom någon specifik läkemedelsprodukt då inte har pekats ut. Med gängse benämning avses i regel namnet på läkemedlets aktiva substans eller substanser. Med motsvarande läkemedel avses ett läkemedel som innehåller samma aktiva substans, styrka och läkemedelsform, samt i övrigt är likvärdigt, se avsnitt 12.3.2.

Om ett sådant läkemedel inte kan identifieras eller inte finns tillgängligt bör ingen skyldighet att tillhandahålla läkemedlet anses föreligga. För tillståndshavaren ska tillhandahållandeskyldigheten vid expediering av e-recept från EES tillämpas enligt denna bestämmelse och inte enligt bestämmelsen i 2 kap. 6 § 3 lagen om handel med läkemedel. Utredningen föreslår att det ska framgå i en ny bestämmelse i 2 kap. 6 d § lagen om handel med läkemedel, se avsnitt 12.2.7 nedan.

Förutsättningarna för tillhandahållandeskyldigheten i den nya bestämmelsen i 2 kap. 6 § 16 lagen om handel med läkemedel bör i övrigt motsvara 2 kap. 6 § 3. Utredningen föreslår därför en hänvisning till den nya bestämmelsen om e-recept från EES i 9 § förordningen om handel med läkemedel. Enligt 2 kap. 11 § 2 lagen om handel med läkemedel får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter som avser inom vilken tid tillhandahållandet ska ske. Utredningen föreslår att detta bemyndigande också bör avse den nya bestämmelsen i 2 kap. 6 § 16 lagen om handel med läkemedel.

12.2.4 Uppgiftsskyldighet till E-hälsomyndigheten

Utredningens förslag: Den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument ska vid expediering av ett e-recept från EES lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten. Regeringen får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som bör lämnas till E-hälsomyndigheten. Dessa uppgifter bör framgå av förordningen om handel med läkemedel.

Utredningens bedömning: De uppgifter som en tillståndshavare bör lämna är bl.a. sådana uppgifter som E-hälsomyndigheten, Läke-medelsverket och Socialstyrelsen behöver för respektive myndighets uppdrag. Skyldigheten att lämna uppgifter avser även tillgodose tillståndshavarens behov vid en expediering av e-recept från EES av en bestämmelse som medför att utlämnande inte anses utgöra ett obehörigt röjande.

Den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument har i dag en skyldighet enligt 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel att vid expediering av en förskrivning till människa lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten. De uppgifter som ska lämnas framgår genom en hänvisning till 3 kap. 8 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista. Uppgiftsskyldigheten har ansetts behövas bl.a. för att uppdatera E-hälsomyndighetens register och för att myndigheten ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet gentemot andra aktörer.¹³

Utredningen anser att 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel inte är tillämplig för tillståndshavaren vid expediering av e-recept från EES, eftersom den hänvisar till lagen om nationell läkemedelslista. E-recept från EES bör i huvudsak inte registreras i den nationella läkemedelslistan enligt utredningen. Däremot behöver vissa uppgifter registreras i den nationella läkemedelslistan vid expediering av ett e-recept från EES.

¹³ Se vidare t.ex. prop. 2008/09:145 s. 120 f., prop. 2013/14:93 s. 117 f., prop. 2017/18:157 s. 164 ff. och prop. 2017/18:223 s. 169 ff.

Uppgiftsskyldighet vid expediering av e-recept från EES

Utredningen bedömer att det bör införas en skyldighet för tillståndshavaren att lämna uppgifter vid expediering av e-recept från EES på ett liknande sätt som gäller enligt 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel. Därför bör en ny bestämmelse införas i 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel som innebär att tillståndshavaren ska lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten vid expediering av e-recept från EES. Uppgiftsskyldigheten avses tillgodose behovet dels för E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för respektive myndighets uppdrag, dels för att öppenvårdsapoteken ska kunna lämna nödvändiga uppgifter utan att det anses utgöra ett obehörigt röjande för tillståndshavaren. Nedan följer utredningens överväganden och bedömning.

Ansvariga myndigheter behöver tillgång till uppgifter

I dag har flera aktörer behov av uppgifter om recept till människa som expedieras på ett öppenvårdsapotek. E-hälsomyndigheten ska lämna vissa uppgifter till aktörer enligt lagen om nationell läkemedelslista, för bl.a. tillsyn, forskning, statistik och uppföljning. Utredningen har i avsnitt 9.11 föreslagit att öppenvårdsapoteken, utländsk kontaktpunkt för e-hälsa, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen bör kunna få uppgifter avseende expediering av e-recept från EES från E-hälsomyndigheten.

Som nationell kontaktpunkt för e-hälsa behöver E-hälsomyndigheten uppgifter från öppenvårdsapoteken vid expediering av e-recept från EES. Som nationell kontaktpunkt ska myndigheten vidarebefordra uppgifter till den utländska kontaktpunkten i land A. E-hälsomyndigheten behöver också uppgifter från öppenvårdsapoteken för att tillhandahålla statistik och lämna uppgifter till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

Läkemedelsverket kan i dag få uppgifter från den nationella läkemedelslistan för en effektiv tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten och uppgiftslämnandet vid expediering enligt 2 kap. 6 § 3 och 5 lagen om handel med läkemedel.¹⁴ Myndigheten ska bl.a. kunna verifiera att uppgifterna som lämnas från enskilda öppenvårdsapotek överensstämmer med de som har rapporterats till E-hälsomyndig-

¹⁴ Se vidare t.ex. prop. 2008/09:145 s. 314 ff. och prop. 2013/14:93 s. 120.

heten.¹⁵ Enligt utredningen har Läkemedelsverket behov av uppgifter vid expediering av e-recept från EES för tillsyn och Socialstyrelsen behov av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning, statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården.

Öppenvårdsapoteken behöver uppgifter vid expediering

Öppenvårdsapoteken behöver tillgång till uppgifter ur e-receptet för att expediera ett e-recept från EES. För att få sådana uppgifter, behöver öppenvårdsapoteken också skicka uppgifter om konsumenten och e-receptet via den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i den fråga-svarstjänst för informationsutbytet som beskrivs i avsnitt 5.4.1.

Personal på öppenvårdsapotek får inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Uppgiftsskyldigheten i 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel är en sådan bestämmelse.¹⁶ Utredningen gör bedömningen att öppenvårdsapoteken har behov av en motsvarande bestämmelse om uppgiftsskyldighet även för e-recept från EES som bör framgå av 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel.

De uppgifter som bör lämnas till E-hälsomyndigheten

Enligt utredningen är det svårt att ange exakt vilka uppgifter tillståndshavaren ska lämna till E-hälsomyndigheten enligt den nya bestämmelsen i 2 kap. 6 § 17. Det är ett flertal uppgifter som ytterst beslutas inom nätverket för e-hälsa. Skyldigheten bör omfatta de uppgifter E-hälsomyndigheten behöver få och öppenvårdsapoteken behöver lämna. Därför bör uppgiftsskyldigheten omfatta alla de uppgifter som öppenvårdsapoteken kan komma att behöva lämna vid expediering i den fråga-svarstjänst som beskrivs i avsnitt 5.4.1. De uppgifter som behövs är alltså vad som krävs för att 1) identifiera

¹⁵ Prop. 2017/18:157 s. 164 ff.

¹⁶ Prop. 2020/21:220 s. 44.

konsumenten, 2) hämta receptlista, 3) hämta recept och 4) återrapportera expedierat läkemedel.

Nuvarande uppgiftsskyldighet i 2 kap. 6 § 5 hänvisar till 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista som anger innehållet i registret. Den bestämmelsen innehåller en uppräknning av ett flertal uppgifter som får registreras i den nationella läkemedelslistan. Den befintliga bestämmelsen har varit en av utgångspunkterna när utredningen har analyserat vilka uppgifter öppenvårdsapoteken behöver lämna vid expediering av e-recept från EES. Utredningen utgår vidare från vilka uppgifter som ingår i informationsutbytet för e-recept inom EES som beskrivs i avsnitt 5.4.2. I det avsnittet beskrivs de informationsmängder som nätverket för e-hälsa kommit överens om utifrån bl.a. genomförandedirektivet 2012/52/EU som har anpassats och utvecklats.¹⁷ Vissa uppgifter är obligatoriska att ange, medan andra är frivilliga. De uppgifter som ingår i informationsutbytet utvecklas och kan ändras, även om de mest grundläggande uppgifterna sannolikt inte behöver ändras. Det händer att e-recepten från EES inte innehåller alla obligatoriska uppgifter, men redan i dag kan recept från EES ändå expedieras i vissa fall om farmaceuten bedömer det lämpligt (8 kap. 39 § receptföreskrifterna).

Utredningens förslag är att uppgiftsskyldigheten i den nya bestämmelsen i 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel bör avse de uppgifter som anges nedan i kursiv stil. Utredningens bedömning av varför de bör omfattas beskrivs under uppgifterna.

Uppgift om förskrivet läkemedel, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, behandlingsändamål och datum för förskrivning

Ovanstående uppgifter kan E-hälsomyndigheten få från den nationella kontaktpunkten i land A för att vidareförmedla till den expedierande farmaceuten. Mängd, aktiv substans, läkemedelsform, styrka och datum är uppgifter som ska anges på e-recept från EES enligt nätverket för e-hälsas krav. Dosering, administreringsätt och behandlingsändamål kan också anges. Enligt uppgift från E-hälsomyndigheten anges det sällan behandlingsändamål på e-recept från EES för

¹⁷ För ett svenskt recept som ska vidareförmedlas till annat EES-land kommer bestämmelserna om förskrivning att gälla, dock föreslår utredningen att e-recept för vissa typer av läkemedel inte får expedieras i annat EES-land, se avsnitten 12.4.3 och 12.4.4.

närvarande, även om det förekommer. Öppenvårdsapoteken kan i sin tur behöva skicka uppgifter om förskrivet läkemedel till E-hälsomyndigheten som kontaktpunkt för e-hälsa för vidarebefordran till land A, t.ex. för att kunna fråga efter ett av konsumentens e-recept som finns i receptlistan från land A. I dessa fall kan öppenvårdsapoteken behöva ange uppgifter om det förskrivna läkemedlet för att identifiera det aktuella e-receptet konsumenten vill få expedierat. Även Läkemedelsverket behöver uppgifter om det förskrivna läkemedlet för sin tillsyn av uppgiftsskyldigheten och tillhandahållandeskyldigheten för läkemedel förskrivna på e-recept från EES på ett liknande sätt som för den tillsyn myndigheten utför avseende 2 kap. 6 § 3 och 5.

Även om det är svårt att säga om öppenvårdsapoteken behöver lämna mer detaljerade uppgifter om det förskrivna läkemedlet, t.ex. dosering, administreringsätt eller behandlingsändamål, anser utredningen att även dessa uppgifter bör ingå i uppgiftsskyldigheten. Den främsta anledningen till detta är att det inte helt kan uteslutas att sådana uppgifter i vissa fall skulle kunna anses ingå i den samlade informationen om ett förskrivet läkemedel som öppenvårdsapoteket kan behöva lämna. I sådana fall bör det inte anses som ett obehörigt röjande för öppenvårdsapoteken att lämna ut de uppgifter som omfattas av uppgiftsskyldigheten.

Uppgift om konsumentens namn, födelsedatum, den uppgift som används för konsumentens identifiering i det land där e-receptet är utfärdat, kön, kontaktuppgifter till konsumenten och land

Land A anger hur konsumenten ska identifieras vid expediering i land B, bl.a. genom konsumentens unika identifierare som t.ex. kan vara ett utländskt personnummer eller socialförsäkringsnummer. Land A kan även kräva andra demografiska uppgifter för att identifiera konsumenten, t.ex. adress eller andra kontaktuppgifter och kön. Öppenvårdsapoteken behöver då kunna skicka dessa uppgifter i fråga-svarstjänsten för att konsumenten ska kunna identifieras. Uppgift om kön bör anges uttryckligen, särskilt eftersom konsumenter från andra EES-länder i regel inte har ett personnummer från vilket konsumentens kön kan utläsas. Uppgifter om konsumenter, t.ex. kontaktuppgifter, kan vara känsliga och kan omfattas av tystnadsplikt om de skulle kunna kopplas till en viss konsuments läke-

medelsbehandling. Uppgifterna bör omfattas av uppgiftsskyldigheten, så att ett utlämnande kan ske utan att det anses som ett obehörigt röjande om öppenvårdsapoteken behöver lämna sådana demografiska uppgifter om konsumenten.¹⁸

Födelsedatum och landskod är obligatoriska uppgifter enligt nätverket för e-hälsas krav. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har också behov av uppgifterna för tillsyn respektive uppdrag avseende epidemiologisk forskning, statistik m.m. Öppenvårdsapoteken kan även behöva ange födelsedatum och landskod när vissa uppgifter vid expedieringen av ett e-recept från EES registreras i den nationella läkemedelslistan.

Uppgift för att identifiera receptet

E-recept från EES ska kunna identifieras enligt nätverkets krav. Öppenvårdsapoteken behöver därför lämna uppgift om recept-id till den nationella kontaktpunkten för e-hälsa. Vissa länder, t.ex. Portugal, kan kräva att konsumenten lämnar en viss kod för varje e-recept. I andra fall kan det vara ett automatiskt genererat recept-id för varje e-recept som anges av den nationella kontaktpunkten för e-hälsa.

Uppgift om förskrivarens namn, yrke och land

Utredningen gör bedömningen att det finns behov av uppgift om förskrivarens namn, yrke och land för t.ex. tillsyn och uppföljning av expediering av e-recept från EES.

Uppgift om expedierat läkemedel, mängd och dosering, aktiv substans, läkemedelsform, styrka, administreringsätt, behandlingsändamål, datum för expediering, expedierande apotek och expedierande farmaceut

Öppenvårdsapoteket ska rapportera uppgifter om expedierat läkemedel och expedieringen till E-hälsomyndigheten som i sin tur ska återrapportera dessa uppgifter till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa i land A. Öppenvårdsapoteken behöver sannolikt inte alltid lämna samtliga ovanstående uppgifter till E-hälsomyndigheten vid

¹⁸ Prop. 1979/80:2 del A s. 84.

återrapporteringen, utan främst de obligatoriska uppgifterna enligt nätverket för e-hälsas krav, t.ex. expedierat läkemedel, antal förpackningar, mängd, expedierande farmaceut och uppgift om apoteket. Informationen om ett läkemedel kan emellertid anges samlat, t.ex. genom den identifiering av expedierat läkemedel som används i produktregistret VARA. Sådan samlad information skulle kunna anses omfatta flera uppgifter om läkemedlet, förutom t.ex. läkemedlets namn, aktiv substans, läkemedelsform, utan i vissa fall även anses beskriva administreringsätt. Utredningen vill undvika varje eventuell risk för att en viss uppgift i en sådan samlad information skulle anses omfattas av tystnadsplikt hos öppenvårdsapoteken om den behöver lämnas ut. Utredningen föreslår därför att uppgiftsskyldigheten bör omfatta ovanstående uppgifter. Det är en viss skillnad hur uppgifterna beskrivs här, jämfört med uppgiftsskyldigheten i 2 kap. 6 § 5 lagen om handel med läkemedel som hänvisar till 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista. Utredningen avser dock ingen egentlig skillnad i sak, men med hänsyn till de krav som följer av informationsutbytet över landsgränser kan det ändå anses motiverat med en delvis annan utformning.

Uppgift om läkemedlets kostnad

Uppgift om kostnad bör lämnas av öppenvårdsapoteken, främst för uppföljning.

Andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering

Andra uppgifter som krävs i samband med en förskrivning eller en expediering kan också behöva lämnas av öppenvårdsapoteken. I lagen om den nationella läkemedelslistan avses med sådana uppgifter t.ex. administrativa uppgifter som uppgift om upprepade uttag. När det gäller e-recept från EES gör utredningen bedömningen att det är lämpligt att bestämmelsen kan omfatta sådana uppgifter som behövs för utfärdande och expediering av e-recept från EES som inte kan räknas upp under övriga punkter, t.ex. administrativa uppgifter.

Uppgift om fullmakt eller ombud

Det kan även finnas ett behov av att öppenvårdsapoteken lämnar uppgift om fullmakt eller ombud för E-hälsomyndighetens roll som nationell kontaktpunkt för e-hälsa, eftersom det kan vara en uppgift som behöver förmedlas till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa. Denna funktion används ännu inte i tjänsten e-recept över landsgränser, utan detta blir aktuellt först om det finns förutsättningar på plats i tjänsten för någon annan att hämta ut läkemedel åt konsumenten. För att ombud eller vårdnadshavare ska kunna hämta ut läkemedel åt annan krävs ytterligare överväganden som utredningen tagit upp i avsnitten 7.7.2 och 7.7.3. Med ombud avses inom nätverket för e-hälsa en person som har en rättslig förutsättning att hämta ut läkemedel åt någon annan, t.ex. en vårdnadshavare eller någon som har en fullmakt.

Om det är aktuellt bör en uppgift lämnas om att ett annat läkemedel än det förskrivna har lämnats ut

Nätverket för e-hälsa ställer krav på att en särskild uppgift om ett annat läkemedel än det förskrivna har lämnats ut ska vidareförmedlas till land A vid expediering. Av den anledningen bör en sådan uppgift omfattas av uppgiftsskyldigheten, när det är aktuellt, alltså när ett motsvarande läkemedel som det förskrivna har lämnats ut.

Normgivningsnivå för att ange de uppgifter skyldigheten avser

Enligt utredningen finns ett behov av en uppgiftsskyldighet som bör omfatta de uppgifter som anges ovan. Utredningen har övervägt en lämplig reglering. Motsvarande uppgiftsskyldighet regleras för förskrivning till människa i 2 kap. 6 § 5 och förskrivning för djur i 2 kap. 6 § 15 lagen om handel med läkemedel. Vilka uppgifter som tillståndshavaren ska lämna anges för läkemedel till människa genom en hänvisning till 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista och för förskrivningar för djur har regeringen utfärdat föreskrifter i 10 b § förordningen om handel med läkemedel.¹⁹

¹⁹ Bestämmelsen i 2 kap. 6 § 15 i lagen om handel med läkemedel träder i kraft den 1 januari 2022.

Förslaget till en ny bestämmelse i 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten är ett krav på tillståndshavaren för tillståndet att bedriva öppenvårdsapotek. Det bör vara tydligt vad denna skyldighet innebär. Motsvarande skyldighet är föremål för Läkemedelsverkets tillsyn i dag. Myndigheten bör ha liknande förutsättningar även för tillsyn över expediering av e-recept från EES. Uppgiftsskyldigheten avser dessutom ett flertal känsliga personuppgifter.

Även om uppgifterna som används inom nätverket för e-hälsa utgår från genomförandedirektivet 2012/52/EU har de utvecklats och kan fortsatt utvecklas inom nätverket. Uppgifterna framgår inte uttryckligen i svensk författning i dag.²⁰ De motsvarar dock i stort vad som anges vid expediering av e-recept utfärdade i Sverige. Samtidigt finns det vissa skillnader, t.ex. vilka uppgifter som identifierar konsumenten, t.ex. personlig identifierare.

Enligt utredningen är det svårt att i lag detaljerat ange de uppgifter som ska omfattas av uppgiftsskyldigheten, främst eftersom det finns ett behov att följa arbetet i nätverket för e-hälsa. Det kan således finnas fördelar med en reglering på lägre nivå än lag, såsom myndighetsföreskrift eller förordning. Myndighetsföreskrift innebär dock att kravet på tillståndshavaren inte är tydligt förrän en sådan föreskrift finns på plats. Det skulle också skilja sig åt från befintlig reglering i 2 kap. 6 § lagen om handel med läkemedel.

Utredningen har också övervägt om uppgifterna kan anges på en mer generell nivå t.ex. ”uppgift om identifiering av konsument”, för att undvika behovet av uppdateringar. Enligt utredningen riskerar en generell reglering att bli för otydlig vad uppgiftsskyldigheten för tillståndshavaren kommer att omfatta. Det talar också mot att föreslå en bestämmelse som anger att de uppgifter som behövs för ett visst ändamål ska lämnas ut.

Utredningen gör bedömningen att de uppgifter tillståndshavaren ska lämna till E-hälsomyndigheten bör anges i författning men inte regleras i lag, utan på en lägre normgivningsnivå. Om t.ex. kraven från nätverket för e-hälsa ändras kan en förordning uppdateras enklare än en lag. Socialdepartementet deltar i nätverket för e-hälsas samarbete och kan ha insyn i eventuella förändringar.

²⁰ Vilka uppgifter som bör anges på ett recept från EES framgår i bilaga 12 till receptföreskrifterna och följer av genomförandedirektivet 2012/52/EG.

Utredningen föreslår att regeringen bör få ett bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas, vilket lämpligen placeras i 2 kap. 11 b § lagen om handel med läkemedel. Mer detaljerade föreskrifter bör meddelas i förordningen om handel med läkemedel.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse i 10 c § förordningen om handel med läkemedel som anger vilka uppgifter som ska lämnas till E-hälsomyndigheten vid expediering av e-recept från EES. E-hälsomyndigheten får anvisa öppenvårdsapoteken hur uppgifterna bör lämnas. Som utredningen beskrivit ovan kan e-recept sakna vissa uppgifter, vilket även påverkar vilka uppgifter som kan lämnas.

12.2.5 Hur öppenvårdsapoteken hämtar och lämnar uppgifter vid expediering av e-recept från EES

Utredningens förslag: Utöver det elektroniska system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter hos E-hälsomyndigheten, ska den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument, vid expediering av e-recept från EES på elektronisk väg ta emot och lämna de uppgifter som krävs för en sådan expediering till E-hälsomyndigheten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om de krav som får ställas på tillståndshavaren hur denne på elektronisk väg ska kunna ta emot och lämna de uppgifter som krävs för en sådan expediering. E-hälsomyndigheten bör få meddela sådana föreskrifter.

Läkemedelsverket lyfte i sitt remissvar till E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftshantering* att kraven på anslutning till system hos E-hälsomyndigheten för öppenvårdsapotek i 2 kap. 6 § 6 lagen om handel med läkemedel bör analyseras med anledning av informationsutbytet för e-recept över landsgränser. Utredningen gör följande bedömning avseende detta.

Tillståndshavaren för ett öppenvårdsapotek ska enligt 2 kap. 6 § 6 lag om handel med läkemedel ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter hos E-hälsomyndigheten. Med direktåtkomst avses förenklat att någon själv kan söka i och hämta hem uppgifter från ett register eller liknande utan att själv

kunna påverka innehållet.²¹ Kravet infördes vid omregleringen av apoteksmarknaden bl.a. utifrån att samtliga öppenvårdsapotek behövde ha tillgång till den it-infrastruktur som Apoteket AB hade byggt upp. Den infrastrukturen, registren och databaserna fördes över till ett särskilt bolag, Apotekens Service Aktiebolag²² och senare E-hälsomyndigheten.²³ Öppenvårdsapoteken ansågs behöva direktåtkomst till uppgifter från receptregistret och för att föra över vissa uppgifter om expedieringar momentant till receptregistret med hänsyn till patientsäkerheten, samt behöva ett it-system för att hantera en sådan åtkomst.²⁴ Expedierande personal har direktåtkomst till uppgifter i den nationella läkemedelslistan vid expediering enligt 5 kap. 1 § lagen om nationell läkemedelslista.

När det gäller e-recept från EES kommer öppenvårdsapoteken att få och lämna uppgifter genom den nationella kontaktpunkten för e-hälsa med den fråga-svarstjänst som beskrivs i avsnitt 5.4.1. Öppenvårdsapoteken har inte direktåtkomst till uppgifterna, se avsnitt 8.2.7 där det framgår att fråga-svarstjänsten inte anses innebära direktåtkomst. E-hälsomyndigheten tar fram ett webbgränssnitt som öppenvårdsapotek ska använda för att hämta och lämna uppgifter vid en expediering av e-recept från EES. Genom webbgränssnittet kan farmaceuterna också få information och stöd vid expedieringen. Funktionen för att hantera dessa uppgifter kan komma att integreras i öppenvårdsapotekens egna expeditionssystem.

Öppenvårdsapoteken behöver alltså inte direktåtkomst till uppgifter från E-hälsomyndigheten om ett e-recept från EES. De behöver dock använda det befintliga elektroniska systemet för direktåtkomst vid expediering av sådana e-recept. Kravet på tillgång till sådana system i 2 kap. 6 § 6 lagen om handel med läkemedel gäller därför även vid expediering av e-recept från EES. Utöver detta behöver alltså öppenvårdsapoteken också hantera uppgifter på annat sätt vid expediering av e-recept från EES.

Utredningen föreslår därför en ny bestämmelse i 2 kap. 6 § 18 lagen om handel med läkemedel som innebär att tillståndshavaren, utöver kravet på det elektroniska systemet för direktåtkomst i 2 kap. 6 § 6 samma lag, ska kunna ta emot uppgifter från och lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten på elektronisk väg vid expediering av

²¹ Prop. 2008/09:145 s. 421.

²² Prop. 2008/09:145 s. 120.

²³ Prop. 2012/13:128.

²⁴ Prop. 2008/09:145 s. 120 f.

e-recept från EES. Initialt avses dessa uppgifter överföras genom E-hälsomyndighetens webbgränssnitt. Förslaget är dock avsett att vara teknikneutralt för att ta höjd för en eventuell utveckling.

Enligt utredningen kan det behövas vissa krav för hur öppenvårdsapoteken bör få tillgång till webbgränssnittet. Det är inte möjligt att i lag precisera sådana krav, utan det bör vid behov regleras på en lägre normgivningsnivå. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör få meddela föreskrifter om detta. Ett bemyndigande placeras lämpligen i 2 kap. 11 § 9 lagen om handel med läkemedel. Utredningen föreslår vidare att E-hälsomyndigheten bemyndigas i 14 § a förordningen om handel med läkemedel att meddela sådana föreskrifter avseende de närmare krav som ska ställas på tillståndshavaren. I 8 kap. regeringsformen (RF) finns bestämmelser om lagar och andra föreskrifter. Vilka föreskrifter som meddelas genom lag följer av 8 kap. 2 § RF. Av 8 kap. 3 § RF framgår att riksdagen kan bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter enligt 2 § första stycket 1 och 2. Vidare följer av 8 kap. 10 § RF att riksdagen, efter ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter i visst ämne, kan medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter i ämnet. Bemyndigandet avser att E-hälsomyndigheten kan ange vissa ytterligare krav på tillståndshavaren. Förslagen berör öppenvårdsapoteken som i myndighetsföreskrifter kan åläggas krav avseende förutsättningarna att få tillgång till uppgifter om e-recept från EES. Utredningen gör bedömningen att detta bemyndigande omfattas av det delegeringsbara området och att delegation bör framgå av lag.

Webbgränssnittet är inte helt färdigt ännu, vilket gör det svårt att närmare ange vad sådana föreskrifter skulle kunna omfatta. Det finns dock ändå en fördel, enligt utredningen, att E-hälsomyndigheten får möjligheten att meddela föreskrifter om det skulle behövas, t.ex. krav på att få tillgång till webbgränssnittet eller viss utbildning. E-hälsomyndigheten avser att ta fram underlag för utbildning om expediering av e-recept från EES för öppenvårdsapoteken. Om det behöver anges som ett krav i en föreskrift är dock för tidigt att säga.

12.2.6 Informationsplikt till konsument

Utredningens förslag: Skyldigheten för den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument att informera en konsument om på vilket eller vilka öppenvårdsapotek läkemedlet finns tillgängligt, i de fall tillståndshavaren inte direkt kan tillhandahålla ett läkemedel, bör gälla vid expediering av e-recept från EES.

Kopplat till tillhandahållandeskyldigheten för tillståndshavaren som beskrivits i avsnitt 12.2.3 är kravet i 2 kap. 6 § 13 lagen om handel med läkemedel. Det innebär att tillståndshavaren ska informera konsumenten om att läkemedlet finns på ett annat öppenvårdsapotek, om tillståndshavaren inte kan tillhandahålla ett läkemedel eller en vara som omfattas av tillhandahållandeskyldigheten i punkten 3 samma bestämmelse.

Utredningen föreslår en ny bestämmelse om tillhandahållandeskyldighet vid expediering av e-recept från EES i 2 kap. 6 § 16 lagen om handel med läkemedel i stället för punkten 3. Om läkemedlet inte kan tillhandahållas föreslår utredningen att tillståndshavaren ska hänvisa konsumenten vidare till ett öppenvårdsapotek där läkemedlet finns, vid expediering av ett läkemedel som förskrivits på ett e-recept från EES. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen i 2 kap. 6 § 13 kompletteras med en hänvisning till den nya bestämmelsen.

Tillämpningen kan skilja sig åt något, eftersom ett e-recept från EES inte avser andra varor än godkända humanläkemedel. Utredningen gör bedömningen att lagen om läkemedelsförmåner m.m. inte är tillämplig för dessa e-recept. Det får betydelse för vilket läkemedel som ska tillhandahållas, se avsnitt 6.3.1 och 12.2.3. Läkemedel förskrivs med läkemedelsnamn och en viss förpackningsstorlek i Sverige. Det förskrivna läkemedlet lämnas ut eller så byts det ut enligt lag om läkemedelsförmåner m.m. Inom EES kan ett läkemedel förskrivas med det generiska namnet eller läkemedelsnamnet. Hur mängd anges på recept från EES kan skilja sig åt mellan länderna. Samma läkemedel kan också ha olika läkemedelsnamn i olika länder.

Vid en expediering av ett e-recept från EES kan farmaceuten behöva identifiera vilken läkemedelsförpackning som motsvarar det förskrivna läkemedlet. Det kan dock finnas flera medicinskt likvär-

diga alternativ eller olika förpackningsstorlekar som motsvarar det förskrivna läkemedlet. Om konsumenten blir hänvisad vidare till ett annat öppenvårdsapotek, kan det inte helt uteslutas att farmaceuten där kan göra en något annan bedömning. Det bör dock uppvägas av att det ändå är en fördel för konsumenten att kunna bli hänvisad vidare om läkemedlet inte finns på det första öppenvårdsapoteket.

12.2.7 Vissa bestämmelser som inte gäller för tillståndshavaren vid expediering av e-recept från EES

Utredningens förslag: Bestämmelserna i 2 kap. 6 § 3 och 5 lagen om handel med läkemedel gäller inte vid expediering av e-recept från EES för den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument.

I dag gäller bestämmelserna i 2 kap. 6 § 3 och 5 lagen om handel med läkemedel för öppenvårdsapotekens tillhandahållande- och uppgiftsskyldighet. Bestämmelsen i 2 kap. 6 § 15 gäller för läkemedel för djur från och med den 1 januari 2022. Utredningen har föreslagit nya bestämmelser för e-recept från EES i 2 kap. 6 § 16 och 17 som i stort avser att fylla liknande syfte som befintliga bestämmelser, men är anpassade efter förutsättningarna för sådana e-recept. För tillståndshavaren gäller alltså vid expediering av e-recept från EES dessa nya bestämmelser i stället för 2 kap. 6 § 3 och 5 lagen om handel med läkemedel. Utredningen föreslår att detta framgår av en ny bestämmelse i 2 kap. 6 d § samma lag.

Eftersom kraven på tjänsten e-recept över landsgränser för närvarande synes förutsätta ett fysiskt besök av konsumenten på öppenvårdsapoteket bl.a. för att kunna identifiera sig med den fotolegitimation som land A angivit, bör bestämmelserna i lagen om handel med läkemedel för e-recept från EES inte blir aktuella när konsumenten inte kan identifiera sig på detta sätt, t.ex. vid e-handel. Om nätverket för e-hälsa kommer överens om nya användningsfall eller förutsättningar kan denna situation komma att ändras. Utredningen har inte beaktat sådana eventuella förutsättningar.

12.2.8 Uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten

Utredningens förslag: E-hälsomyndigheten ska informera Läkemedelsverket om den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument vid expediering av e-recept från EES inte lämnar uppgifter om detta till E-hälsomyndigheten.

E-hälsomyndigheten har en skyldighet att lämna ut uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn enligt lagen om handel med läkemedel. Av 2 kap. 10 b § lagen om handel med läkemedel framgår att E-hälsomyndigheten ska informera Läkemedelsverket om en tillståndshavare inte lämnar de uppgifter till myndigheten som föreskrivs i 2 kap 6 § 5, 7 och 15 samma lag. I 2 kap 6 § 5 anges att öppenvårdsapoteken ska lämna de uppgifter som anges i 3 kap. 8 § lagen om nationell läkemedelslista. Utredningen föreslår att en ny punkt, 2 kap. 6 § 17, med liknande syfte ska gälla i stället för 2 kap. 6 § 5 att öppenvårdsapoteken ska lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten vid expediering av ett e-recept från EES. Kravet i 2 kap. 6 § 7 avser uppgifter som krävs för att E-hälsomyndigheten ska kunna föra statistik över detaljhandeln.

Bestämmelsen i 2 kap. 10 b § i lagen om handel med läkemedel har ansetts viktig för tillsynsändamål i frågan huruvida öppenvårdsapoteken uppfyller de krav som ställs för att ha ett tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek.²⁵ Läkemedelsverket bör ha motsvarande möjligheter att utöva tillsyn över att öppenvårdsapoteken uppfyller kravet på att rapportera uppgifter om expedieringar av e-recept från EES. De uppgifter som avses lämnas ut till Läkemedelsverket kommer att kunna röra uppgifter om tillståndshavarens affärs- eller driftsförhållanden och skulle kunna omfattas av sekretess.²⁶ Bestämmelsen i 2 kap. 10 b § bör anses ha en sekretessbrytande verkan.²⁷ En bestämmelse om uppgiftsskyldighet bör även av denna anledning införas i lagen.

En hänvisning till den nya bestämmelsen som föreslås i 2 kap. 6 § 17 om att en tillståndshavare vid expediering av ett e-recept från EES ska lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten bör därför läggas till i 2 kap. 10 b § lagen om handel med läkemedel. Förslaget innebär att informationsplikten enligt denna paragraf omfattar utebliven rapportering vid uppgifter om expedieringar av e-recept från EES.

²⁵ Prop. 2020/21:220 s. 33.

²⁶ Prop. 2012/13:128 s. 61.

²⁷ Prop. 2020/21:220 s. 33.

Införandet av en författningsreglerad skyldighet innebär bl.a. att Läkemedelsverket, utan hinder av sekretessbestämmelser kan få tillgång till relevanta uppgifter om en tillståndshavare inte lämnat uppgifter enligt 10 b §. Behovet av en uppgiftsskyldighet har bedömts i propositionen 2012/13:128.

12.2.9 E-hälsomyndighetens avgifter

Utredningens förslag: E-hälsomyndighetens avgift för utfärdande av intyg som visar att den som ansöker om tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument har förutsättningar för det, bör även avse kravet på tillståndshavaren att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten vid expediering av e-recept från EES.

Enligt 8 kap. 2 a § lagen om handel med läkemedel får E-hälsomyndigheten ta ut avgifter för utfärdande av intyg som visar att den som ansöker om öppenvårdsapotekstillstånd har förutsättningar att uppfylla de krav för tillståndet som föreskrivs i 2 kap. 6 § 5–7. Bestämmelserna avser krav på uppgiftslämnande, på elektroniska system för direktåtkomst och på att lämna uppgifter om statistik. Utredningen föreslår att bestämmelsen även bör avse kravet på tillståndshavaren att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten vid expediering av e-recept från EES som utredningen föreslår som en ny bestämmelse i 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel. Regeringen kan meddela ytterligare föreskrifter om avgifterna.

12.2.10 Offentlighet och sekretess

Utredningens bedömning: Förslaget att tillståndshavaren ska lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten innebär att sådana uppgifter kan lämnas utan att det kan anses utgöra ett obehörigt röjande. Förslaget att E-hälsomyndigheten ska meddela Läkemedelsverket om en tillståndshavare inte lämnat uppgifter vid en expediering kan anses som en sekretessbrytande bestämmelse.

Utredningen ska enligt uppdraget särskilt beakta ändrade krav på öppenvårdsapoteken utifrån ett offentlighets- och sekretessperspektiv. Personal på öppenvårdsapoteket omfattas av tystnadsplikt i enlighet med patientsäkerhetslagen. Av 6 kap. 12 § följer att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Utredningens förslag till en ny bestämmelse för tillståndshavarens uppgiftsskyldighet vid expediering av ett e-recept från EES kan anses vara en sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning som innebär att uppgiftslämnandet inte är obehörigt.

De uppgifter som lämnas av öppenvårdsapoteken till E-hälsomyndigheten kan omfattas av sekretess hos myndigheten för uppgift om en enskilds affärs- och driftsförhållanden, om det kan antas att viss skada uppkommer om uppgiften röjs enligt 25 kap. 17 b offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL). Utredningens förslag till ändring i 2 kap. 10 b § lagen om handel med läkemedel har en sekretessbrytande verkan som gör det möjligt för E-hälsomyndigheten att lämna ut uppgift till Läkemedelsverket (jfr 10 kap. 28 § OSL).

Utredningen föreslår inga andra åtgärder för öppenvårdsapoteken som föranleder konsekvenser ur ett sekretessperspektiv.

12.3 Överväganden och förslag till ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter avseende e-recept från EES

12.3.1 Expediering i Sverige av e-recept från EES

Utredningens förslag: Det bör framgå av receptföreskrifterna att e-recept från EES för godkända humanläkemedel ska expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som antagits av nätverket för e-hälsa, t.ex. vad gäller identifiering av patienten, de kontroller öppenvårdsapoteken behöver göra och övriga nödvändiga förutsättningar.

Det bör även framgå att särskilda läkemedel, teknisk sprit, veterinärmedicinska läkemedel samt icke godkända läkemedel, såsom licens- och extemporeläkemedel, inte får expedieras på öppenvårdsapotek mot ett e-recept från EES.

Vidare bör det framgå att läkemedel som enligt e-recept från EES ska dosdispenseras och e-recept från EES som omfattas av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel inte får expedieras på ett öppenvårdsapotek.

Enligt utredningen bör förutsättningarna för expediering av ett e-recept från EES på öppenvårdsapotek i Sverige framgå av receptföreskrifterna. Förutsättningarna bör vara i enlighet med de krav som antagits av nätverket för e-hälsa baserat på patientrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet 2012/52/EU. Nätverkets krav avser t.ex. vilka uppgifter som ska anges vid expediering av ett e-recept från EES, vilka läkemedel som omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser, och kraven på informationsutbytet via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa. Vidare finns det krav på hur patienten ska kunna identifieras i land B med fotolegitimation och den personliga identifierare som land A ställer krav på.

I samarbetet inom nätverket för e-hälsa har förutsättningarna för tjänsten e-recept över landsgränser tagits fram och det finns krav för deltagande i tjänsten, se kapitel 5. Samarbetet är dynamiskt, utvecklas över tid och kraven kan alltså ändras. Närmare hur kraven bör genomföras får Läkemedelsverket överväga i sitt föreskriftsarbete. Läkemedelsverket bör samråda med E-hälsomyndigheten och andra relevanta aktörer.

Enligt patientrörlighetsdirektivet artikel 11.1 ska godkända recept i regel erkännas i ett annat EES-land. Medlemsländerna kan göra undantag från detta om undantagen är proportionerliga och krävs för patientsäkerheten eller när det föreligger risk för otydliga eller förfälskade recept (artikel 11.1 a och b). Begränsningen i artikel 11.6 i patientrörlighetsdirektivet anger att läkemedel som endast lämnas ut på speciellt läkarrecept i enlighet med artikel 71.2 i humandirektivet inte ska omfattas av erkännande av recept. Det kan finnas skillnader mellan länderna vilka läkemedel som omfattas av den definitionen. I Sverige omfattas särskilda läkemedel som definieras i bilaga 11 till receptföreskrifterna. I tjänsten e-recept över landsgränser

anges att narkotiska läkemedel undantas.²⁸ Det är alltså något oklart hur man i nätverket för e-hälsa tolkar artikel 11.6. Dessutom kan det som sagt finnas vissa skillnader mellan medlemsländerna. Utredningen anser dock att samma överväganden som vid genomförandet av patientrörlighetsdirektivet fortsatt gör sig gällande även här. Särskilda läkemedel bör alltså inte lämnas ut mot e-recept från EES.²⁹ Sådana läkemedel får i dag inte lämnas ut vid expediering av pappersrecept från EES (8 kap. 36 § 5 receptföreskrifterna).

Genom Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/06 om veterinärmedicinska läkemedel och om upphävande av direktiv 2001/82/EG som tillämpas från den 28 januari 2022 kan recept för veterinärmedicinska läkemedel utfärdade i andra länder expedieras i Sverige. Det finns ännu ingen infrastruktur att överföra sådana recept elektroniskt. Tjänsten e-recept över landsgränser omfattar för närvarande endast humanläkemedel. Denna begränsning bör också framgå av receptföreskrifterna.

Icke godkända läkemedel kan vara sådana som bereds på apotek, s.k. extemporeläkemedel eller lagerberedningar, eller som endast får säljas efter att ett tillstånd beviljats av Läkemedelsverket.³⁰ Sådana läkemedel omfattas inte av tjänsten. Det bör alltså framgå av receptföreskrifterna att de inte får lämnas ut vid expediering av e-recept från EES på öppenvårdsapotek.

Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel krävs att de läkemedel som omfattas av föreskrifterna förordnats av läkare med viss specialistkompetens för att få lämnas ut på öppenvårdsapotek och att vissa läkemedel inte får lämnas ut till patient. Utlämnandet är alltså begränsat. De flesta läkemedel i föreskriften är narkotiska läkemedel och omfattas inte av tjänsten. Enligt utredningen bör begränsningen i Läkemedelsverkets föreskrift (HSLF-FS 2017:74) gälla även vid expediering av e-recept från EES, oavsett om de gäller narkotiska eller andra läkemedel. Läkemedel som innehåller isotretinoin eller alitretinoin hanteras i många länder på ett särskilt sätt med tanke på bl.a. den speciella biverkningsprofilen. Läkemedel som innehåller mifepriston används för att utföra aborter.

²⁸ *eHDSI Scope and Business goals*, se även avsnitt 5.3.6.

²⁹ Se avsnitt 2.2.

³⁰ Se 4 kap. 10 § läkemedelslagen och Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2018:25) om licens.

Sådana läkemedel får enligt föreskrifterna inte lämnas ut från öppenvårdsapotek till en enskild patient.

Inom nätverket för e-hälsa har medlemsländerna ett ansvar för att endast e-recept utfärdade av behöriga förskrivare överförs till ett annat land. Land B avses i regel acceptera sådana förskrivningar, även om expedieringen sker enligt land B:s regler. Behörigheten att förskriva kan skilja sig åt mellan medlemsländer. Ett syfte med detta synes vara att sådana skillnader inte bör påverka patienten som annars kan få svårt att hämta ut sina läkemedel i ett annat EES-land. Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) avser inte den grundläggande behörigheten att förskriva läkemedel, utan begränsningar att ordinera vissa läkemedel när särskild kompetens krävs. Vissa läkemedel får inte heller lämnas ut till patient på öppenvårdsapoteket. Att förskrivaren har denna kompetens kontrolleras i Sverige för närvarande på öppenvårdsapoteket, till stor del genom anrop till E-hälsomyndighetens tjänster och inte genom automatiska kontroller vid förskrivningstillfället. Det är svårt att på öppenvårdsapoteket bedöma om en utländsk förskrivare har motsvarande särskilda kompetens som krävs för utlämnande i dessa fall. Enligt utredningens bedömning bör dessa utlämnandebegränsningar anses gälla oavsett om det rör e-recept från EES eller andra recept, främst av patientsäkerhetsskäl.

Med dosdispensering avses i 1 kap. 4 § lagen om handel med läkemedel färdigställande av läkemedel för enskilds behov under viss tid genom uttag ur tillverkarens originalförpackning. För dosdispensering på öppenvårdsapotek krävs enligt 6 kap. 1 § samma lag tillstånd från Läkemedelsverket. Ett sådant tillstånd får beviljas den som har förutsättningar att uppfylla kraven i 8 kap. 1 § första stycket läkemedelslagen. Det finns även särskilda bestämmelser om dosdispensering vid expediering, t.ex. gällande vilka läkemedel som kan dispensereras och hur läkemedlen förpackas. E-recept från EES som är avsedda för dosdispensering bör inte expedieras på öppenvårdsapotek, främst av patientsäkerhetsskäl, eftersom det kan finnas skillnader mellan medlemsländerna som påverkar förutsättningarna att expediera ett sådant e-recept. Dessa begränsningar syftar i första hand till att främja patientsäkerheten och kan enligt utredningens bedömning anses proportionerliga för detta syfte. En patient som har sådana e-recept från EES som inte kan expedieras i Sverige av patientsäkerhetsskäl kan behöva uppsöka en förskrivare.

Mot bakgrund av att expediering i huvudsak regleras i receptföreskrifterna föreslår utredningen att expediering av e-recept från EES bör regleras på motsvarande sätt. Patienttrörlighetsdirektivets bestämmelser om erkännande av recept inom EES och genomförandedirektivet 2012/52/EU med minimikrav på vilka uppgifter som ska finnas på ett sådant recept har genomförts i receptföreskrifterna.³¹ Där regleras även åtgärder inför utlämnande mot recept utfärdat i annat EES-land.³² Motsvarande överväganden gör sig gällande även här, enligt utredningen.

Läkemedelsverket har bemyndiganden att meddela föreskrifter om vad som ska gälla vid förordnande och utlämnande av läkemedel eller teknisk sprit i t.ex. 9 kap. 5 §, 9 § 2 och 11 § läkemedelsförordningen (2015:458) och förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika. Med stöd av dessa befintliga bemyndiganden har Läkemedelsverket meddelat föreskrifter (LVFS 2013:17) om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit, genom vilka delar av patienttrörlighetsdirektivets artikel 11.1 och 11.6, samt genomförandedirektivet 2012/52/EU genomfördes. Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS-FS 2009:13) gäller inte längre, men bestämmelserna om recept inom EES finns kvar i de nu gällande receptföreskrifterna.

Även om utredningens direktiv inte omfattar pappersrecepten från EES, noterar utredningen att det kan finnas fördelar för patienter, farmaceuter och även förskrivare om regelverket för e-recept inom EES liknar nuvarande reglering. Det är dock en fråga att utreda inom ramen för Läkemedelsverkets föreskriftsarbete.

Patienttrörlighetsdirektivets bestämmelser om erkännande av recept för medicinska hjälpmedel har inte genomförts uttryckligen i svensk rätt.³³ Sådana hjälpmedel och andra varor som inte är godkända läkemedel omfattas inte av tjänsten e-recept över landsgränser för närvarande. I regel krävs inte heller ett recept för t.ex. medicinska hjälpmedel eller förbrukningsvaror vid besök i ett annat land.³⁴ Enligt utredningen bör undantaget för medicinska hjälpmedel inte uttryckligen regleras i receptföreskrifterna.

³¹ Jfr även prop. 2012/13:150 s. 100 ff. Även före patienttrörlighetsdirektivet reglerades erkännande av recept utfärdade i ett annat land i Läkemedelsverkets föreskrifter.

³² 8 kap. 36–39 §§ receptföreskrifterna.

³³ Prop. 2012/13:150 s. 102.

³⁴ Prop. 2012/13:150 s. 102.

12.3.2 Läkemedel som får lämnas ut på öppenvårdsapotek

Utredningens förslag: De åtgärder som krävs inför ett utlämnande mot ett e-recept från EES bör följa nätverket för e-hälsa krav och framgå av receptföreskrifterna. Det innebär bl.a. att följande läkemedel får lämnas ut vid expediering av ett sådant e-recept.

- Anges gängse benämning ska ett läkemedel som motsvarar denna benämning lämnas ut.
- Avser e-receptet ett biologiskt läkemedel eller anges ett läkemedelsnamn och en markering att läkemedlet inte får bytas ut, får endast det förskrivna läkemedlet lämnas ut. Om det angivna läkemedlet är godkänt i Sverige med ett annat läkemedelsnamn får det godkända läkemedlet lämnas ut.
- Anges ett läkemedelsnamn, utan en markering att utbyte inte får ske, får det förskrivna läkemedlet eller ett läkemedel som motsvarar detta lämnas ut.

Utredningen föreslår att förutsättningarna för expediering av e-recept från EES genomförs i receptföreskrifterna i enlighet med de krav som antagits av nätverket för e-hälsa baserat på patientrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet, på liknande sätt som när artikel 11 i patientrörlighetsdirektivet genomfördes i svensk rätt.³⁵

Utredningen föreslår att vilka läkemedel som kan lämnas ut mot ett e-recept från EES bör överensstämja med dagens reglering för pappersrecept från EES som baseras på patientrörlighetsdirektivet och genomförandedirektivet 2012/52/EU. Det gör även nätverket för e-hälsa krav, även om nätverket har utvecklat regelverket. För pappersrecept från EES får utbyte inte ske när läkemedelsnamnet har angivits och det motiverats varför byte inte får ske eller om det är ett biologiskt läkemedel.³⁶ Om en motivering saknas på ett pappersrecept när läkemedelsnamnet angetts kan det vara oklart vad förskrivaren avsett vad gäller byte av läkemedel, se avsnitt 4.3.2.

³⁵ Se vidare prop. 2012/13:150 s. 100 ff. och Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2013:17) om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

³⁶ Med biologiska läkemedel avses de läkemedel som definieras i 3.2.1.1 b i bilaga I (del I) till humandirektivet.

För e-recept inom EES ska den aktiva substansen eller ATC-kod alltid ingå i informationsutbytet i tjänsten. Vidare ska det anges med en särskild markering vid överföringen till land B om byte av läkemedel får ske eller inte. Om byte till ett annat läkemedel än det förskrivna är möjligt, får det enligt nätverkets krav endast avse ett läkemedel med ett annat läkemedelsnamn och/eller förpackningsstorlek. Läkemedlets aktiva substans, läkemedelsform och styrka ska vara desamma.³⁷

Utredningen föreslår att om gängse benämning har angetts på ett e-recept ska ett motsvarande läkemedel lämnas ut. Det förskrivna läkemedlet ska lämnas ut när det finns en markering om att utbyte inte får ske, eller om det är ett biologiskt läkemedel, i likhet med 8 kap. 36 § i receptföreskrifterna. När läkemedelsnamnet har angetts och det finns en markering om att utbyte får ske, får det förskrivna läkemedlet eller ett läkemedel som motsvarar det förskrivna lämnas ut. Patientens önskemål bör kunna beaktas. En begränsning att endast lämna ut samma läkemedel när läkemedelsnamn angetts, utan markering att byte inte får ske, riskerar att begränsa möjligheten för patienten att få sitt läkemedel utan bärande skäl. Vid oklarheter kan farmaceuten behöva kontakta förskrivare.

För att avgöra vilket läkemedel som motsvarar det förskrivna läkemedlet och är medicinskt likvärdigt får farmaceuten utgå från ATC-kod och senare IDMP när det har införts, samt produktinformationen och övriga uppgifter från e-receptet om läkemedlet, styrka, mängd m.m. Med motsvarande läkemedel avses ett läkemedel som innehåller samma aktiva substans i samma styrka och samma läkemedelsform, samt i övrigt är likvärdigt.³⁸ Ytterligare överväganden får Läkemedelsverket göra inom ramen för sitt föreskriftsarbete.

³⁷ Se t.ex. *eHDSI Business Scope* och avsnitt 5.3.6.

³⁸ Det bör beaktas vad som avses som likvärdigt i linje med 4 kap. 22 § läkemedelslagen utifrån läkemedel som bedömts som utbytbara.

12.4 Överväganden och förslag när e-recept från Sverige expedieras i annat EES-land

12.4.1 Inledning

De länder som i dag deltar i tjänsten e-recept över landsgränser har möjlighet att välja om de vill delta som land A, land B eller båda. Tjänsten e-recept över landsgränser bygger på patientrörlighetsdirektivet och frivillig samverkan. Det synes finnas ett visst utrymme för nationella begränsningar för deltagande länder både som land A eller land B. Expedieringen bör i regel följa regelverket i land B och förskrivningen regleras i land A. Utredningen känner inte till något förfarande för sådana begränsningar, utan de verkar följa av respektive lands nationella förutsättningar och regelverk, t.ex. vilka recept som kan förskrivas elektroniskt. Patientrörlighetsdirektivet medger vissa undantag. Eventuella nationella undantag ska anges av varje land på den gemensamma webbsidan för tjänsten.

12.4.2 Svenska e-recept kan användas i EES

Utredningens bedömning: Svenska e-recept uppfyller nätverket för e-hälsas krav. E-hälsomyndigheten behöver ange landskod vid överföringen till ett annat EES-land.

När det gäller förutsättningarna för att svenska e-recept ska kunna erkännas i annat EES-land har utredningen jämfört nätverket för e-hälsas krav på de uppgifter som ska överföras i tjänsten e-recept över landsgränser, med vilka uppgifter som krävs för ett giltigt e-recept i Sverige för humanläkemedel, inklusive den information som hämtas från E-hälsomyndighetens databaser och de kontroller myndigheten gör när e-receptet överförs till den nationella läkemedelslistan. Utredningen har gjort följande överväganden.

Genomförandedirektivet 2012/52/EU ställer krav på att läkemedlet anges med den gängse benämningen, om det inte rör biologiska läkemedel eller läkemedel som inte får bytas ut som ska anges med läkemedelsnamnet.³⁹ Nätverket för e-hälsa har utvecklat bestämmelsen genom att läkemedelsnamnet *får* anges på e-receptet, oavsett om

³⁹ Se bilaga 12 i receptföreskrifterna som genomför genomförandedirektivet 2012/52/EU.

läkemedlet får bytas ut, samtidigt som aktiv substans (motsvarar gängse benämning) alltid *ska* anges. Aktiv substans är en uppgift som E-hälsomyndigheten hämtar från produktregistret VARA. Det är alltså inget problem att svenska e-recept förskrivs med läkemedelsnamnet, de kan ändå uppfylla nätverket för e-hälsas krav. Kravet på elektronisk signatur från förskrivaren har också ersatts av nätverket för e-hälsa med krav på autentisering och identifiering av förskrivaren. Om förskrivaren har motsatt sig utbyte av medicinska skäl enligt 21–21 b § lagen om läkemedelsförmåner m.m. avses också den uppgiften överföras till land B. Landskod och uppgift om registerhållaren finns inte på svenska e-recept i dag, men E-hälsomyndigheten kan ange det vid överföring till land B.

Endast de uppgifter från e-receptet som ingår i nätverket för e-hälsas överenskomna informationsmängder översätts och överförs.⁴⁰ Däremot skickas uppgifter från ”originalreceptet” som ett PDF-dokument till land B, utan att översättas. Syftet är att öka patientsäkerheten och ge stöd åt patienten att bättre förstå läkemedelsbehandlingen med uppgifter på originalspråket, men kan även hjälpa expederande farmaceut.

Utredningens slutsats är att ett svenskt e-recept uppfyller nätverket för e-hälsas krav och kan användas i tjänsten e-recept över landsgränser.

12.4.3 Överväganden och förslag till ändringar i läkemedelslagen

Utredningens förslag: Det bör införas en bestämmelse i läkemedelslagen som innebär att e-recept för godkända humanläkemedel, utfärdade av en förskrivare behörig i Sverige får förmedlas för utlämnande av läkemedel i ett annat EES-land i enlighet med nätverket för e-hälsas krav.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör få meddela föreskrifter om undantag för e-recept avseende vissa typer av läkemedel som inte får överföras för utlämnande i annat EES-land om det är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl. Vidare bör sådana föreskrifter också få meddelas om undantag som avser att det får anges att endast det förskrivna

⁴⁰ Se vidare avsnitt 5.4.2 om de uppgifter nätverket för e-hälsa har kommit överens om.

läkemedlet får lämnas ut när e-recept avseende vissa typer av läkemedel överförs, om det kan antas vara olämpligt att utbyte sker med hänsyn till läkemedlets egenskaper. Läkemedelsverket bör få meddela sådana föreskrifter.

Behov av en reglering när Sverige är land A

Utredningen har föreslagit en reglering för den personuppgiftsbehandling m.m. som behövs för att ett svenskt e-recept får expedieras i ett annat EES-land och utländska e-recept expedieras i Sverige. I avsnitt 12.2 och 12.3 föreslås vad som ska gälla vid expediering på öppenvårdsapotek av e-recept från EES i Sverige. Det finns emellertid inte några bestämmelser i det svenska regelverket avseende förordnande och utlämnande av läkemedel som innebär att ett svenskt e-recept får överföras för att expedieras i ett annat EES-land när Sverige är land A enligt utredningens bedömning. Även om samarbetet i nätverket för e-hälsa är frivilligt åtar sig deltagande medlemsländerna att följa kraven för tjänsten e-recept över landsgränser, se kapitel 5. Kraven innebär t.ex. att vissa typer av läkemedel eller produkter inte ska omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser och att varje medlemsland ska ange vilka typer av e-recept som inte får expedieras i ett annat EES-land.

En förskrivning av ett pappersrecept avsett att hämtas ut i ett annat EES-land ska göras enligt 4 kap. 10 § receptföreskrifterna. För e-recept som hämtas ut i annat EES-land finns inga särskilda krav på format, utan patienten kan välja att hämta ut det förskrivna läkemedlet på ett öppenvårdsapotek i Sverige eller på ett apotek i ett EES-land som är anslutet till tjänsten e-recept över landsgränser. Begränsningar av vilka e-recept som inte får expedieras i ett annat land blir aktuella först i det senare fallet.

För att e-recept över landsgränser ska kunna regleras heltäckande, även när Sverige är land A, föreslår utredningen att e-recept för godkända läkemedel avsedda för människa får överföras till annat EES-land för utlämnande där, i enlighet med nätverket för e-hälsas krav genom en ny bestämmelse i 13 kap. 5 § läkemedelslagen. Överföringen avser de uppgifter som nätverket för e-hälsa kommit överens om att ska ingå i informationsutbytet över landsgränser och som behövs för expediering i annat EES-land. Överföringen följer

även övriga krav i nätverket t.ex. att överföring ska ske via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa och till de EES-länder som deltar i tjänsten.

Undantag för vissa typer av e-recept som inte får överföras för expediering

Utredningen gör bedömningen att det ska göras undantag för vissa typer av e-recept som inte får överföras för expediering i ett annat EES-land, dels p.g.a. nätverket för e-hälsas krav som baseras på patientrörlighetsdirektivet, dels p.g.a. patientsäkerhetsskäl. E-recept för vissa typer av läkemedel ska undantas från överföring enligt nätverkets krav, t.ex. för de läkemedel som inte omfattas av tjänsten som narkotiska läkemedel. Enligt nätverket för e-hälsa ska enbart e-recept som får expedieras i ett annat EES-land överföras. E-recept som inte får expedieras i ett annat land ska alltså undantas. Det bör enligt utredningen framgå av det svenska regelverket. Då blir det också tydligt vad som gäller. Det finns annars en risk för att Sverige inte uppfyller sina åtaganden i tjänsten om det t.ex. inte framgår vilka läkemedel som inte omfattas. Vidare föreslår utredningen att e-recept för vissa typer av läkemedel också ska undantas för att processen ska vara lika effektiv och patientsäker som den nationella. Sådana undantag behövs alltså för att följa nätverket för e-hälsas krav och av patientsäkerhetsskäl. Vilka typer av läkemedel som utredningen föreslår undantas från överföring redogörs för i avsnitt 12.4.4.

Undantag för vilka typer av e-recept där det bör anges att endast det läkemedel som förskrivits får lämnas ut

Utbyte av läkemedel på apotek innebär förenklat att ett förskrivet läkemedel kan bytas ut mot likvärdigt läkemedel med lägre pris. Det finns ingen gemensam definition av utbyte på apotek i EES, utan det regleras nationellt. Vad som anses vara ett likvärdigt läkemedel utgår från definitionen av generiska läkemedel. I regel gäller land B:s regler vid expedieringen, inklusive eventuella regler om utbyte. Tjänsten e-recept över landsgränser medger i dag endast utbyte av ett läke-

medel med ett annat läkemedelsnamn och/eller förpackningsstorlek. Aktiv substans, läkemedelsform och styrka ska vara desamma.⁴¹

I Sverige bedömer Läkemedelsverket om läkemedel är medicinskt likvärdiga och därigenom utbytbara enligt 4 kap. 22 § läkemedelslagen. Utöver de grundläggande kriterierna för generiska läkemedel bedömer Läkemedelsverket fler aspekter, t.ex. om det finns skillnader i produkternas egenskaper, informationen om ett läkemedel eller hur de hanteras. En sådan skillnad kan vara att den aktiva substansen har ett s.k. snävt terapeutiskt intervall där relativt små förändringar av halten av den aktiva substansen i blodet hos en enskild individ kan ha klinisk betydelse. Detta gäller t.ex. läkemedel för behandling av epilepsi och läkemedel för att förhindra avstötning efter en transplantation.⁴² Biologiska läkemedel har inte bedömts som utbytbara mot s.k. biosimilarer.⁴³

I Sverige byts det förskrivna läkemedlet ut mot ett medicinskt likvärdigt läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånerna m.m. om förutsättningarna enligt den lagen är uppfyllda, se avsnitt 6.2.7. Detta får inte ske om förskrivaren eller farmaceuten motsätter sig utbytet, eller om patienten betalar merkostnaden för det förskrivna läkemedlet, förutom vid utbyte enligt 21 b § lagen om läkemedelsförmåner m.m. Förskrivaren bedömer om det finns medicinska grunder för att utbyte inte ska ske, t.ex. att patienten har ett särskilt behov av kontinuitet där det bedöms att patienten inte kan hantera läkemedel med olika namn och utseende. Ett annat exempel kan vara en patient som är allergisk eller överkänslig mot något specifikt hjälpämne.⁴⁴ Utbyte kan göras även av läkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna i vissa fall, enligt 21 a och 21 b §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m.

Mot bakgrund av hur det svenska regelverket är utformat skulle det kunna innebära att förskrivare inte alltid aktivt tar ställning till eventuellt utbyte för vissa typer av läkemedel t.ex. som sedan länge inte varit utbytbara på öppenvårdsapotek p.g.a. läkemedlets egenskaper som ett snävt terapeutiskt intervall. Det kan argumenteras för att förskrivaren ändå bör ta sådan ställning, samtidigt som behovet

⁴¹ Se avsnitt 5.3.6, *eHDSI Business Goals and Scope* och *eHDSI requirements, 07. Handle Dispensation of medicine and Substitution*.

⁴² www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/utbytbara-lakemedel/kriterier-for-utbytbarhet#hmainbody2 (hämtad 2021-05-11).

⁴³ Jfr skäl (4) och bilagan i genomförandedirektivet 2012/52/EG.

⁴⁴ Prop. 2017/18:233 s. 54.

kan anses mer begränsat när ett förskrivet läkemedel ändå inte byts ut på öppenvårdsapotek. Att recept expedieras i ett annat land är relativt ovanligt ännu, så denna möjlighet beaktas kanske inte alltid. När det gäller pappersrecept avsedda att hämtas ut i EES känner förskrivaren till att patienten avser hämta ut läkemedel i ett annat land när patienten ber att få ett sådant pappersrecept som dessutom utfärdas på ett särskilt sätt i Sverige.⁴⁵

Mot denna bakgrund har utredningen övervägt olika alternativ för en process som är lika patientsäker och effektiv som den nationella när Sverige är land A. Ett alternativ är att ett e-recept från Sverige ska kunna bytas ut i land B, om inte förskrivare har motsatt sig det. Det är ett enkelt alternativ i linje med avsikten att expediering sker enligt villkoren i land B. Inga ytterligare åtgärder krävs då för Sverige som land A.

Ett annat alternativ är att föreslå att endast det förskrivna läkemedlet får lämnas ut om det kan antas olämpligt att byte får ske med hänsyn till läkemedlets inneboende egenskaper. Syftet är att undvika en eventuell risk för patientsäkerheten i fråga om läkemedel som i regel inte byts på öppenvårdsapotek i Sverige, t.ex. om det är ett biologiskt läkemedel eller ett läkemedel med ett snävt terapeutiskt intervall, även i de fall förskrivaren inte motsatt sig utbyte. Utredningen gör bedömningen att det av patientsäkerhetsskäl bör finnas en möjlighet att reglera sådana undantag vid behov som en ytterligare säkerhetsåtgärd. Det ger även möjlighet att i likhet med genomförandedirektivet 2012/52/EU ange att biologiska läkemedel inte bör bytas. Syftet är inte att reglera förutsättningarna i land B eller att förskrivare ska motsätta sig utbyte av någon annan anledning än av medicinska skäl. Utan förslaget avser främst ge förutsättningar för en process som är lika effektiv och patientsäker som den nationella processen. Det kan inte uteslutas att behovet av ett sådant undantag faller bort, t.ex. om medvetenheten ökar om att även e-recept får expedieras i annat EES-land enligt det landets regelverk, inklusive utbyte på apotek.

Läkemedelsverket har erfarenhet av att göra delvis liknande bedömningar vid vissa beslut om utbytbarhet. Utbytbarhetsbedömningen enligt 4 kap. 22 § läkemedelslagen avser dock en annan situation, att jämföra läkemedel som är godkända i Sverige. När det gäller

⁴⁵ Om patienten fått en utskrift av ett e-recept från öppenvårdsapoteket och avser hämta ut receptet i ett annat EES-land kan förskrivaren i regel inte antas ha kännedom om det.

e-recept inom EES förefaller det som att det endast är läkemedlets inneboende egenskaper som skulle kunna beaktas, t.ex. läkemedel som har ett snävt terapeutiskt intervall.

E-hälsomyndigheten bör kunna ange vad som inte kan bytas i tjänsten. Förslaget innebär inte någon ändring på det svenska e-receptet eftersom uppgiften endast avses läggas till i informationsutbytet vid överföring till ett annat EES-land. Det innebär en viss ökad risk för att patienten kan få det svårare att få sitt läkemedel på apotek i ett annat land eftersom endast det förskrivna får lämnas ut. Samtidigt undviker man eventuella risker som skulle kunna uppkomma om läkemedlet byts mot ett annat läkemedel utan att förskrivaren aktivt tagit ställning till eller känner till detta. Det kan även antas gälla ett begränsat antal läkemedel. Utredningen bedömer förslaget som proportionerligt och baserat på ett patientsäkerhetsperspektiv.

Regleringen av undantagen

De undantag som beskrivits ovan bör inte meddelas i lag. Utredningen föreslår ett nytt bemyndigande i 18 kap. 9 a § läkemedelslagen att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen i 13 kap. 5 § läkemedelslagen. Undantagen bör gälla att e-recept för vissa typer av läkemedel inte bör överföras för utlämnande i ett annat EES-land om det är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl, och vilka typer av läkemedel som inte bör bytas vid expediering i ett annat EES-land, om det med hänsyn till läkemedlets egenskaper kan antas att ett byte är olämpligt.

I 8 kap. RF finns bestämmelser om lagar och andra föreskrifter. Vilka föreskrifter som meddelas genom lag följer av 8 kap. 2 § RF. Av 8 kap. 3 § RF framgår att riksdagen kan bemyndiga regeringen att meddela föreskrifter enligt 2 § första stycket 1 och 2. Vidare följer av 8 kap. 10 § RF att riksdagen, efter ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter i visst ämne, kan medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet att meddela föreskrifter i ämnet. Regeringen kan även meddela föreskrifter om verkställighet av lag och föreskrifter som inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen (8 kap. 7 § första stycket 1 och 2 RF).

Utredningen anser att bemyndigandet avser det delegeringsbara området och bör göras i lag. I läkemedelsförordningen bör det anges att Läkemedelsverket får meddela sådana föreskrifter. Det är lämpligt att Läkemedelsverket gör den typen av bedömning som krävs utifrån ett läkemedels- och patientsäkerhetsperspektiv. En föreskrift kan också enklare ändras vid behov, t.ex. när nya läkemedel eller läkemedelsgrupper introduceras. Nätverket för e-hälsas krav innebär också att inte alla typer av läkemedel får föras över för utlämnande i ett annat EES-land. Utredningen anser att sådana åtgärder är tillämpliga på ett icke-diskriminerande sätt, syftar till att skydda människors liv och hälsa, samt inte går utöver vad som är nödvändigt för att uppnå detta syfte.

Det är E-hälsomyndigheten som nationell kontaktpunkt för e-hälsa som bör genomföra en sådan reglering, dvs. att sådana recept inte överförs som expedierbara eller att de överförs på ett sätt som anger att de inte blir föremål för utbyte i det andra EES-landet.

12.4.4 E-recept från Sverige som inte får expedieras i ett annat EES-land

Utredningens förslag: Föreskrivningar på e-recept för humanläkemedel bör inte överföras för expediering i ett annat EES-land när de avser

- icke godkända läkemedel (t.ex. licens- och extemporeläkemedel),
- teknisk sprit,
- särskilda läkemedel,
- läkemedel förskrivna avsedda för dosdispensering, och
- läkemedel som omfattas av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel.

Utredningen föreslår i avsnitt 12.4.3 att Läkemedelsverket bör få meddela föreskrifter om e-recept avseende vissa typer av läkemedel som inte får överföras för expediering i ett annat EES-land. I detta

avsnitt gör utredningen en bedömning av vilka typer av läkemedel som bör undantas.

Icke-godkända läkemedel och teknisk sprit omfattas inte av tjänsten e-recept över landsgränser. Detsamma gäller läkemedel för djur. Särskilda läkemedel omfattas inte av erkännande av recept enligt artikel 11.6 i patientrörlighetsdirektivet. Vad som avses med särskilda läkemedel anges i avsnitt 12.3.1. Det är osäkert hur andra medlemsländer tolkar den begränsningen och vad som omfattas av definitionen kan skilja sig åt mellan medlemsländerna. Av patientsäkerhetsskäl och för att öka förutsägbarheten för patienter från Sverige bör det framgå av det svenska regelverket att e-recept avseende särskilda läkemedel inte ska överföras för expediering i ett annat EES-land. Det bidrar också till att uppnå en process som är lika patientsäker som den nationella processen enligt utredningen. Som anges i avsnitt 12.4.5 bör även viss information om e-receptet överföras tillsammans med informationen om att det inte får expedieras i annat EES-land.

E-recept som avser läkemedel som omfattas av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel bör undantas från expediering i ett annat EES-land. De flesta läkemedel i föreskriften är särskilda läkemedel, men inte alla. Föreskriften ställer krav på att förskrivaren har särskild kompetens för att vissa läkemedel ska få expedieras av ett apotek. Vissa läkemedel får inte heller lämnas ut till patient på ett öppenvårdsapotek. Utökade krav på behörighet kontrolleras för närvarande på öppenvårdsapoteket efter att det i expeditionssystemet genereras en varning som upplyser farmaceuten om att det förskrivna läkemedlet har en utlämnandebegränsning och att behörigheten bör kontrolleras. Den kontrollen är svår att göra för en utländsk farmaceut. Det finns en patientsäkerhetsrisk om denna kontroll inte beaktas eller om ett läkemedel lämnas ut till patient på apotek i ett annat EES-land när detta inte hade varit möjligt i Sverige. Utredningen anser att det är en proportionerlig begränsning med hänsyn till patientsäkerheten.

Recept avseende maskinellt dosdispenserade läkemedel får endast expedieras av ett öppenvårdsapotek med särskilt tillstånd. Eftersom förutsättningar för dosdispensering på apotek inte direkt går att översätta från svenska förhållanden såvitt utredningen känner till, bör de inte kunna expedieras i ett annat EES-land för närvarande.

Utredningen föreslår därför att de fortsatt endast bör kunna expedieras i Sverige. En sådan begränsning bedömer utredningen som proportionerlig för att stärka patientsäkerheten. Begränsningen bör endast gälla e-recept där förskrivaren angett att det förskrivna läkemedlet ska dosdispenseras.

Vissa recept som anges i 4 kap. 13 § i receptföreskrifterna har särskilda begränsningar t.ex. att läkemedlet inte får lämnas ut till patient eller att de ska lämnas ut från ett visst öppenvårdsapotek. Sådana e-recept passar inte för tjänsten e-recept över landsgränserna. Samtidigt går de sannolikt inte att fånga upp automatiskt, eftersom instruktionerna till expedierande farmaceut i regel anges i fritext. Utredningen gör bedömningen att sådana e-recept utgör ett mindre antal recept och att de sannolikt sällan blir föremål för expediering i annat land främst av praktiska skäl, såsom att patienten eller annan i regel inte har behov av att hämta ut dem i ett annat land.

12.4.5 Information om e-recept som inte får expedieras

Utredningens bedömning: Expedierande farmaceut på ett apotek eller motsvarande i EES bör kunna få en lista med patientens aktuella e-recept som även innehåller vissa uppgifter om patientens e-recept som inte får expedieras i annat EES-land. Syftet är att det kan ge den expedierande farmaceuten förutsättningar för en mer patientsäker bedömning av patientens läkemedelsbehandling.

När patienten frågar efter sitt e-recept i land B är det ett minimikrav i tjänsten e-recept över landsgränser att land A ska förmedla vissa uppgifter om de e-recept som kan expedieras utomlands i en receptlista. Deltagande länder kan också, som t.ex. Portugal, förmedla endast det specifika e-receptet som patienten frågar efter. Det kräver dock att patienten kan ange ett specifikt recept-id.

Om receptlistan innehåller uppgifter om flera e-recept behöver farmaceuten i land B identifiera vilket av de aktuella e-recepten som patienten vill få expedierat. Alla e-recept kan dock inte expedieras inom EES. Ett land kan då välja att förmedla uppgifter i receptlistan, även om e-recept som inte kan expedieras utomlands. De uppgifter som då förmedlas gäller det aktuella läkemedlets ATC-kod, substans, läkemedelsform och styrka, samt eventuellt läkemedelsnamn. Ett

sådant e-recept måste dock presenteras som icke-expedierbart. Land A behöver välja om uppgifter om alla eller endast de recept som får expedieras utomlands ska förmedlas till det andra EES-landet.

Utredningen anser att farmaceuten i det andra landet kan göra en bättre bedömning av patientens läkemedelsbehandling om sådan begränsad information om patientens samtliga recept förmedlas från Sverige, även avseende de recept som inte får expedieras i ett annat land. Det ger expedierande farmaceut bättre förutsättningar för att t.ex. ta ställning till eventuella läkemedelsinteraktioner. Vid en expediering i Sverige gör farmaceuten en lämplighetskontroll och en helhetskontroll och ska beakta samtliga recept, bl.a. för att undvika risk för interaktion mellan olika läkemedel (8 kap. 11 och 31 §§ receptföreskrifterna). Det talar för att den utländska farmaceuten bör få uppgifter om samtliga e-recept. Då kan man även undvika situationen att varken patienten eller farmaceuten förstår varför det saknas uppgift om ett visst e-recept i receptlistan.

Samtidigt blir information om ett e-recept som inte kan expedieras tillgänglig, vilket talar emot att Sverige bör använda denna möjlighet. Utredningen känner inte till om farmaceuter i övriga EES-länder beaktar samtliga recept på liknande sätt som i Sverige. Trots det anser utredningen att de möjliga fördelarna för patientsäkerheten väger över. För att kunna uppnå en liknande patientsäkerhet som i Sverige anser utredningen att expedierande farmaceut bör få viss information om patientens aktuella e-recept, även de som inte kan expedieras i ett annat EES-land. E-hälsomyndigheten bör informera patienten om dessa förutsättningar.

12.4.6 Kvalitetssäkring efter expediering i ett annat EES-land

Utredningens bedömning: När ett e-recept från Sverige expedieras i ett annat EES-land bör E-hälsomyndigheten automatiskt kontrollera att utlämnandet gäller ett läkemedel med samma ATC-kod som på e-receptet som kvalitetssäkring, för att främja patientsäkerheten.

E-hälsomyndigheten utför kontroller genom det elektroniska systemstödet vid en expediering av e-recept registrerade i den nationella läkemedelslistan. I samband med att en expediering rapporteras från

apoteket i ett annat EES-land kan E-hälsomyndigheten kontrollera relevanta uppgifter och på så sätt stärka patientsäkerheten på liknande sätt som i Sverige. En sådan kontroll utgår från förutsättningarna i tjänsten e-recept över landsgränser. Det skulle alltså vara ett sätt att använda möjligheterna som tjänsten ger för kvalitetssäkring.

Ett e-recept ska innehålla den obligatoriska informationen, substans, läkemedelsform och styrka, som nätverket har kommit överens om för att kunna expedieras i ett annat land. Uppgifterna ska vara kopplade till respektive kodverk för att kunna översättas. För substans används ATC-kod, i kombination med fritextbeskrivning av substans, i de fall där ATC-kod inte är tillämpligt. För läkemedelsform används i dag standarder från EDQM som ligger under Europeiska rådet och för styrka används ett system för måttenheter kallat Unified Code for Units of Measure.

Expediering av ett läkemedel med en annan aktiv substans ska inte göras, varken i Sverige eller inom ramen för e-recept över landsgränser. Systemet med ATC-koder är ett välanvänt internationellt klassificeringssystem och risken att länder har givit samma läkemedel olika ATC-koder bör vara låg. Utredningen anser att en kontroll av att ATC-koden för det expedierade läkemedlet är densamma som i ursprungsreceptet bör göras vid återrapportering av ett e-recept utfärdat i Sverige för att öka säkerheten. En sådan kontroll bör inte minska möjligheten till en genomförd expediering i något väsentligt avseende.

För läkemedelsform och styrka råder inte samma harmoniserade förutsättningar avseende kodverken. Ett land kan ha definierat en produkts läkemedelsform som tablett (viss kod) och ett annat land kan ha definierat det mer detaljerat som t.ex. filmdragerad tablett (annan kod). Styrka kan också anges på olika sätt. Det finns därmed risk att samma läkemedel kan ha fått olika koder i olika länder och att den maskinella kontrollen kan uppfatta det som olika läkemedel. Vid en automatisk kontroll utifrån kodverket för styrka och läkemedelsform finns det alltså en risk att den skulle visa att koderna inte matchar, trots att det inte behöver finnas några väsentliga skillnader på läkemedlet eller vara någon risk för patientsäkerheten. Läkemedelsform och styrka bör alltså inte kontrolleras automatiskt vid expediering.

Utredningen gör bedömningen att E-hälsomyndigheten, i väntan att den nya, mer precisa standarden IDMP ska börja användas, bör

säkerställa att det är samma ATC-klassificering på det läkemedel som expedieras som i ursprungsreceptet. Kontrollen av ATC-kod kan vara ett sätt att använda de digitala förutsättningar som ges för kontroll i tjänsten. Om kontrollen visar att ATC-koderna inte överensstämmer får expedierande farmaceut ett felmeddelande, på samma sätt som om det är något annat fel vid mottagningen av återrapporteringen. Orsaken till felmeddelandet framgår dock inte som tjänsten nu är utformad. Den föreslagna kontrollen är inte avsedd att formellt ”godkänna” expedieringen. Däremot kan kontrollen få till följd att expedierande farmaceut får en signal att kontrollera förutsättningarna för expedieringen. Den expedierande farmaceuten ansvarar för expedieringen i enlighet med land B:s regelverk.

12.4.7 Avräkning på e-receptet

Utredningens bedömning: Vid avräkning i Sverige mot ett e-recept som expedierats i ett annat EES-land bör en schablonmässig avräkning göras för att undvika en risk för avräkning av fel mängd.

För att fullfölja expedieringen behöver en avräkning ske, dvs. den expedierade mängden räknas av från den totala mängden på aktuellt e-recept i land A. Syftet är bl.a. att farmaceut vid nästa expediering ska kunna utgå från att återstående mängd på receptet är korrekt och inte expediera större mängd än det ursprungliga e-receptet avser.

I det tekniska gränssnitt som avses användas för tjänsten finns det två fält för att förmedla förpackningsstorlek och antal förpackningar vilka tillsammans ger mängden, både på e-receptet och vid expedieringen. När det gäller presentation av mängden på de svenska e-recepten presenteras mängden motsvarande ett uttag. E-hälsomyndigheten använder ett fält för att förmedla förpackningsstorleken och det andra fältet för antal förpackningar. Vid rapportering av uttag kan antingen förpackningsstorleken eller antal förpackningar skilja sig åt från receptet, eftersom det finns andra förpackningsstorlekar i andra länder eller att en mindre mängd än ett uttag har expedierats.

För att kunna använda mängden i det rapporterade uttaget för att göra en avräkning av expedierad mängd på receptet krävs att förpackningsstorlekens enhet i det andra landet är angiven med samma

enhet som på receptet. I vissa fall finns en risk att de inte överensstämmer på grund av nationella skillnader som t.ex. på hur läkemedlen är godkända eller hur de beskrivs. Ett exempel är om antalet anges styckevis på e-receptet, t.ex. ett viss antal tabletter, och det expedierade läkemedlet rapporteras i antal milligram. Om förpackningsstorlekens enhet överensstämmer är sannolikheten stor för att det blir en korrekt och exakt avräkning. Det är dock mer komplicerat för vissa typer av läkemedel, t.ex. läkemedel som dosförpackas. En och samma dospenna kan anges på olika sätt, t.ex. som en penna, 200 doser eller 3 ml, beroende på hur förpackningsstorleken beskrivs.

Ett alternativ för att hantera detta skulle vara att markera receptet som slutexpedierat efter en expediering utomlands. Enligt utredningen vore det som en alltför drastisk åtgärd bara för att exakt avräkning inte kan göras i samtliga situationer. Patienten skulle då behöva kontakta vården oftare för att förnya receptet. För farmaceuten i EES presenteras mängden motsvarande ett uttag. Det gäller även s.k. itererade e-recept som har fler uttag. Ett alternativ för de situationer när förpackningsstorlekens enhet inte överensstämmer vore att göra ett antagande att mängden motsvarande ett uttag räknas bort från totalt expedierad mängd. Det kan finnas en risk för att avräkningen inte blir exakt. Det innebär att en svensk farmaceut vid nästa expediering i Sverige kan behöva ta ställning till vilken mängd läkemedel som faktiskt återstår på receptet, utifrån information om vad som har expedierats i land B. Närmare om förutsättningarna för detta kan blir en fråga för myndigheterna att se över under förberedelserna för tjänsten.

Utredningen gör bedömningen att det ur ett patientsäkerhetsperspektiv och för en effektivare process bör göras en schablonmässig avräkning motsvarande ett uttag på receptet. Detta bör finnas med i information till allmänheten när förutsättningarna för tjänsten beskrivs.

13 Digitala vårdtjänster och arbetet inom nätverket för e-hälsa

13.1 Inledning

I utredningens direktiv anges att ett antal frågeställningar har lyfts i remissvaren på E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* (S2018/04035/FS) som kan påverka möjligheterna till en ändamålsenlig gränsöverskridande e-recepthantering. En sådan frågeställning rör digitala vårdtjänster som inte fanns i någon större utsträckning när patientrörlighetsdirektivet genomfördes. Vidare anges i utredningens direktiv att antalet e-recept som utfärdats i ett annat land kan antas komma att öka i och med den digitala utvecklingen i såväl Sverige som i de flesta andra EES-länder, t.ex. att recept som utfärdats i andra länder vid digitala besök kommer kunna expedieras i Sverige. I remissvaren lyfts även frågan om behovet av ytterligare utredning eller riskbedömning av sådan gränsöverskridande hantering av e-recept, t.ex. kopplat till antibiotikaföreskrivning.

Mot denna bakgrund analyserar utredningen i detta kapitel om förekomsten av digitala vårdtjänster och arbetet inom nätverket för e-hälsa motiverar ytterligare insatser för att säkerställa en patient-säker expediering av andra EES-länders e-recept på ett svenskt öppenvårdsapotek och expediering av svenska e-recept i andra EES-länder. Vidare utreds också behov av ytterligare åtgärder för att delta i informationsutbytet. Situationerna att en patient i land A skulle få ett e-recept utfärdat i ett annat land än land A via en digital vårdtjänst eller att ett e-recept skulle expedieras vid ett e-apotek omfattas inte av tjänsten e-recept över landsgränser för närvarande och tas inte upp här. Om dessa situationer blir aktuella i nätverket för e-hälsa kan nya överväganden behövas.

13.2 Digitala vårdtjänster

Patientrörlighetsdirektivet trädde i kraft i oktober 2013. Direktivet öppnar för digitala vårdtjänster. Sådana vårdtjänster kan definieras som hälso- och sjukvård som sker genom digital distanskontakt, dvs. genom någon form av digital kommunikation där en identifierad patient och hälso- och sjukvårdspersonalen är rumsligt åtskilda. Direktivet lägger också grunden för samarbete kring e-hälsa och anger att kompatibilitet mellan ländernas ITK-system avses uppnås med hänsyn till nationell lagstiftning till skydd för patienten och tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, t.ex. nationella förbud mot internetapotek och mot försäljning av receptbelagda läkemedel på distans (skäl 57). Samarbetet har bl.a. lett fram till den digitala infrastrukturen för e-hälsotjänster, eHDSI.

Hälso- och sjukvården har gått mot en ökad digitalisering sedan patientrörlighetsdirektivet trädde i kraft. Denna utveckling har fått en skjuts under covid-19 pandemin som även visat på behovet av att kunna utbyta e-hälsainformation över landsgränser, t.ex. genom förordningarna om EU:s digitala covidintyg som började tillämpas den 1 juli 2021.¹ De gör att medborgare eller bosatta i EU-länderna kan få ett digitalt intyg med uppgifter om vaccination, tillfrisknande eller negativt testsvår.

Det är svårt att rättvisande beskriva utvecklingen av digitala vårdtjänster under senare år, inte minst utvecklingen under covid-19 pandemin. E-hälsomyndigheten lyfter i sin årsrapport för 2020 fram att telemedicinska lösningar och videobesök är två områden som tydligt ökat i Sverige under pandemin. I rapporten beskrivs en ökning av verksamheter som sedan tidigare byggde på dessa tekniker, t.ex. nationella digitala vårdgivare och vissa mottagningar i glesbygd, men även exempel på hur verksamheter som inte tidigare använt sådana tekniker börjat med det under pandemin.² I Region Stockholm mer

¹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/953 av den 14 juni 2021 om en ram för utfärdande, kontroll och godtagande av interoperabla intyg om vaccination mot, testning för och tillfrisknande från covid-19 (EU:s digitala covidintyg) för att underlätta fri rörlighet under covid-19-pandemin och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2021/954 av den 14 juni 2021 om en ram för utfärdande, kontroll och godtagande av interoperabla intyg om vaccination mot, testning för och tillfrisknande från covid-19 (EU:s digitala covidintyg) för tredjelandsmedborgare som lagligen vistas eller är bosatta på medlemsländernas territorier under covid-19-pandemin.

² E-hälsomyndigheten, *Årsrapport 2020 – Pandemi och e-hälsa* (S2020/05629/FS), s. 11 f.

än tiodubblades antalet videobesök i vården i april 2020 jämfört med januari samma år.³

E-hälsomyndigheten konstaterar att det främst är användningen av befintliga lösningar som tilltagit, men även att många projekt inom e-hälsa har pausats eller avbrutits under pandemin.⁴ Det senare gäller även på europeisk nivå, där en del av arbetet med e-hälsa fokuserat på åtgärder mot pandemin medan vissa andra frågor har fått stå tillbaka. Användningen av digitala vårdtjänster ökar i EU, men det finns skillnader. Det visar t.ex. de studier kommissionen har låtit utföra åren 2007, 2013 och 2018, där ett antal allmänläkare svarat på frågor om digitala vårdtjänster. Studierna är varken heltäckande eller helt aktuella men visar ändå på vissa trender som en ökad användning av sådana tjänster. Möjligheten att utfärda e-recept ökade mellan åren 2013 och 2018 från 36 procent till 52 procent. Antalet läkare som rutinmässigt gjorde sådana förskrivningar ökade från 24 procent till 43 procent under samma tid.⁵ Studierna visar även på skillnader inom EU. Det blev vanligare med telemedicinska tjänster under dessa år, men endast 12 procent av de tillfrågade läkarna kunde hålla patientbesök på distans 2018.⁶

Internet och digitala tjänster används oftare i hälsofrågor visar Eurostats årlig enkät om hur individer och hushåll i EU använder ITK-tjänster.⁷ Eurostat rapporterade 2020 bl.a. att mer än varannan EU-medborgare (55 procent) mellan 16 och 74 hade sökt information om hälsa på nätet, vilket var fler än 2019 (53 procent) och 2010 (34 procent).⁸ Eurostat rapporterade även att 20 procent av medborgarna bokade tid för en undersökning via internet och att 13 procent använde hälso- och sjukvårdstjänster via internet eller appar i stället för att uppsöka hälso- och sjukvård genom ett fysiskt besök under 2020.

³ E-hälsomyndigheten, *Årsrapport 2020 – Pandemi och e-hälsa* (S2020/05629/FS), s. 12.

⁴ E-hälsomyndigheten, *Årsrapport 2020 – Pandemi och e-hälsa* (S2020/05629/FS), s. 12.

⁵ European Commission, *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners*, 2018, s. 67.

⁶ European Commission *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners*, 2018, s. 67.

⁷ *ICT usage in households and by individuals* https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/isoc_i_esms.htm (hämtad 2021-09-15).

⁸ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210406-1> (hämtad 2021-09-13).

13.2.1 Digitala vårdtjänster och e-recept över landsgränser

Utredningens bedömning: Den ökade förekomsten av digitala vårdtjänster medför inte för närvarande något behov av förslag till ytterligare åtgärder för att säkerställa en patientsäker expediering av andra EES-länders e-recept på ett svenskt öppenvårdsapotek och expediering av svenska e-recept i andra EES-länder.

E-recept kan utfärdas vid ett fysiskt eller digitalt besök hos förskrivare, beroende på de nationella förutsättningarna i respektive land. I utredningens direktiv anges att e-recept som utfärdats i ett annat EES-land vid internetbaserade besök kommer att kunna expedieras i Sverige. Motsvarande situation kommer att gälla för en patient från Sverige som vill hämta ut läkemedel vid vistelse i ett annat EES-land.

Fler patienter antas hämta ut e-recept i ett annat EES-land

Tjänsten e-recept över landsgränser antas medföra en ökning av patienter som hämtar ut sina e-recept i ett annat EES-land jämfört med nuvarande situation. I dag måste patienten planera och ta med sig ett pappersrecept eller en utskrift av ett e-recept för expediering i ett annat EES-land. Receptet ska innehålla minst de uppgifter som anges i genomförandedirektivet 2012/52/EU. Patienten kan behöva kontrollera att förskrivaren angett rätt information eller be om ett pappersrecept som kan användas i ett annat EES-land.

Användning av e-recept i EES ökar och flera länder planerar att ansluta sig till tjänsten kommande år. Eftersom e-recepten ska innehålla nödvändig information, behöver patienten inte be förskrivaren kontrollera att alla uppgifter finns med eller be om ett pappersrecept. Däremot bör patienten kontrollera att e-receptet kan expedieras i det land som är aktuellt. Patienten kan också behöva lämna samtycke och ta reda på förutsättningarna för gränsöverskridande vård. Hanteringen kan antas bli enklare för patienten, farmaceuten och förskrivaren. Användningen av digitaliserade vårdtjänster kan också bidra till att användningen kan antas öka, genom att en patient på resa i ett annat EES-land kan få ett recept utfärdat genom en digital vårdtjänst i sitt hemland, land A, och hämta ut läkemedlet på vistelseorten, land B.

Särskilda överväganden avseende digitala vårdtjänster m.m.

I remissvaren har frågeställningar om ökningen av digitala vårdtjänster och förskrivning lyfts, t.ex. vad gäller antibiotika och risker för överförskrivning. I kontakter med intressenter har utredningen även fått frågor kring hur tjänsten e-recept över landsgränser kan påverka förskrivning i andra avseenden. Fråga har uppkommit om hur förutsättningarna att planera och följa upp förskrivningar påverkas, samt hur risken för felaktiga förskrivningar av t.ex. botulinumtoxin och hormonläkemedel kan antas påverkas.

Risken för antibiotikaresistens innebär att antibiotika kan kräva särskilda överväganden. Arbeta för att minska riskerna för resistens pågår, nationellt och internationellt. Det finns ingen specifik reglering på EU-nivå som begränsar detaljhandel med antibiotika avsedd för människa. I förordningen för veterinärmedicinska läkemedel finns vissa begränsningar.⁹ I patientrörlighetsdirektivet undantas endast särskilda läkemedel från erkännande av recept enligt artikel 11.6. Kommissionen har inte använt möjligheten att undanta andra typer av läkemedel från erkännande enligt artikel 11.5. Medlemsländerna får förbjuda erkännande av recept om det är nödvändigt och proportionerligt för att skydda människors hälsa och inte diskriminerande eller om det finns tveksamhet om receptets äkthet, innehåll eller begriplighet enligt artikel 11.1 i patientrörlighetsdirektivet.¹⁰ Erkännanden ska inte påverka nationella bestämmelser om förskrivning och utlämnande.

När det gäller frågan om förskrivningsmönster för antibiotika påverkas av digitala vårdbesök verkar helt entydiga slutsatser saknas såvitt utredningen kan bedöma. Enligt utredningen bör dock inte förutsättningarna för t.ex. överförskrivning påverkas av om ett e-recept för antibiotika som utfärdas i Sverige via en digital vårdtjänst hämtas ut här eller i ett annat EES-land.

E-recept utfärdat i ett annat EES-land som avses hämtas ut i Sverige kan ha förskrivits på ett sätt som inte motsvarar svenska rekommendationer för att motverka antibiotikaresistens. Det gäller redan i dag för pappersrecept från EES som erkänns i Sverige. Utredningen anser att patientsäkerhetsskäl talar för att patienter från EES bör kunna använda sina e-recept i Sverige på liknande sätt som

⁹ Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/6 av den 11 december 2018 om veterinärmedicinska läkemedel och om upphävande av direktiv 2001/82/EG.

¹⁰ Prop. 2012/13:150 s. 100 ff.

i dag för pappersrecept, även om de avser antibiotika. Patientens behov av vård och kontinuitet i vården väger tungt. Patienten kan annars behöva uppsöka vård i Sverige eller eventuellt riskera att avbryta en antibiotikakur. Vidare är det tveksamt om det vore proportionerligt att begränsa erkännande enbart av e-recept för antibiotika från ett annat EES-land, när det inte finns några liknande begränsningar i Sverige. Patienter riskerar då att få olika vård i liknande situationer. Även om antalet expediering av e-recept över landsgränser antas öka, kommer det sannolikt utgöra en liten del av alla recept. Utredningen anser att det också skulle vara svårt att fastställa omfattningen av en sådan eventuell begränsning av erkännande för vissa recept. Om förskrivningen har gjorts via en digital vårdtjänst eller vid ett fysiskt besök framgår inte av receptet och är svårt att beakta.

E-recept över landsgränser kommer innebära att expedieringen blir mer spårbar än en gränsöverskridande expediering i dag, bl.a. genom att expedierat läkemedel ska återrapporteras till land A för att registreras där. Utredningen anser även t.ex. att Socialstyrelsen bör kunna få uppgifter om expedieringar av e-recept från EES för bl.a. statistik och forskning. Om det visar sig att expedieringar i Sverige eller inom EU av e-recept över landsgränser utgör en särskild risk, bör frågan övervägas på nytt.

Samtidigt vill utredningen lyfta att uppföljning och tillsyn kan vara mer komplext i gränsöverskridande situationer och i fråga om gränsöverskridande tjänster generellt sett. Uppföljning för e-recept avses i stort följa nuvarande förutsättningar, förutom att det i vissa delar blir mer spårbart än i dag t.ex. vad som har expedierats. E-hälsomyndigheten kommer i sin roll som nationell kontaktpunkt för e-hälsa följa t.ex. antal expedieringar av svenska e-recept som expedieras i annat EES-land och e-recept från EES som expedieras här.

Enligt utredningens bedömning innebär en ökad användning av digitala vårdtjänster t.ex. besök hos förskrivare, inte i sig någon anledning att föreslå särskilda åtgärder inför ett driftsättande av tjänsten e-recept över landsgränser. Det finns fördelar med e-recept när de expedieras i ett annat EES-land förutom ökad spårbarhet jämfört med pappersrecept, t.ex. en mindre risk för manipulation, att förskrivaren kan kontrolleras automatiserat av land A, samt att gemensamma standarder och kodverk används. Expedierande farmaceut får e-receptet översatt till sitt språk. Varje land A ska också ange hur

patienten ska identifieras och vilka identitetshandlingar som krävs, vilket kan bidra till en ökad säkerhet.

Förskrivning av vissa andra läkemedel har också uppmärksammats i utredningen, t.ex. botulinumtoxin och hormonläkemedel. Läkemedel som innehåller botulinumtoxin används både medicinskt och för skönhetsbehandlingar. Svenska tillsynsmyndigheter har under senare år uppmärksammat att det hänt att medicinska indikationer har angivits på recept i fall där läkemedlen har visat sig vara avsedda att användas vid skönhetsbehandlingar. Utredningen gör bedömningen att sådana frågor kring förskrivning av botulinumtoxin främst är kopplade till andra delar i läkemedelsprocessen än erkännande av e-recept över landsgränser. Hormonläkemedel som kan användas vid dopning är i regel särskilda läkemedel som inte bör omfattas av erkännande av recept enligt utredningens bedömning. Som angetts ovan kan den gränsöverskridande aspekten vara mer komplex i fråga om uppföljning och tillsyn. Samtidigt bidrar e-recepten till att det registreras vilket läkemedel som har lämnat ut i ett annat land, till skillnad från pappersrecepten som används i dag.

När det gäller riskbedömning i övrigt menar utredningen, som motiveras i avsnitt 12.4.3 och 12.4.4, att vissa begränsningar bör kunna göras för e-recept som utfärdats i Sverige när överföringen för expediering av ett sådant recept skulle kunna påverka patientsäkerheten, t.ex. vad gäller vissa typer av förskrivningar som omfattas av utlämnandebegränsningar enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel.

Sammanfattningsvis anser utredningen att förekomsten av digitala vårdtjänster inte ger anledning till att föreslå ytterligare åtgärder för närvarande.

E-apotek, distanshandel och nya användningsfall

Som angetts ovan gör utredningen bedömningen att e-apotek inte omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser som den är utformad i dag, bl.a. med hänsyn till att patienten ska kunna identifiera sig med giltig fotolegitimation och att tjänsten utgår från fysiska besök. Om expediering vid e-apotek blir en möjlighet i tjänsten kan det krävas ytterligare överväganden än de utredningen gjort beroende på hur

tjänsten utformas, t.ex. krav för att identifiera patienten och hur det ska gå att välja vilket e-recept patienten vill hämta ut från listan med e-recept. Om det även skulle innebära att läkemedel skickas över landsgränser kan konsekvenserna av detta behöva beaktas. Det är inget utredningen har möjlighet att utreda i detta delbetänkande.

13.3 Förutsättningar för att delta i tjänsten

13.3.1 E-hälsoavtalet

Utredningens bedömning: Att ingå e-hälsoavtalet för ett deltagande i tjänsten e-recept över landsgränser skulle kunna anses medföra offentligrättsliga åtaganden för Sverige och även innebära att lagändringar krävs. Det kan sammantaget påverka hur avtalet bör undertecknas.

Bakgrund till e-hälsoavtalet

E-hälsoavtalet omfattar för närvarande tjänsterna e-recept och patientöversikter. Ett land kan välja att delta i en eller båda tjänsterna, som land A, land B eller båda. För att delta krävs att e-hälsoavtalet skrivs under och att kontaktpunkten för e-hälsa fastställs uppfylla kriterierna i e-hälsoavtalet med tillhörande dokument och processer, se vidare i avsnitt 5.3.5 om nätverket för e-hälsas krav för att få delta i tjänsterna, inklusive e-hälsoavtalet.

Det frivilliga samarbetet om e-recept inom nätverket för e-hälsa baseras på patientrörlighetsdirektivet och kommissionens genomförandebeslut 2019/1765.¹¹ Medlemsländerna har bedömts genomfört skyldigheterna i patientrörlighetsdirektivet. Att delta i samarbetet om e-recept verkar inte följa direkt av ett tvingande krav på genomförande av en EU-rättsakt, utan på frivilliga bestämmelser i patientrörlighetsdirektivet. Medlemsländerna bistår varandra bl.a. i fråga om informationsutbyte (artikel 10 i patientrörlighetsdirektivet). Kommissionen ska uppmana medlemsländerna att ingå avtal och har angett

¹¹ Kommissionens genomförandebeslut 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (ändrat genom beslut 2020/1023).

att e-hälsoavtalet skulle kunna ses som ett sådant avtal.¹² I nätverket för e-hälsa har det ansetts finnas ett behov av ett avtal eftersom det inte finns tvingande EU-rätt som grund för informationsutbytet.¹³ Parterna väljer hur de ska uppfylla kraven i enlighet med nationell rätt och EU-rätten.¹⁴ Avtalet ställer krav på parterna bl.a. när det gäller den tekniska utformningen av tjänsterna, semantisk behandling, loggar och spårbarhet, samt hur informationen ska överföras och tas emot, se vidare i avsnitt 5.3.5.

Undertecknande av e-hälsoavtalet

E-hälsoavtalet är avsett att skrivas under av alla de myndigheter eller organisationer som ansvarar för de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa i EU och Efta¹⁵ som avser delta i e-hälsotjänsterna.¹⁶ Vem som är part avgörs av nationell rätt, det kan enligt e-hälsoavtalet vara en myndighet, ett departement eller regeringen, beroende på vem som har ansvar för den nationella kontaktpunkten för e-hälsa och för att skriva under e-hälsoavtalet. Det måste finnas en ”bestående koppling” mellan parten och den nationella myndigheten som är medlem i nätverket för e-hälsa. Om den som skriver under e-hälsoavtalet inte är medlem i nätverket för e-hälsa krävs ett skriftligt godkännande från det departement som är ansvarigt för e-hälsa.¹⁷

Från svensk sida är Socialdepartementet medlem i nätverket för e-hälsa, biträdd av representanter från E-hälsomyndigheten. Myndigheten deltar också i olika grupper inom nätverket. E-hälsomyndigheten ska agera nationell kontaktpunkt för e-hälsa, samt fortsätta etableringen och förvaltningen av den tekniska infrastruktur som krävs för att expediera utländska e-recept i Sverige och av svenska recept i annat land.¹⁸ Myndigheten kommer att ansvara för att uppfylla flera av kraven i e-hälsoavtalet som nationell kontaktpunkt för e-hälsa. Myndigheten har också granskats av kommissionen under hösten 2021.

¹² eHealth Network 9th *eHealth Network Cover note by Secretariat*, 2016, s. 1.

¹³ eHealth Network 9th *eHealth Network Cover note by Secretariat*, 2016, s. 1.

¹⁴ Kapitel I, avsnitt I.3 I e-hälsoavtalet.

¹⁵ Kapitel I, avsnitt I.3 (1), kapitel III, del 1 och avsnitt III.1.1 i e-hälsoavtalet.

¹⁶ Utredningens arbete avser endast EES, se avsnitt 2.2.

¹⁷ Kapitel III, avsnitt III.1.1.1 i e-hälsoavtalet.

¹⁸ Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende E-hälsomyndigheten(S2021/06820).

Regeringsformens bestämmelser om internationella avtal

Hur internationella avtal hanteras regleras framför allt i 10 kap. regeringsformen (RF) som innebär att regeringen ingår överenskommelser med andra stater eller mellanfolkliga organisationer. Regeringen får ge en förvaltningsmyndighet i uppdrag att ingå en internationell överenskommelse, om den inte kräver riksdagens eller Utrikesnämndens medverkan. Om en sådan överenskommelse kräver en ny lag eller lagändring krävs riksdagens godkännande. Regeringen kan då inte lämna ett bemyndigande till en förvaltningsmyndighet.

Överväganden om e-hälsoavtalets hantering

E-hälsoavtalets karaktär är avgörande för hur det ska hanteras. Om det anses vara ett internationellt avtal av offentlighetsrättslig natur gäller regeringen i RF. Någon definition av internationella avtal finns inte i RF, men i doktrinen anges att det som avses är avtal av offentlighetsrättslig natur som omfattar någon form av förpliktelse för Sverige som stat.¹⁹ Utanför regeringen i RF faller civilrättsliga avtal som inte är folkrättsligt förpliktande för Sverige i förhållande till andra stater eller mellanstatliga organisationer och överenskommelser som inte är rättsligt bindande.²⁰ Även om e-hälsoavtalet kan undertecknas på olika nivåer i de deltagande länderna torde det inte utesluta att det kan ses som ett mellanstatligt avtal, eftersom motparterna kan vara utländska myndigheter eller organisationer.

Om e-hälsoavtalet innehåller offentlighetsrättsliga förpliktelser, skulle E-hälsomyndigheten eventuellt kunna ingå avtalet efter ett bemyndigande från regeringen. Kravet på bemyndigande gäller endast avtal av offentlighetsrättslig karaktär.²¹ Med offentlighetsrättsliga avtal avses avtal som endast kan ingås av stater samt andra folkrättssubjekt och som får folkrättsliga verkningar. Dessa avtal är folkrättsligt förpliktande för Sverige när de ingåtts av en statlig eller kommunal förvaltningsmyndighet med bemyndigande från regeringen.²² Ett bemyndigande krävs inte när myndigheter ingår avtal av uteslutande privaträttslig natur. Om ett avtal ska anses vara privaträttsligt får avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, t.ex. avtalets omfattning eller

¹⁹ Ds 2016:38 s. 8.

²⁰ Ds 2016:38 s. 8.

²¹ Ds 2016:38 s. 10.

²² Ds 2016:38 s. 21.

politiska innebörd.²³ Myndigheters rent privaträttsliga avtal betraktas som civilrättsliga avtal som sluts på kommersiella villkor och som lika gärna skulle kunna ingås av en enskild person. Myndigheten agerar då som ett privaträttsligt subjekt.²⁴

E-hälsoavtalet fokuserar på kraven som kontaktpunkten för e-hälsa ska uppfylla. Flera av åtagandena synes ha en civilrättslig prägel, t.ex. det civilrättsliga ansvaret för den tjänst kontaktpunkten tillhandahåller. E-hälsoavtalet ställer inte i sig krav på ändringar i nationell rätt, men enligt utredningens bedömning kommer lagändringar att behövas för det informationsutbyte avtalet avser. Parterna åtar sig också att följa överenskomna krav t.ex. för hur patient, samt hälso- och sjukvårdspersonal ska identifieras, vilket E-hälsomyndigheten sannolikt inte ensamt anses ansvara för. Undertecknande av e-hälsoavtalet är en av förutsättningarna för att Sverige ska vara bundet att leverera tjänsten e-recept över landsgränser och delta i informationsutbytet av e-recept inom EES med de åtaganden det innebär enligt utredningens bedömning. Det talar för att avtalet sannolikt inte är ett privaträttsligt avtal, utan det skulle kunna tolkas som att offentligrättsliga inslag finns.

Regeringen får inte ge en förvaltningsmyndighet i uppdrag att ingå en internationell överenskommelse, om den kräver riksdagens eller Utrikesnämndens medverkan enligt 10 kap. 2 § RF. Överenskommelser där regeringen ger förvaltningsmyndigheter ett sådant uppdrag är tämligen vanliga anger Bull och Sterzel i *Regeringsformen – en kommentar*.²⁵ De ger som exempel att en väg som slutar vid rikets gräns och fortsätter i ett annat land kan kräva en överenskommelse mellan länderna och att regeringen i ett sådant fall kan anse att överenskommelsen lämpligast ingås av den myndighet som har det faktiska ansvaret för verksamheten. Exemplet har vissa likheter med e-hälsoavtalet eftersom E-hälsomyndigheten som infrastrukturmyndighet kommer att i stora delar ha det faktiska ansvaret för tjänsten e-recept över landgränser, på ett liknande sätt som när myndigheten ansvarar för annan infrastruktur. Även detta kan anses tala för att det kan finnas offentligrättsliga inslag i e-hälsoavtalet enligt utredningens bedömning.

²³ Ds 2016:38 s. 18.

²⁴ Ds 2016:38 s. 21.

²⁵ Thomas Bull, Fredrik Sterzel, *Regeringsformen – en kommentar*, kommentaren till 10 kap. 2 § JUNO, Version 4.

För en överenskommelse som kräver lagändring krävs riksdagens godkännande enligt 10 kap. 3 § RF, vilket även gäller om den påverkar statens budget.²⁶ Som angetts ovan anser utredningen att lagändringar krävs för att tjänsten e-recept över landsgränser ska kunna användas i Sverige.

Det kan argumenteras för att e-hälsoavtalet inte i sig anses utgöra en rättslig förpliktelse eftersom enbart undertecknandet inte är tillräckligt för att en rättslig förpliktelse ska uppstå, utan det krävs också att parten som är kontaktpunkt ska genomgå en granskning och bli godkänd av nätverket för e-hälsa. Det kan också diskuteras om lagändringarna som krävs är en direkt följd av avtalet. Å andra sidan är undertecknandet ett av villkoren för att få delta i tjänsten. Det kan även argumenteras för att åtagandena i e-hälsoavtalet kan ses som ett led i implementeringen av patientrörlighetsdirektivet, främst artiklarna 10, 11 och 14. Samtidigt är tjänsten e-recept över landsgränser baserat på det frivilliga samarbete inom nätverket för e-hälsa. Deltagande part kan även välja hur den ska delta i samarbetets olika delar. Utredningen menar att det inte förefaller finnas ett direkt krav på genomförande i patientrörlighetsdirektivet eller i någon annan EU-rättsakt.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det mot bakgrund av att lagändringar krävs för att den tjänst e-recept över landsgränser som e-hälsoavtalet gäller ska kunna genomföras i Sverige att regelverket RF 10 kap. skulle kunna vara tillämpligt på e-hälsoavtalet, även om en slutlig bedömning inför undertecknandet bör göras utifrån praxis på området.

13.3.2 Hur patienter från Sverige kan identifieras i tjänsten

Utredningens bedömning: Patienter från Sverige kan ha personnummer som personlig identifierare vid expediering av e-recept i ett annat EES-land för närvarande. Identitetshandlingar som bör fungera vid expediering i ett annat EES-land i tjänsten e-recept över landsgränser verkar för närvarande främst vara svenskt pass och nationellt identitetskort.

²⁶ Ds 2016:38 s. 14.

Nationella krav på identifiering

Som beskrivits i kartläggningen i kapitel 5, ska varje land A ange vilka identitetshandlingar som innehåller patientens unika personliga identifierare som ska användas i tjänsten e-recept över landsgränser. Ett syfte med den unika identifieraren är att kunna koppla patienten till e-receptet och även en identitetshandling som kan visas upp på apoteket. Enligt 3 kap. 8 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista kan personnummer eller samordningsnummer registreras i den nationella läkemedelslistan. De kan alltså användas för att koppla en patient till ett e-recept. I avsnitt 6.2.8 gör utredningen bedömningen att Sverige kan vara försäkringsland, land A, för patienter med personnummer men även i vissa fall med samordningsnummer. För att avgöra om personnummer och samordningsnummer kan vara den personliga identifieraren behöver de också kunna finnas på en identitetshandling som är lämplig att använda över landsgränser. I Sverige finns olika identitetshandlingar och en utgångspunkt är att den som en identitetshandling visas upp för måste ta ställning till om den aktuella handlingen kan godtas som bevis för en persons identitet.²⁷ Det brukar dock även sägas att det finns fem svenska identitetshandlingar som allmänt accepteras som bevis på innehavarens identitet i Sverige. De fem handlingarna är pass, nationellt identitetskort, identitetskort för folkbokförda i Sverige, körkort och SIS-märkt id-kort (SIS står för Swedish Standards Institute).²⁸ Pass och nationellt identitetskort kan användas vid resa inom EES, men det regleras inte hur svenska identitetshandlingar i övrigt används i ett annat land.

Pass regleras främst i passlagen (1978:302). Pass är internationellt sett det dokument som i störst utsträckning accepteras som identitetshandling.²⁹ Pass är främst en resehandling som ska tas med vid resa ut ur och in i Sverige med vissa undantag (5 § passlagen). Av 1 § passlagen följer att ett svenskt pass utfärdas till svenska medborgare. Passet innehåller uppgifter om medborgarskap, utfärdande myndighet, giltighetstid, passnummer, namn, personnummer, kön, födelse-datum och födelseort.

Det svenska nationella identitetskortet regleras av förordning (2005:661) om nationellt identitetskort. Det utfärdas endast till svenska medborgare. Den som har ett nationellt identitetskort får resa från

²⁷ SOU 2019:14 s. 107.

²⁸ SOU 2019:14 s. 107.

²⁹ SOU 2019:14 s. 109.

Sverige till andra EU-länder utan pass (5 § passlagen). Det finns inget krav på att ha ett nationellt identitetskort eller ha med identitetskortet vid resor till eller från Sverige.

Skatteverket utfärdar identitetskort för folkbokförda i Sverige som också innehåller en e-legitimation. Regler om utfärdande finns i lagen (2015:899) om identitetskort för folkbokförda i Sverige. Identitetskortet utfärdas till personer som har fyllt 13 år och är folkbokförda i Sverige. Det krävs inte att sökanden är svensk medborgare. Det innehåller personens namn, personnummer, födelseid, kön, längd och namnteckning.³⁰

Det primära syftet med ett körkort är att det ska visa behörigheten att köra vissa fordon, men det är en allmänt accepterad identitetshandling i Sverige. Internationellt sett är det mer ovanligt att körkort används på detta sätt. Körkortslagen (1998:488) reglerar inte körkortets användning som identitetshandling. Körkort kan i vissa fall utfärdas till någon som inte har ett svenskt personnummer.

Det SIS-märkta id-kortet är en identitetshandling som utfärdas av privata aktörer och är inte författningsreglerat.³¹ Antal utfärdade SIS-kort är lågt. Det innehåller bl.a. uppgifter om innehavarens namn, personnummer eller liknande, namnteckning, fotografi och eventuellt nationalitet samt uppgifter om id-kortets nummer, giltighetstid, certifieringsorgan och utfärdare. Utländska medborgare som stadigvarande vistas i Sverige kan få id-kort om personnummer saknas.³² Sökanden ska då uppge sitt samordningsnummer eller födelsedatum.³³

Andra handlingar kan användas som identitetshandlingar, t.ex. LMA-kort som utfärdas av Migrationsverket och regleras i Migrationsverkets föreskrifter (MIGRFS 2015:8) om tillfälligt LMA-kort för utlänning i Sverige och dokument som intygar att innehavaren är asylsökande. Det är inte ett identitetskort utan ett bevis på att innehavaren är asylsökande och får vara i Sverige i avvaktan på beslut.³⁴ LMA-kortet godtas dock som identitetsbevis t.ex. i kontakter med hälso- och sjukvård och apotek.³⁵ Migrationsverket utfärdar även vissa resehandlingar, t.ex. främlingspass.

³⁰ SOU 2019:14 s. 116.

³¹ SOU 2019:14 s. 123.

³² SOU 2019:14 s. 125.

³³ SOU 2019:14 s. 126.

³⁴ SOU 2019:14 s. 127.

³⁵ www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-duvantar/LMA-kort.html. (hämtad 21-08-25).

Utländska medborgare som inte har ett svenskt personnummer kan ha svårt att få ett giltigt id-kort i Sverige, även om det finns möjlighet att i vissa fall få t.ex. SIS-märkta id-kort eller körkort. Svenskar i världen har också lyft till utredningen svårigheter kring t.ex. ”vilande personnummer” för personer som är bosatta utomlands.

Europeiska rådet har samlat olika länders identitets- och resehandlingar i ett register som finns tillgängligt på nätet *Public Register of Authentic identity and travel Documents Online*, även kallat Prado.³⁶ Där finns även information om handlingarna.³⁷ Registret ger möjlighet att se exempel på rese- och identitetshandlingar utfärdade i olika länder. Svenska handlingar som finns med är bl.a. svenska pass och nationellt identitetskort.

Unik identifierare och svensk identitetshandling för Sverige

Enligt lagen om nationell läkemedelslista kan ett e-recept registreras med personnummer eller samordningsnummer. Dessa uppgifter kan alltså kopplas till ett svenskt e-recept. Däremot framgår samordningsnumret sällan av någon svensk legitimationshandling, förutom för t.ex. SIS id-kort och körkort i vissa fall. Dessa id-kort anses inte lika gångbara i annat land som pass eller nationellt identitetskort. Pass och det nationella identitetskortet kan användas vid resa, samt innehåller uppgift om både unik personlig identifierare som personnummer och foto på innehavaren. De finns också beskrivna i Prado, vilket Skatteverkets identitetskort ännu inte finns som annars skulle kunna övervägas som lämplig identitetshandling. Det bör vara sådana förutsättningar som beaktas när det avgörs vilka identitetshandlingar som bör krävas i tjänsten e-recept över landsgränser. Om e-identifiering kommer att kunna accepteras i tjänsten framöver för patienter får liknande överväganden göras.

Enligt utredningen synes det i dag saknas identitetshandlingar för personer utan svenskt personnummer som med tillräcklig säkerhet kan användas för att korrekt identifiera patient och e-recept från Sverige vid expediering på ett apotek i ett annat EES-land i tjänsten e-recept över landsgränser. Mot denna bakgrund bör samordnings-

³⁶ Council of the European Union – PRADO – Home (europa.eu) (hämtad 21-08-23).

³⁷ www.consilium.europa.eu/prado/en/prado-faq/prado-best-use.pdf (hämtad 21-08-23).

nummer inte för närvarande gälla som unik personlig identifierare för svenska e-recept i tjänsten.

13.3.3 Information till patient, samt hälso- och sjukvårdspersonal

Utredningens bedömning: Tillräcklig och tillgänglig information om e-recept över landsgränserna kommer att vara viktiga åtgärder för en effektiv och patientsäker process.

Ett e-recept utfärdat i Sverige uppfyller nätverket för e-hälsas krav och kan användas inom EES när övriga villkor är uppfyllda. En patient som behöver sina läkemedel på resa kan då använda ett befintligt e-recept. E-recept är säkrare och kan även ha fördelar för farmaceut och förskrivare. Skyldigheten för land B att återrapportera expedierat läkemedel till patientens hemland är en fördel, jämfört med användning av pappersrecept inom EES.

I kartläggningen i kapitel 5 beskriver utredningen patientens ansvar för läkemedelsbehandling vid resa. I dag behöver patienten sannolikt planera för att ta med ett pappersrecept till ett annat EES-land. I Sverige kan förskrivaren känna till att patienten avser att hämta ut receptet i ett annat land, när pappersrecept för EES utfärdas bl.a. för att gängse benämningen endast ska anges i dessa fall. Syftet med att ange gängse benämning är dock att läkemedlet enklare ska kunna identifieras i land B, inte för att förskrivaren ska "godkänna" att patienten får använda receptet i ett annat EES-land.³⁸ Utredningen anser att det vore oproportionerligt att ställa krav på att förskrivaren skulle godkänna expediering i ett annat EES-land. Det skulle försvåra patienttrörligheten, vara kostsamt och tidskrävande. Däremot är det en fördel för patienten att förskrivaren känner till möjligheten med e-recept över landsgränser när tjänsten införs i Sverige.

En medvetenhet hos patient, förskrivare och expedierande personal kan bidra till att de möjligheter e-recept över landsgränser ger kan få effekt, t.ex. ökad säkerhet och kontinuitet i läkemedelsbehandlingen. Det kan i sin tur bidra till en mer fullständig bild av läkemedelsbehandlingen. Patienten kan t.ex. behöva känna till förutsättningarna för sådan vård och att det kan finnas vissa skillnader jämfört med

³⁸ Jfr skäl 53 till patenttrörlighetsdirektivet.

vård i hemlandet. Det kan vara saker som att läkemedlet som lämnas ut kan ha ett annat namn, pris och utseende än vad patienten skulle ha fått hemma.

Detta understryker enligt utredningen vikten av att det finns tydlig och tillgänglig information om e-recept inom EES från ansvariga myndigheter och aktörer, även via den gemensamma digitala ingången, inom nätverket för e-hälsa och hos nationella kontaktpunkter. Vidare ska den personuppgiftsansvarige lämna viss bestämd information enligt artikel 13 och 14 i dataskyddsförordningen till patienten om hur patientens personuppgifter kommer att behandlas och med vilken rättslig grund m.m. Det finns en överenskommen mall för denna information, PIN, från nätverket för e-hälsa. Det kommer att finnas ett antal källor för information på nationell och europeisk nivå bl.a. följande.

- E-hälsomyndigheten (kontaktpunkt för e-hälsa och ansvarig för information enligt SDG-förordningen).
- Försäkringskassan (kontaktpunkt utlandsvård).
- Socialstyrelsen (kontaktpunkt för vård i Sverige för invånare från EES).
- Läkemedelsverket (som kommer att utfärda vissa föreskrifter).
- Hälso- och sjukvårdspersonal.
- Apotekspersonal.
- MinHälsa@EU/MyHealth@EU.
- Nätverket för e-hälsa.
- Den gemensamma digitala ingången Ditt Europa/Your Europe.
- Nationella kontaktpunkter i övriga EES-länder.

Hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva tillgång till information från bl.a. E-hälsomyndigheten som kontaktpunkt för e-hälsa och som den som tillhandahåller tjänsten e-recept över landsgränser. Myndigheten avser även att ta fram underlag för utbildning för expedierande personal om hur expediering ska gå till via det webbgränssnitt myndigheten tar fram. Läkemedelsverket föreslås meddela föreskrifter.

Myndigheten brukar i samband med sådana ändringar se till att information om nya föreskrifter finns.

13.4 Pågående arbete inom nätverket för e-hälsa

Utredningens bedömning: Pågående arbete inom nätverket för e-hälsa och i EU ger inte skäl att föreslå ytterligare åtgärder.

Flera av EU:s regelverk och andra initiativ påverkar tjänsten e-recept över landsgränser. I detta avsnitt redogör utredningen översiktligt för pågående arbete inom nätverket för e-hälsa och andra initiativ som kan ha betydelse för tjänsten. Mot bakgrund av EU:s strategi för e-hälsa har nätverket antagit en handlingsplan som beskriver aktiviteter och planer för gränsöverskridande e-hälsotjänster. Arbetet har inletts med e-recept och patientöversikter över landsgränser. Under 2020 har arbete med nya tjänster inletts som utbyte av hälsodata avseende laboratorieresultat, medicinsk bilddiagnostik och vård- och omsorgsplaner vid utskrivning. Samlingsnamnet för detta är X-eHealth. Det kan ses som en vidareutveckling av utbytet av patientöversikter. Avsikten är att använda den gemensamma digitala infrastrukturen, eHDSI.

13.4.1 Kraven på identifiering och autentisering

Inom nätverket för e-hälsa har det sedan länge pågått ett arbete kring e-identifiering och autentisering. Kommissionen ska stödja medlemsländerna vid utarbetande av gemensamma åtgärder för identifiering och autentisering för att underlätta överförbara uppgifter i gränsöverskridande hälso- och sjukvård enligt artikel 14.2 c i patientrörlighetsdirektivet. eIDAS-förordningen hänvisar också till betydelsen av e-identifiering i frågan om e-hälsotjänster i skäl 10.

Inom nätverket för e-hälsa har man bl.a. arbetat med en gemensam strategi för e-identifiering och för att nå en överenskommelse om en gemensam tillitsnivå för detta. Som tjänsten e-recept över landsgränser är utformad i dag gör utredningen bedömningen att det inte i egentlig mening är frågan om gränsöverskridande e-identifiering av patient eller hälso- och sjukvårdspersonal. Nätverket för e-hälsa

synes överens om att patienten i land B ska kunna visa fotolegitimation som personlig identifierare, vilken även ska kunna kopplas till patientens recept i det nationella registret.³⁹ eIDAS-förordningens krav anses inte direkt tillämplig på tjänsten e-recept, vilket stöds av hur e-hälsoavtalet är utformat. Det skulle kunna ändras om nätverket för e-hälsa beslutar om nya e-hälsotjänster eller användningsfall.⁴⁰

Enligt e-hälsoavtalet ska avtalsparterna säkerställa att patienter och hälso- och sjukvårdspersonal kan identifieras entydigt på ett sätt som antingen är,

- identifiering som inte är elektronisk,
- e-identifiering som är anmäld enligt eIDAS-förordningen (för hälsoområdet eller ett annat område), eller
- e-identifiering som inte är anmäld enligt eIDAS-förordningen.⁴¹

Enligt e-hälsoavtalet ska autentiseringen vara förenlig med dataskyddsförordningen och eIDAS-förordningen. E-hälsoavtalet hänvisar till att avtalsparterna också ska följa vad som framgår i de dokument som finns i bilagan till avtalet. Det finns en överenskommelse om tvåfaktorsautentisering när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal.⁴²

Kraven på svensk hälso- och sjukvårdspersonal är i regel tvåfaktorsautentisering. Den e-legitimation SITHS som används av många förskrivare är godkänd enligt det statliga kvalitetsmärket Svensk e-legitimation på tillsitnivå 3. På öppenvårdsapotek används också tvåfaktorsautentisering med SITHS-kort. Utan att föregripa resultatet av kommissionens kvalitetsgranskning av E-hälsomyndigheten, förefaller det finnas förutsättningar för att Sverige kan anses uppfylla nätverket för e-hälsas krav i denna fråga.

Nätverket för e-hälsa antog i juni 2021 en s.k. gemensam inställning till en strategi för e-identifiering.⁴³ I den sammanfattas pågående arbete inom nätverket för e-hälsa på följande sätt. Den digitala infrastrukturen eHDSI förutsätter för närvarande att tjänsterna används fysiskt i land B, inte digitalt, för patientöversikter och e-recept

³⁹ *eHDSI Requirements Catalogue, 02.01 Uniquely Identify the Patient.*

⁴⁰ Det framgår bl.a. av avsnittet definitioner i e-hälsoavtalet.

⁴¹ Se kapitel II, avsnitt II.1.1.2 och II.1.1.3 i e-hälsoavtalet.

⁴² eHealth Network, *Jahsen Discussion paper on eHealth-specific eID framework across-borders*, 2016, s. 11 och *eHDSI Requirements Catalogue, 01. Ensure Health Professional (HP) Identification, Authentication and Authorization.*

⁴³ eHealthNetwork, *eHAction, Joint Action supporting the eHealth Network, Common approach eID Strategy for Health in the European Union*, 2021, s. 12.

och deras användningsfall. Därför anses frågor om eIDAS-förordningen vara utanför eHDSI:s mandat, även om förordningen kan vara relevant för kommande tjänster eller nya användningsfall. Medlemsländerna är inte eniga om en tillitsnivå för autentisering och det vore krävande för flera medlemsländer att genomföra tillitsnivån hög. Sådana frågor bör nätverket för e-hälsa försöka enas om efter översynen av eIDAS-förordningen och dataskyddsförordningen. Samtidigt konstateras ett behov av ytterligare åtgärder för e-identifiering och 12 rekommendationer föreslås.⁴⁴ Det föreslås t.ex. att möjligheten till traditionell identifiering som pass och identitetskort bör finnas kvar för tjänster off-line. Vidare rekommenderas att genomföra tillitsnivå hög för e-identifieringssystem för hälso- och sjukvårdspersonal med minst en tvåfaktorsautentisering. För att uppnå tillit bör man eftersträva tillitsnivå hög enligt eIDAS-förordningen, även om det är valfritt att använda system förenliga med eIDAS. Den gemensamma inställningen kommer att utvecklas av en arbetsgrupp inom nätverket för e-hälsa, med beaktande av det nya förslaget om ändring av eIDAS-förordningen.

Kommissionen presenterade i juni 2021 ett förslag till ändringar i eIDAS-förordningen.⁴⁵ För e-identifiering föreslår kommissionen bl.a. att det ska införas en europeisk e-identitetsplånbok (European Digital Identity Wallet). Det är en produkt och en tjänst för fysiska och juridiska personer som ska låta användaren spara identitetsuppgifter och t.ex. kvalifikationer och andra attribut som är kopplade till användarens identitet. Plånböckerna föreslås för t.ex. nättjänster som tillhandahålls av myndigheter. Om dessa plånböcker skulle börja tillämpas skulle det kunna få betydelse för tjänsten e-recept över landsgränser på sikt.

13.4.2 Ett europeiskt hälsodataområde

En av kommissionens prioriteringar för åren 2019–2025 är att skapa ett europeiskt hälsodataområde. Det är ett lagstiftningsinitiativ.⁴⁶ Avsikten är bl.a. att underlätta utbyte av olika typer av uppgifter

⁴⁴ eHealthNetwork, *eHAction, Joint Action supporting the eHealth Network, Common approach eID Strategy for Health in the European Union*, 2021, s. 35 ff.

⁴⁵ Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om ändring av förordning (EU) nr 910/2014 vad gäller inrättandet av en ram för europeisk digital identitet (2021) Bryssel den 3.6.2021 COM(2021) 281 final 2021/0136 (COD).

⁴⁶ Ref. Ares(2020)7907993 23/12/2020.

inom EU för t.ex. elektroniska patientjournaler och data från patientregister. För att bidra till denna utveckling pågår en gemensam åtgärd, *Joint Action Towards the European Health Data Space*. Kommissionen avser att presentera ett förslag under 2022.

Det europeiska hälsodataområdet kan ses som en fortsättning på kommissionens meddelande *En EU-strategi för data* som antogs i februari 2020.⁴⁷ Kommissionen anger bl.a. att nätverket för e-hälsa bör utvärderas, liksom om patientrörlighetsdirektivet är tillräckligt för att ge fri rörlighet av digitala hälsotjänster och produkter. Nätverket för e-hälsas frivilliga natur och icke-bindande riktlinjer påverkar dess genomslag enligt kommissionen. Kommissionen avser att bygga vidare på eHDSI för gränsöverskridande utbyte av information t.ex. elektroniska journaler i linje med en rekommendation om ett format för e-journaler.⁴⁸

13.4.3 Nya standarder för att identifiera läkemedel

Utredningen vill också lyfta arbetet med att implementera ISO IDMP, Identification of Medicinal Products, som tillhandahåller standardiserade definitioner med syfte att kunna identifiera och beskriva humanläkemedel. Syftet är att förenkla ett tillförlitligt utbyte av läkemedelsinformation. Denna standard bidrar till att säkerställa interoperabilitet på läkemedelsområdet. Inom det europeiska läkemedelssamarbetet och Europeiska läkemedelsmyndigheten pågår arbete med att genomföra standarderna ISO IDMP, bl.a. genom projektet *Up scaling the global univocal identification of medicines (UNICOM)*. Ett pilotprojekt mellan UNICOM och eHDSI är planerat för 2023.

⁴⁷ Kommissionens meddelande till Europaparlamentet, Rådets europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt regionkommittén, Bryssel 19 februari 2020 KOM(2020) 66 final.

⁴⁸ Brussels, 6.2.2019 C(2019) 800 final Commission recommendation of 6.2.2019 on a European Electronic Health Record exchange format.

13.5 Ett nytt uppdrag om patientöversikter för utredningen e-recept inom EES

I skrivande stund planerar 16 länder att genomföra utbyte av e-recept och patientöversikter fram till och med 2023. Ytterligare två länder planerar att genomföra e-recept och sex länder förbereder planer för patientöversikter.⁴⁹ E-hälsomyndigheten har analyserat informationshanteringen vid patientöversikter över gränserna och presenterat en analys av den operationella, semantiska, tekniska och rättsliga lösningen för hur informationsöverföringen skulle se ut.⁵⁰

Patientöversikter var först avsedda för oplanerad vård, men nu pågår arbete för att de även ska kunna användas i planerad vård. E-recept och patientöversikter över landsgränser använder samma infrastruktur och har därmed många gemensamma nämnare. Det finns europeiska riktlinjer för båda tjänsterna och e-hälsoavtalet är också detsamma. I juni 2021 antogs en ny riktlinje för patientöversikter och en ny riktlinje för e-recept håller på att tas fram.

Regeringen beslutade den 20 oktober 2021 om ett tilläggsuppdrag till denna utredning (dir. 2021:91) som gäller informationsutbyte av patientöversikter inom EES. Regeringen konstaterar bl.a. att det finns flera beröringspunkter mellan gränsöverskridande e-recept och patientöversikter inom EES. Regeringen har därför utökat uppdraget till att utreda frågor som rör gränsöverskridande patientöversikter inom EES bl.a. att

- föreslå en definition av patientöversikt,
- föreslå åtgärder för en långsiktig förvaltning av patientöversikter,
- lämna förslag på de författningsändringar och andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att möjliggöra ett gränsöverskridande utbyte av patientöversikter inom EES som inkluderar information från alla vårdgivare i Sverige, och
- analysera om patientöversikten eller delar av patientöversikten ska vara obligatoriska att dokumentera och tillgängliggöra för vårdgivare vid gränsöverskridande vård, både inom EES och nationellt, och föreslå hur detta skulle kunna regleras.

I utredningens slutbetänkande kommer detta uppdrag att redovisas.

⁴⁹ E-hälsomyndighetens rapport, *Healthcare and care through distance-spanning technologies Cross-border ePrescriptions and Patient Summaries in the Nordic countries*, 2021, s. 4.

⁵⁰ E-hälsomyndighetens rapport, *Informationshantering vid utlandsvård* (S2019/01519/FS).

14 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Författningsändringarna som föreslås i detta delbetänkande kan träda i kraft tidigast den 1 maj 2023. Från ikraftträdandet kan den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument välja att börja expediera e-recept från EES när tillståndshavaren kan hämta och lämna på elektronisk väg de uppgifter som behövs vid en sådan expediering. Från och med den 1 maj 2024 bör kraven gälla för samtliga tillståndshavare. Inga övergångsbestämmelser behövs.

Det är frivilligt att delta i informationssamarbetet om e-recept. I skrivande stund deltar fyra länder och ett flertal avser att ansluta sig. Samtliga apotek i Finland är anslutna, medan Portugal verkar ha ett gradvis ikraftträdande. I Sverige är e-recept över landsgränser en prioriterad åtgärd enligt vision e-hälsa 2025 med målsättningen att genomföras senast år 2022. Sverige har aktivt deltagit i arbetet i många år. E-hälsomyndigheten har kommit långt med tekniska- och andra förberedelser. Myndigheten har som kontaktpunkt för e-hälsa granskats av kommissionen under hösten 2021.

För att det ska finnas tid för nödvändiga åtgärder inför ett ikraftträdande bör utredningens förslag till författningsändringar träda i kraft tidigast den 1 maj 2023. De myndighetsföreskrifter som utredningen föreslår med anledning av tjänsten e-recept över landsgränser bör också träda i kraft då. Det finns en fördel att ikraftträdandet sker i maj eftersom behovet av tjänsten e-recept över landsgränser kan antas vara som störst under sommaren. Det kan även finnas en fördel med att lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista ska tillämpas för alla aktörer från maj 2023.

Det är värdefullt för patienterna om samtliga öppenvårdsapotek är anslutna till tjänsten e-recept över landsgränser, eftersom de får

bättre tillgång till vård och kontinuitet i vården. Kontakten med svenska öppenvårdsapotek blir mer förutsägbar eftersom det går att vända sig till alla öppenvårdsapotek. Patienterna riskerar annars ojämlig tillgång till vård beroende på var de befinner sig i Sverige. Tjänsten e-recept över landsgränser kan antas innebära att fler patienter kommer att använda e-recept i stället för pappersrecept inom EES. Detta har fördelar både för patienten, farmaceuten och förskrivaren.

Sverige avser att delta i samarbetet som både land A och B. För att Sverige ska uppfylla ett sådant åtagande bör samtliga öppenvårdsapotek som kan omfattas av tjänsten kunna expediera e-recept från ett annat EES-land. Om det skulle vara ett frivilligt deltagande för öppenvårdsapoteken kan det vara osäkert om Sveriges åtagande i e-hälsoavtalet kan anses uppfyllt.

Eftersom e-recept över landsgränser är en ny tjänst i Sverige föreslår utredningen att öppenvårdsapoteken kan välja att delta på frivillig basis under det första året efter ikraftträdandet. För att delta frivilligt behöver tillståndshavaren kunna hämta och lämna uppgifter nödvändiga för expedieringen av ett e-recept från EES, dvs. få tillgång till det webbgränssnitt E-hälsomyndigheten kommer att tillhandahålla. Närmare förutsättningar för sådan tillgång är inte helt klara ännu, men E-hälsomyndigheten bör få veta i förväg från och med när en tillståndshavare avser att delta. Det kommer även vara viktigt för patienterna att känna till vilka öppenvårdsapotek som är anslutna till tjänsten. Den 1 maj 2024 ska bestämmelserna om expediering av e-recept från EES gälla samtliga tillståndshavare.

Bestämmelsen ger de öppenvårdsapotek som vill möjlighet att direkt ansluta sig till tjänsten e-recept över landsgränser, medan andra kan få mer tid att sätta sig in i tjänsten. Även om de tekniska anpassningarna inte bör vara så omfattande, kan det ändå finnas en fördel med ett gradvist ikraftträdande som initialt baseras på frivillighet. För de öppenvårdsapotek som väljer att delta frivilligt kommer de krav som gäller vid expediering av e-recept från EES i lagen om handel med läkemedel gälla från och med den dag de väljer att delta. En förutsättning för detta är att öppenvårdsapoteken då kan ta emot och lämna uppgifter på elektronisk väg vid expediering av e-recept från EES till E-hälsomyndigheten.

15 Konsekvenser

15.1 Krav på konsekvensutredning och konsekvensanalys

I kommittéförordningen (1998:1474) anges det vilka krav som ställs på utredningar i fråga om konsekvensutredningar. Av 14 § kommittéförordningen framgår följande. Om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén föreslå en finansiering. I 15 § kommittéförordningen anges att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen också ska anges om förslagen i ett betänkande har betydelse för denna. Detsamma gäller enligt bestämmelsen när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. I 15 a § kommittéförordningen anges att förslagens kostnadsmissiga och andra konsekvenser ska anges i betänkandet om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler. Av 15 a § kommittéförordningen framgår även att konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Enligt 6 § förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning ska en konsekvensutredning innehålla följande.

1. En beskrivning av problemet och vad man vill uppnå.
2. En beskrivning av vilka alternativa lösningar som finns för det man vill uppnå och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd.
3. Uppgifter om vilka som berörs av regleringen.
4. Uppgifter om de bemyndiganden som myndighetens beslutande-rätt grundar sig på.
5. Uppgifter om vilka kostnadsmissiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen.
6. En bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU.
7. En bedömning av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser.

Kan de nya eller ändrade reglerna få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt ska konsekvensutredningen, utöver vad som redan nämnts och i den omfattning som är möjlig enligt 7 §, innehålla en beskrivning av följande information.

1. Antalet företag som berörs, vilka branscher företagen är verksamma i samt storleken på företagen.
2. Vilken tidsåtgång regleringen kan föra med sig för företagen och vad regleringen innebär för företagens administrativa kostnader.
3. Vilka andra kostnader den föreslagna regleringen medför för företagen och vilka förändringar i verksamheten som företagen kan behöva vidta till följd av den föreslagna regleringen.
4. I vilken utsträckning regleringen kan komma att påverka konkurrensförhållandena för företagen.
5. Hur regleringen i andra avseenden kan komma att påverka företagen.
6. Om särskilda hänsyn behöver tas till små företag vid reglernas utformning.

Enligt 16 § kommittéförordningen anger regeringen närmare i utredningsuppdraget vilka konsekvensbeskrivningar som ska finnas i ett betänkande. I utredningens direktiv anges att i frågor som rör personuppgiftsbehandling ska det, i samband med att förslag läggs fram, särskilt redogöras för hur hänsyn tagits till behovet av informations-säkerhet, rättssäkerhet och skydd för den personliga integriteten. Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet kopplade till sekretess och tystnadsplikt ska följas av analyser av mindre integritetskränkande alternativ samt förslag på särskilda integritetsskyddande åtgärder. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverar förslagen särskilt redovisas.

15.2 Övergripande om förslagen

15.2.1 Problembeskrivning och syfte

Det övergripande syftet med utredningens förslag är en patientsäker och effektiv reglering för att såväl i Sverige utfärdade e-recept ska kunna expedieras i andra EES-länder som att e-recept som utfärdas i andra EES-länder ska kunna expedieras i Sverige. En sådan möjlighet bidrar bl.a. till kontinuitet i gränsöverskridande vård och en bättre överblick över patientens läkemedelsbehandling. Det krävs ett informationsutbyte mellan länderna för att göra sådana expedieringar möjliga. Informationsutbytet baseras på det frivilliga samarbetet i nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet.¹

15.2.2 Alternativa lösningar

Den situation som utredningens förslag och dess konsekvenser ställs emot är att Sverige inte fullföljer sin avsikt att delta i nätverket för e-hälsas informationsutbyte om e-recept över landsgränser. Det skulle innebära att avsikten inom vision e-hälsa 2025 att Sverige ska delta i samarbetet om e-recept inte infrias. Det innebär vidare att nuvarande ordning fortsätter gälla, dvs. att de enda recept som kan expedieras

¹ Konsekvenserna av patientrörlighetsdirektivet analyserades bl.a. samband arbetet med patientrörlighetsdirektivet i prop. 2012/13:150 och 2015/16:139.

över landsgränser är pappersrecept. Pappersrecept är inte lika säkra, vad gäller t.ex. risk för manipulation av receptet. Patienten, farmaceuten och även förskrivaren kan få bättre möjligheter till uppföljning och överblick av läkemedelsbehandlingen genom utredningens förslag, jämfört med nuvarande ordning. Förslagen medför också att patienten inte behöver ta med pappersrecept för att använda i EES, vilket spar tid för såväl patient som för förskrivare och öppenvårdsapotek.

Samarbetet om e-recept baseras på frivillighet. Fyra av EU:s medlemsländer deltar i dag i informationsutbytet om e-recept och fler avser att delta. Under år 2022 planerar ytterligare 16 medlemsländer att delta. Hur samarbetet utvecklas och hur många medlemsländer som kommer att delta och när, får betydelse för konsekvenserna av utredningens förslag. Uppskattningar redovisas av vilka kostnader som förslagen skulle innebära för olika aktörer när det är möjligt. I annat fall görs en kvalitativ bedömning.

15.2.3 Sammanfattning av förslagen

Utredningen föreslår en rättslig grund för E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling. Ändringar i *lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista* föreslås för att E-hälsomyndighetens personuppgiftsbehandling ska vara tillåten när e-recept utfärdade i Sverige expedieras i ett annat EES-land. En patient från Sverige ska lämna ett integritetshöjande samtycke för att kunna hämta ut läkemedel utomlands. Utredningen föreslår även bl.a. att uppgifter om förskrivare, expedierande farmaceut och apotek i annat EES-land ska få registreras i den nationella läkemedelslistan.

Utredningen föreslår en ny lag om *E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES)* för att myndighetens personuppgiftsbehandling ska vara tillåten när ett e-recept utfärdat i ett annat EES-land expedieras i Sverige. Förslaget innehåller bl.a. ändamål för behandlingen av personuppgifter och en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till öppenvårdsapotek, utländsk kontaktpunkt för e-hälsa, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Regeringen föreslås få meddela föreskrifter i *förordningen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES)* om vilka uppgifter E-hälsomyndigheten ska lämna till Läkemedelsverket för myndighetens tillsyn.

Utredningen föreslår ändringar i *apoteksdatalagen* (2009:367) för personuppgiftsbehandlingen på öppenvårdsapotek vid expediering av e-recept från EES, t.ex. ett utökat ändamål som avser expediering av e-recept från EES.

Utredningen gör bedömningen att inga ändringar krävs för övriga aktörers personuppgiftsbehandling.

E-hälsomyndighetens uppdrag som nationell kontaktpunkt för e-hälsa enligt patientrörlighetsdirektivet föreslås anges i *förordningen* (2013:1031) med *instruktion för E-hälsomyndigheten*, i stället för i myndighetens regleringsbrev som det gör i dag. Det föreslås också att E-hälsomyndigheten får ett uppdrag att tillhandahålla tjänster och infrastruktur för informationsutbytet.

Utredningen föreslår ett nytt ändamål som ersätter de ändamål i *förordningen* (2006:196) om register för hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-förordningen) som gäller behandling av personuppgifter för utlämnande av uppgifter till E-hälsomyndigheten. Det nya ändamålet innebär att E-hälsomyndigheten ska kunna få de uppgifter som behövs för myndighetens kontroll av hälso- och sjukvårdspersonals identitet och behörighet i enlighet med författning eller regeringsuppdrag. Det skulle även komma att omfatta E-hälsomyndighetens behov av personuppgifter för informationsutbytet av e-recept över landsgränser.

Vidare föreslår utredningen sekretessbrytande bestämmelser i *offentlighets- och sekretesslagen* (2009:400) så att uppgift enligt lagen om nationell läkemedelslista ska kunna lämnas ut till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa och att uppgifter som behandlas med stöd av den nya lagen ska kunna lämnas ut till de svenska öppenvårdsapoteken och till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa.

I *lagen* (2009:366) om handel med läkemedel föreslår utredningen ändringar bl.a. en definition av ett e-recept som har utfärdats i ett annat land i EES (e-recept från EES) och att öppenvårdsapoteken ska tillhandahålla det läkemedel som förskrivits, eller ett läkemedel som motsvarar detta, så snart det kan ske vid en expediering av ett e-recept från EES. Det föreslås även ett krav på öppenvårdsapoteken att de ska kunna ta emot och lämna uppgifter på elektronisk väg till E-hälsomyndigheten vid expediering av ett e-recept från EES. Myndigheten föreslås få meddela föreskrifter avseende detta krav. Regeringen föreslås få meddela föreskrifter i *förordningen* (2009:659) om handel med läkemedel och ange vilka uppgifter öppenvårdsapoteken

ska lämna till E-hälsomyndigheten vid expediering av e-recept från EES.

Utredningen föreslår även *ändringar i läkemedelslagen (2015:315) och läkemedelsförordningen (2015:458)* som innebär att e-recept för godkända humanläkemedel utfärdade i Sverige får förmedlas för utlämnande av läkemedel i ett annat EES-land. Utredningen föreslår att Läkemedelsverket ska kunna meddela föreskrifter om undantag från ett sådant överförande för e-recept avseende vissa typer av läkemedel som inte får föras över för expediering i ett annat EES-land och att det, för e-recept avseende vissa typer av läkemedel, vid överföring till ett annat EES-land anges att endast det förskrivna läkemedlet lämnas ut om byte av läkemedel vore olämpligt.

15.2.4 Särskilt om vissa bemyndiganden

Utredningen föreslår nya normgivningsbemyndiganden. Det föreslås i den nya *lagen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES)* att regeringen ska få meddela föreskrifter om vilka uppgifter E-hälsomyndigheten ska lämna för Läkemedelsverkets tillsyn.

Det föreslås i *lagen om handel med läkemedel* att regeringen ska få meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska ingå i öppenvårdsapotekens uppgiftsskyldighet till E-hälsomyndigheten.

Vidare föreslås att det befintliga bemyndigandet att precisera tidpunkten för tillhandahållandeskyldigheten i *förordningen om handel med läkemedel* även bör avse e-recept från EES. E-hälsomyndigheten föreslås också få ett bemyndigande att meddela föreskrifter om krav på hur tillståndshavaren för öppenvårdsapotek ska kunna ta emot och lämna uppgifter vid expedieringen till E-hälsomyndigheten.

Utredningen föreslår ett nytt bemyndigande i *läkemedelslagen* om undantag för e-recept avseende vissa typer av läkemedel som inte får överföras för utlämnande av läkemedel i annat EES-land om det är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl. Sådana föreskrifter föreslås också få meddelas om undantag som avser att det för e-recept avseende vissa typer av läkemedel anges att endast det förskrivna läkemedlet får lämnas ut på apotek, om det kan antas vara olämpligt att utbyte sker med hänsyn till läkemedlets egenskaper.

I *läkemedelsförordningen* föreslås Läkemedelsverket få meddela sådana föreskrifter.

Läkemedelsverket föreslås även med stöd av befintliga bemyndiganden meddela föreskrifter om förutsättningarna vid expediering av e-recept från EES. Det innebär att Läkemedelsverket kan meddela föreskrifter om bl.a. förutsättningarna för expediering av e-recept från EES i enlighet med nätverket för e-hälsas krav.

15.3 Överensstämmelse med EU-rätten

Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med EU-rätten. Samarbetet om informationsutbyte om e-recept över landsgränser inom nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet baseras på frivillighet. Bedömningar av förslagens överensstämmelse med EU-rätten har gjorts i de delar av delbetänkandet där det har bedömts relevant. Dataskyddsförordningens bestämmelser har beaktats i samband med frågor om personuppgiftsbehandling (se kapitel 7–11). Bedömningarna om ersättning har ansetts som förenliga med EU-rätten (se avsnitt 6.3.2). Samarbetet baseras på patientrörlighetsdirektivet, främst artikel 11 och 14, men skulle kunna ses som ett avtal enligt artikel 10. Patientrörlighetsdirektivet anses genomfört i Sverige, så detta bör ses som ett frivilligt åtagande. Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med bestämmelserna artikel 11, 10 och 14 i patientrörlighetsdirektivet, samt genomförandedirektivet 2012/52/EU och de krav som antagits av nätverket för e-hälsa (se vidare kapitel 12 och 13). Nätverket för e-hälsas krav är inte genomförda i svensk rätt tidigare. Utredningen föreslår att de krav som behövs för ett deltagande i tjänsten genomförs i svensk författning.

Enligt Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2015/1535 av den 9 september 2015 om ett informationsförfarande beträffande tekniska föreskrifter och beträffande föreskrifter för informations-samhällets tjänster (direktiv 2015/1535/EU) är medlemsländerna skyldiga att anmäla tekniska standarder och föreskrifter för informationssamhällets tjänster. Med informationssamhällets tjänster avses tjänster som vanligtvis utförs mot ersättning på distans, på elektronisk väg och på individuell begäran av en tjänstemottagare (artikel 1). Även om utredningen använder begreppet ”tjänsten e-recept över

landsgränser” bör den inte anses som en tjänst som utförs mot ersättning på begäran av en tjänstemottagare. Den aktuella tjänsten avser främst informationsöverföringen som gör det möjligt att expediera ett e-recept i ett annat EES-land. Informationsöverföringen går mellan kontaktpunkterna för e-hälsa och nationella register, samt öppenvårdsapotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Tjänsten utförs inte mot ersättning.

Vissa av utredningens förslag gäller krav på öppenvårdsapoteken som får detaljhandla med läkemedel till konsument. Av kommissionens handledning för informationsförfarandet framgår förenklat att det ska vara fråga om att fastställa krav på egenskaper för produkter, men det kan även avse t.ex. förbud för försäljning eller åldersgränser.² Kraven på öppenvårdsapoteken anses inte utgöra några sådana krav enligt utredningens bedömning.

Utredningen gör bedömningen att förslagen inte behöver anmälas till kommissionen enligt direktiv 2015/1535/EU. Utredningen föreslår att Läkemedelsverket bör meddela föreskrifter för expediering av e-recept från EES. Om sådana föreskrifter behöver anmälas bör bedömas i myndighetens föreskriftsarbete. På motsvarande sätt bör det under föreskriftsarbetet bedömas om föreskrifter behöver anmälas som avser e-recept för vissa typer av läkemedel som inte bör överföras för expediering till annat EES-land av främst patientsäkerhetsskäl, samt föreskrifter om att det för e-recept för vissa typer av läkemedel bör anges att endast det förskrivna läkemedlet bör lämnas ut om byte anses olämpligt.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (tjänstedirektivet) ställer krav på anmälan av förslag till ändringar i författning i vissa fall. Av skäl 76 till tjänstedirektivet framgår att det inte omfattar verksamheter som avser den fria rörligheten för varor. Det betyder, enligt kommissionens handbok om genomförandet av tjänstedirektivet, att direktivet inte gäller för krav som måste bedömas enligt fördragets bestämmelser om den fria rörligheten för varor och som inte påverkar möjligheten att utöva en tjänsteverksamhet.³ För att en prestation ska kvalificeras som en tjänst krävs att den inte

² Europeiska kommissionen, *Handledning för ett informationsförfarande beträffande tekniska standarder och föreskrifter och beträffande föreskrifter för informationssambällets tjänster* (2005), s. 18.

³ Europeiska kommissionen, *Handbok om Genomförandet av Tjänstedirektivet*, Luxemburg: Byrån för Europeiska gemenskapernas officiella publikationer, 2007, s. 13.

omfattas av någon av de andra friheterna och att ekonomisk ersättning utgår som motprestation (artikel 1.4).

Utredningens förslag innebär vissa bestämmelser som rör detaljhandel med läkemedel till konsument som utgör krav på tillståndshavaren för ett öppenvårdsapotek. Utredningen föreslår att tillståndshavaren ska tillhandahålla ett förskrivet läkemedel eller ett läkemedel som motsvarar detta så snart det kan ske. I de fall ett läkemedel inte direkt kan tillhandahållas ska konsumenten informeras om på vilket eller vilka öppenvårdsapotek läkemedlet finns tillgängligt. Liknande regler finns redan vid expediering av recept avsedda för människa i dag.

Regeringen har tidigare angett att en reglering av försäljning av läkemedel i första hand rör den fria rörligheten för varor och att i den bemärkelse som tjänster även kan komma i fråga så är detta underordnat, men det konstaterades samtidigt att det är ytterst en fråga för EU-domstolen.⁴ När informationsskyldigheten i 2 kap. 6 § 3 lagen om handel med läkemedel infördes ansåg regeringen, att för det fall det ändå ansågs vara fråga om en reglering av en tjänst, ansågs undantaget för vissa tjänster i artikel 2.2 f i tjänstedirektivet kunna vara tillämpligt i sådana fall.⁵ Av skälen till tjänstedirektivet (skäl 22) framgår att detta undantag bör omfatta bl.a. läkemedelstjänster som utförs av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården för att bedöma, bibehålla eller återställa patienters hälsotillstånd, där dessa verksamheter är förbehållna ett reglerat vårdyrke i det medlemsland där tjänsterna tillhandahålls. Medlemslandets lagstiftning är vägledande för vad som är ett reglerat vårdyrke. Bestämmelsen i 2 § 5 i lagen (2009:1079) om tjänster på den inre marknaden (tjänstelagen) har liknande lydelse.

I 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att apotekare och receptarie, alltså farmaceut, är vårdyrken som är reglerade i Sverige. Verksamheten vid öppenvårdsapotek ska ske under översyn av personer med reglerade vårdyrken. En reglering som avser läkemedelstjänster som utförs av dessa yrkesgrupper har ansetts falla utanför tjänstedirektivets tillämpningsområde.⁶ Vidare anses enligt 1 kap. 4 § samma lag apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läke-

⁴ Prop. 2013/14:93 s.177.

⁵ Se t.ex. prop. 2017/18:157 s. 111, SOU 2017:15 s. 749, prop. 2013/14:93 s. 176 f. och prop. 2008/09:145 s. 398.

⁶ Prop. 2008/09:145 s. 398.

medel eller lämnar råd och upplysningar vara hälso- och sjukvårdspersonal.

När tillhandahållandeskyldigheten ändrades till att öppenvårdsapoteken skulle beställa läkemedel senast kl. 16.00 och att partihandlarna skulle leverera i enlighet med detta, verkar kravet på partihandlarna ansetts behöva anmälas enligt tjänstedirektivet, men inte kraven på öppenvårdsapoteken.⁷ Utredningen gör bedömningen att den ändring i tillhandahållandeskyldigheten som föreslås i delbetänkandet inte behöver anmälas enligt tjänstedirektivet, eftersom den inte i sig bör anses som en sådan tjänst som avses i tjänstedirektivet bl.a. eftersom ingen ersättning utgår för detta krav. Vidare utförs skyldigheten av personer med reglerade yrken eller under översyn av sådana personer.

Utredningen bedömer vidare att förslagen är förenliga med bestämmelserna om fri rörlighet i EUF-fördraget. Utredningen har i samtliga fall gjort bedömningen att förslagen är proportionerliga och motiverade, samt nödvändiga av allmänintresset patientsäkerhet.

15.4 Konsekvenser för den personliga integriteten och för barns rättigheter

Utredningen ska särskilt redovisa förslagens konsekvenser för den personliga integriteten. Vissa av utredningens förslag får konsekvenser för den personliga integriteten. Förslagen om personuppgiftsbehandling i kapitlen 7–10 medför behandling av känsliga personuppgifter. De konsekvenser förslagen får för den personliga integriteten har redovisats och bedömts i kapitel 11. Utredningen har i samtliga fall gjort bedömningen att förslagen är proportionerliga och motiverade samt att skyddet av personuppgifter tillgodoses genom de skyddsåtgärder som föreslås.

Bedömningen i avsnitt 7.7.3 om förutsättningarna för att barn kan vara patienter i tjänsten e-recept över landsgränser har gjorts utifrån principen om barnets bästa. Som utredningen föreslår behöver bl.a. barnets integritet kunna säkerställas av den personuppgiftsansvarige innan barn kan omfattas av tjänsten e-recept över landsgränser.

⁷ Prop. 2017/18:157 s. 114.

15.5 Berörda aktörer

De aktörer som utredningen bedömer i första hand berörs av införandet av tjänsten e-recept över landsgränser är ett antal statliga myndigheter, offentligt finansierade och privata vårdgivare, regioner, kommuner, förskrivare, öppenvårdsapotek och patienter.

15.6 Påverkan på statliga myndigheter

15.6.1 E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten är utsedd till nationell kontaktpunkt för e-hälsa. Myndigheten har också ett uppdrag avseende e-recept över landsgränser och deltar aktivt i nätverket för e-hälsas samarbete. I E-hälsomyndighetens uppdrag ingår att

- medverka i utvecklingen av det tekniska och innehållsmässiga ramverket för e-recept över landsgränser,
- ansvara för utvecklingen av den programvara som krävs för informationsöverföringen via de utländska kontaktpunkterna för e-hälsa i övriga EES-länder som deltar,
- ansvara för utvecklingen av den programvara som krävs för att vidareförmedla information mellan de svenska öppenvårdsapoteken och via de nationella kontaktpunkterna för e-hälsa till registerhållarna i övriga deltagande EES-länder,
- återrapporteratill den utländska kontaktpunkten för e-hälsa avseende expedierat läkemedel,
- utveckla en funktionalitet för hanteringen av det integritetshöjande samtycke patienten föreslås lämna,
- drifva och vidareutveckla dessa system, samt
- tillhandahålla uppgifter till de svenska myndigheter med tillsyns- eller statistikansvar avseende läkemedelshanteringen för e-recept över landsgränser.

Underlaget för nedanstående redovisning av de ekonomiska konsekvenserna för E-hälsomyndigheten av tjänsten e-recept över landsgränser har tagits fram av myndigheten själv.

Utgifter och kostnader

I tabellen nedan redovisas E-hälsomyndighetens faktiska, prognosticerade och uppskattade utgifter, respektive kostnader, för perioden 2017–2025. Utgifter och kostnader skiljer sig åt då den del av utgifterna som avser investeringar aktiveras över flera år, dvs. utgifterna sprids.

Figur 15.1 E-hälsomyndighetens beräknade kostnader

E-recept inom EES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
	Utfall				Prog.	Budgetunderlag				
Personalkostnader	7,3	5,4	11,3	9,6	8,5	9,3	9,2	7,9	-	68,5
Resor och logi mm	0,2	0,3	0,5	0,1	0,0	-	-	-	-	1,0
Övriga kostnader	4,0	4,1	7,3	7,1	6,8	8,5	8,4	7,5	-	53,7
Utgifter	11,5	9,7	19,2	16,7	15,3	17,8	17,6	15,4	-	123,2
Aktiveringar (personal)	-7,3	-2,3	-9,6	-1,2	-	-	-	-	-	-20,5
Avskrivningar	-	-	-	-	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	20,5
Kostnader	4,2	7,4	9,6	15,5	19,4	21,9	21,7	19,5	4,1	123,2

Källa: Uppgifter från E-hälsomyndigheten.

Fram till och med år 2020 hade E-hälsomyndigheten utgifter för projektet e-recept över landsgränser på 57,1 miljoner kronor. För perioden t.o.m. 2024 uppskattas utgifterna till 66,1 miljoner kronor och myndigheten har äskat medel utifrån detta. En viss osäkerhet finns i uppskattningen bl.a. eftersom det ännu inte är helt klart hur patientens samtycke ska hanteras i tjänsten. Vidare kan en funktion komma att utvecklas för att göra det möjligt t.ex. att använda fullmakter i tjänsten. Utgifterna kan också påverkas om nätverket för e-hälsa fattar beslut om tjänstens utformning som påverkar utvecklingskostnaderna. Som tjänsten e-recept över landsgränser är utformad nu avser den användningsfallet att en patient från land A får ett e-recept utfärdat i land A expedierat på ett apotek eller motsvarande i annat EES-land, land B. Eventuella kostnader för andra användningsfall går inte att uppskatta i dag.

E-hälsomyndigheten bedömer att framtida kostnader för drift, och eventuell mindre vidareutveckling av tjänsten e-recept över landsgränser som den är utformad nu kommer att uppgå till cirka 20–22 miljoner kronor per år.

Uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten föreslås få en uppgiftsskyldighet till Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, expedierande personal på öppenvårdsapotek och utländsk kontaktpunkt för e-hälsa. För Läkemedelsverket och Socialstyrelsen liknar uppgiftsskyldigheten i viss del nuvarande bestämmelser för de recept som expedieras i dag. De närmare förutsättningarna för hur sådana uppgifter kan lämnas kan behöva analyseras vidare av de berörda myndigheterna. Uppgiftsskyldigheten till expedierande personal på öppenvårdsapotek innebär att uppgifterna kommer att lämnas och tas emot på ett annat sätt än vad som görs i dag. Initialt genom ett webbgränssnitt som E-hälsomyndigheten utvecklar. Uppgiftsskyldigheten till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa följer kraven i nätverket för e-hälsa. Kostnaderna för E-hälsomyndigheten till följd av den utökade uppgiftsskyldigheten kommer att bero på om ändringar behöver göras och i vilken omfattning som myndigheter kommer att använda denna data. E-hälsomyndigheten har redan en liknande uppgiftsskyldighet till myndigheterna och någon större merkostnad förväntas inte.

Finansiering

I tabellen nedan redovisas hur tjänsten e-recept över landsgränser hittills finansierats och beräknas finansieras de närmaste åren.

Figur 15.2 Finansiering av E-hälsomyndighetens roll

ePCB - mnkr	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
	Utfall				Prog.	Budgetunderlag				
Bidrag	7,4	7,0	14,3	10,5	10,0	17,8	17,6	15,4	-	100,0
CEF	3,3	1,6	2,6	-	-	-	-	-	-	7,5
Anslag	0,8	1,1	1,9	5,4	4,8	-	-	-	-	14,1
Nordiska ministerrådet	-	-	0,4	0,8	0,5	-	-	-	-	1,7
Utgifter	11,5	9,7	19,2	16,7	15,3	17,8	17,6	15,4	-	123,2
Aktiveringar Bidrag	-4,4	-1,5	-7,3	-1,2	-	-	-	-	-	-14,3
Aktiveringar CEF (EU)	-3,0	-0,8	-2,4	-	-	-	-	-	-	-6,2
Avskrivningar Bidrag	-	-	-	-	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	14,3
Avskrivningar CEF (EU)	-	-	-	-	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	6,2
Kostnader	4,2	7,4	9,6	15,5	19,4	4,1	4,1	4,1	4,1	123,2

Källa: Uppgifter från E-hälsomyndigheten.

Huvuddelen av utgifterna för tjänsten har hittills finansierats genom särskilda medel som tilldelats E-hälsomyndigheten för utveckling och införande. 7,5 miljoner kronor har finansierats med EU-medel genom the Connecting Europe Facility och 1,7 miljoner kronor genom Nordiska Ministerrådet. 14,1 miljoner kronor, har finansierats inom ramen för E-hälsomyndighetens ordinarie anslag. För de kommande tre åren behöver E-hälsomyndigheten fortsatt särskilt bidrag eller anslag för att finansiera tjänsten.

E-hälsomyndigheten tar i dag ut en avgift från öppenvårdsapoteken per receptrad för att täcka kostnaderna för den nationella läkemedelslistan. Utredningen föreslår att e-recept från EES i huvudsak inte ska registreras där. Under år 2019 expedierades cirka 21 000 pappersrecept från EES. Om man jämför nivån med avgiften för recepttrader för recept som ska registreras i den nationella läkemedelslistan skulle motsvarande volym e-recept med en avgift på 2,70 kronor per receptrad och en receptrad per recept, generera en intäkt på cirka 57 000 kronor. Även med en ökande volym skulle uttagna avgifter endast täcka en liten del av kostnaderna. Att ta ut en särskild avgift för e-recept över landsgränser skulle sannolikt kräva utveckling av funktionalitet för detta och skulle sannolikt inte vara ekonomiskt försvarbart bl.a. med hänsyn till den begränsade volymen.

Utredningen föreslår att E-hälsomyndighetens kostnader finansieras genom myndighetens anslag. Hittills har särskilda bidrag varit den största delen av finansieringen. Kostnaderna för uppdraget har varit större än de bidrag som erhållits.

Utredningen anser att det bör beaktas att infrastrukturen för tjänsten e-recept över landsgränser kan komma att användas även för annan informationsöverföring av hälsodata framöver, t.ex. patientöversikter. Utredningen vill i detta sammanhang även lyfta fram Ekonomistyrningsverkets (ESV) slutsatser i rapporten om den förvaltningsgemensamma digitala infrastrukturen. ESV föreslår att för samhällsinvesteringar bör huvudregeln, dvs. anslagsfinansiering, tillämpas i första hand.⁸ ESV anger att merparten av de förvaltningsgemensamma tjänsterna i dag klassificeras som verksamhetsinvesteringar, men konstaterar att tjänsterna i flera fall skulle kunna klassificeras som samhällsinvesteringar. Att behandla dem som samhällsinvesteringar skulle kunna eliminera ett hinder för ökad digita-

⁸ Ekonomistyrningsverkets rapport, *Styrning och finansiering av förvaltningsgemensam digital infrastruktur*, diarienummer 2019-01327, 2020, avsnitt 6.

lisering i samhället anser ESV. Genom att se förvaltningens digitala investeringar i ett vidare perspektiv, kan riksdagen och regeringen även utöva en mer strategisk styrning anger ESV. Utredningen menar att liknande överväganden gör sig gällande här.

15.6.2 Läkemedelsverket

I Läkemedelsverkets uppdrag ingår bl.a. tillsyn över öppenvårdsapotek. Läkemedelsverket ska, utifrån en riskbedömning på lämpligt sätt, kontrollera att öppenvårdsapoteken uppfyller krav i lagar och föreskrifter, däribland kraven i lagen om handel med läkemedel på överföring av och tillgång till uppgifter hos E-hälsomyndigheten samt kraven på hur expediering av recept ska gå till enligt receptföreskrifterna. För denna del av tillsynen har Läkemedelsverket rätt att få dels uppgifter från E-hälsomyndigheten om öppenvårdsapotekens inrapporterade expedieringar, dels öppenvårdsapotekens verifikationer över läkemedel som lämnas ut mot recept eller rekvisition.

Även om verifikationer avseende ett recept utfärdat i annat EES-land ska bevaras i fem år enligt 10 kap. 1 § receptföreskrifterna, samma som för expedieringar av svenska recept, är Läkemedelsverkets möjligheter att i praktiken utöva tillsyn över sådana expedieringar i dag begränsad, främst genom att det inte finns något krav på öppenvårdsapotek att behålla recept eller kopia på recept från andra EES-länder vid expediering. Läkemedelsverket får inte tillgång till uppgifter på elektronisk väg om receptunderlaget i dag, annat än genom apotekens verifikationer. För att Läkemedelsverket ska kunna utöva tillsyn krävs att uppgifter om expedierade EES-recept förs över, i strukturerad, elektronisk form från E-hälsomyndigheten.

Vid införande av tjänsten e-recept över landsgränser föreslår utredningen att öppenvårdsapoteken får en skyldighet att rapportera uppgifter vid expediering av e-recept utfärdade i annat EES-land till E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten ska lämna uppgifter till bl.a. Läkemedelsverket för tillsyn. Uppgifterna föreslås omfatta information om sådana e-recept och om expedieringen.

Läkemedelsverket bedömer att detta i praktiken kommer att utöka myndighetens tillsynsansvar. Myndigheten bedömer att arbetet med att ta fram arbetssätt för hur denna tillsyn ska bedrivas rymms inom ramen för ordinarie tillsynsarbete. Därefter krävs permanenta

resurser för den löpande tillsynen. När det gäller den löpande uppföljningen kommer resursinsatserna att bero på volymen e-recept utfärdade i annat EES-land som expedieras i Sverige och hur Läke-medelsverkets tillgång till information om dem utformas.

Vidare föreslås att Läke-medelsverket får meddela föreskrifter avseende bl.a. expediering av e-recept från ett annat EES-land vid öppenvårdsapotek, vilka recept som inte bör expedieras i ett annat EES-land och vilka läkemedel som inte bör bli föremål för byte i annat EES-land. Läke-medelsverket uppskattar resursåtgången för regleringsprojektet med föreskriftsarbete, bedömning av förutsättningarna för ikraftträdande, information till förskrivare och apotek m.m. till cirka 30 mannamånader.

Läke-medelsverket finansieras till stora delar av års- och ansökningsavgifter och till vissa delar av anslag. Läke-medelsverkets arbete med anledning av e-recept över landsgränser kan anses som upp-gifter som faller inom myndighetens verksamhetsområde och som får hanteras inom myndighetens budgetramar.

15.6.3 Försäkringskassan

Ersättningsprocessen

Försäkringskassan hanterar ersättningskrav för vård erhållen i andra EES-länder enligt patientrörlighetsdirektivet och förordningen 883/2004. Antalet ärenden som avser patienter som hämtat läke-medel på apotek eller motsvarande i annat EES-land utgör en mycket liten del av den totala andelen ersättningsärenden för utlandsvård som Försäkringskassan hanterar.

Hur antalet ersättningsärenden avseende läkemedel kommer att utvecklas framöver beror på hur volymen e-recept uthämtade i andra EES-länder utvecklas. Det är mycket svårt att uppskatta vad det innebär för Försäkringskassans arbete. En viss ökning av antal e-recept som hämtas ut i annat EES-land kan antas, vilket kan leda till ett ökat antal ansökningar om ersättning hos Försäkringskassan. En sådan ökning bör kunna hanteras inom myndighetens budgetram.

Information

Försäkringskassan, som också är kontaktpunkt enligt patientrörlighetsdirektivet, har i dag information på sin hemsida om individers rätt att få vård i andra EES-länder, t.ex. under vilka villkor det kan ske och formerna för detta. Myndigheten kommer att uppdatera informationen med förutsättningarna för tjänsten e-recept över landsgränser.

15.6.4 Socialstyrelsen

Med införandet av tjänsten e-recept över landsgränser kan Socialstyrelsen få tillgång till uppgifter även om e-recept från EES expedierade i Sverige. Uppgifterna kommer att kunna användas för epidemiologiska studier, statistik m.m. vilket eventuellt skulle kunna leda till något ökade kostnader för myndigheten. Hur mycket beror främst på Socialstyrelsens behov av att använda uppgifterna. Som kontaktpunkt enligt patientrörlighetsdirektivet kommer Socialstyrelsen, tillsammans med E-hälsomyndigheten, också ansvara för att informera EES-medborgare som söker vård i Sverige. Sammantaget kan förslagen inte förväntas medföra någon väsentligt ökad arbetsbelastning, utan bör kunna hanteras inom myndighetens befintliga budgetramar.

15.6.5 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Enligt utredningens bedömning kommer läkemedel expedierade genom tjänsten e-recept över landsgränser inte att omfattas av lag om läkemedelsförmåner m.m. se avsnitt 6.3.1. Det innebär att det tillsynsansvar som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har över apoteken, bl.a. när det gäller utbytbarhet, periodens vara, förmånsbegränsning, 90-dagars- och 2/3-delsreglerna, m.m. inte är aktuellt när det gäller e-recept från EES som expedieras i Sverige.

15.7 Övriga aktörer

15.7.1 Öppenvårdsapoteken

Samtliga öppenvårdsapotek i Sverige berörs av utredningens förslag, förutom öppenvårdsapotek där patienten inte fysiskt kan identifiera sig med fotolegitimation och hämta ut läkemedel på apoteket mot bakgrund av hur tjänsten e-recept över landsgränser är utformad i dag.

I Sverige finns både öppenvårdsapotek som ingår i apotekskedjor och öppenvårdsapotek som drivs av enskilda aktörer. Det finns för närvarande 1 451 öppenvårdsapotek i Sverige. Av dessa tillhör 1 346 de fem största apoteksaktörerna, medan 105 öppenvårdsapotek är fördelade på 86 tillståndshavare.⁹

Öppenvårdsapotekens kostnader kommer bl.a. att påverkas av den nya tjänsten e-recept över landsgränser genom den utbildning som den expedierande personalen bör genomgå för att expediera e-recept från EES, förändringen i den tid det tar att expediera sådana e-recept, kravet att kunna överföra information vid sådan expediering på elektronisk väg till E-hälsomyndigheten, uppdatering och implementering av instruktioner för verksamheten och eventuell anpassning av expedieringssystem. Med det webbgränssnitt som E-hälsomyndigheten tar fram är avsikten att minska behovet av anpassning så mycket som möjligt.

Utbildning och annat kvalitetsarbete

Som påpekats ovan är volymen expedierade pappersrecept från andra EES-länder mycket liten i förhållande till antalet expedierade svenska e-recept, cirka 21 000 jämfört med cirka 90 miljoner. I varje fall initialt kommer utländska e-recept därför att hanteras i ett separat webbgränssnitt som E-hälsomyndigheten tar fram. Användningen av det senare kommer att kräva viss utbildning av apotekens farmaceuter. Sveriges Apoteksförening uppskattar tidsåtgången för denna utbildning från en halv till en timme, antaget att den görs on-line.

En medianlön för en farmaceut kan uppskattas till cirka 300 kronor per timme inklusive sociala avgifter. Totalt för Sveriges cirka 6 000 farmaceuter innebär detta, antaget den längre tidsåtgången, en tidskostnad på cirka 1,8 miljoner kronor för lönekostnaden. Huru-

⁹ Uppgift från Läkemedelsverket den 25 oktober 2021.

vida denna tidskostnad omsätts i en finansiell kostnad för apoteken beror på i vilken omfattning utbildningstiden kan omfattas inom ramen för den ordinarie arbetstiden eller ingå i andra utbildningsinsatser.

De föreslagna ändringarna kan komma att medföra att öppenvårdsapoteken behöver ändra befintliga instruktioner för bl.a. hur expediering av recept ska gå till. Därefter ska instruktionerna implementeras i verksamheten. Berörd personal på öppenvårdsapotek behöver inläsningstid för att ta del av instruktionerna och läkemedelsansvarig eller annan ansvarig person behöver tid för att följa upp att personalen har tagit del av tillämpliga instruktioner. Beroende på hur öppenvårdsapotekens personalgrupper är sammansatta avseende antal anställda och yrkeskategorier kan kostnaden för detta variera. Om instruktioner tas fram på central nivå, t.ex. inom en apotekskedja, blir kostnaden per öppenvårdsapotek lägre.

Tidseffekter

Expediering av pappersrecept utfärdade i annat EES-land kräver att informationen i de utländska recepten registreras manuellt i apotekens expedieringssystem. Även när tjänsten e-recept över landsgränser införs kommer vissa uppgifter om e-recept att behöva registreras manuellt, i vart fall så länge som apoteken tar emot och lämnar informationen vid sådana expedieringar i ett separat webbgränssnitt. Huruvida tidsåtgången för detta arbete är större eller mindre för e-recept från EES jämfört med pappersrecept från EES är svårt att avgöra. Sannolikt är det sammantaget enklare att expediera e-recept från EES eftersom avsikten är att giltiga e-recept från behöriga förskrivare vidareförmedlas och de innehåller även information om aktiv substans eller ATC-kod. Avsikten är också att expedierande personal kan få visst stöd vid expedieringen genom det webbgränssnitt E-hälsomyndigheten har tagit fram. Det talar för en enklare och säkrare hantering jämfört med expediering av pappersrecept från EES. I dag ska apoteken kontrollera förskrivares behörighet utifrån de uppgifter som finns på receptet, men det kan krävas kontakt med förskrivare eller kontaktpunkt för utlandsvård i det andra EES-landet. Det torde vara enklare vid expediering av e-recept. Vidare kommer uppgifterna i e-recept, till skillnad från pappers-

recept från EES, att vara översatta till svenska, med särskilt angivna informationsmängder, vilket ytterligare underlättar för expedierande personal.

Investeringar

Om volymen e-recept utfärdade i ett annat EES-land ökar kan de olika apotekskedjorna tänkas välja att integrera hanteringen av dessa e-recept i de egna expedieringssystemen, t.ex. för att slippa använda ett separat webbgränssnitt. De eventuella kostnaderna för denna systemutveckling är mycket svår att uppskatta, men kan sannolikt antas grunda sig på att öppenvårdsapoteken anser att det är en fördel för dem.

Intäkter

Apotekens intäkter kan antas öka med den förväntade ökade volymen expedierade recept förskrivna i andra EES-länder. Å andra sidan är det rimligt att tro att volymen recept expedierade till i Sverige folkbokförda personer kommer att minska något då det nu blir lättare att hämta ut förskrivna läkemedel vid vistelse i annat EES-land. Hur nettot av dessa två intäktspåverkande volymer kommer att utvecklas är svårt att bedöma.

15.7.2 Förskrivarna

Flera kategorier vårdpersonal i offentlig och privat vård, på region- och kommunnivå, är behöriga att förskriva läkemedel. I Sverige i dag finns uppskattningsvis cirka 128 500 förskrivare. De kommer att påverkas på liknande sätt, oberoende av arbetsplats.

Förskrivningen av läkemedel kommer att göras på ett vanligt e-recept och förskrivaren behöver inte ta ställning till om det ska hämtas ut i ett annat land genom att ett särskilt receptformat inte krävs. På så sätt kommer förskrivarna inte att i någon större utsträckning påverkas av genomförandet av e-recept över landsgränser. Tiden det tar att utfärda ett pappersrecept avsett för EES eller ett e-recept är svår att jämföra. Det kan i och för sig påverka förskrivarna att

pappersrecept i dag är en uppgift som utförs i undantagsfall. Det ska dock finnas rutiner för att kunna utfärda recept även på pappersblankett. Både vid fysiska och digitala vårdmöten utfärdas nästan uteslutande e-recept i Sverige. E-recept för humanläkemedel ska bli huvudregel från och med maj 2022.

Förskrivarna bör känna till möjligheten att e-recept kan komma att expedieras i ett annat EES-land och de grundläggande förutsättningarna för detta, t.ex. att patientens samtycke behövs och att det går att kontakta de nationella kontaktpunkterna för information. För detta kan det bli nödvändigt med information och viss utbildning. E-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket bör ta fram information och E-hälsomyndigheten eventuellt utbildningsmaterial. Det kräver att förskrivarna avsätter viss tid för denna utbildning. Den totala tidsåtgången för förskrivarna är svår att uppskatta, det beror på format och kanal.

15.7.3 Regionerna

Hantering av ersättning för vård i EES-länder

Regionerna ansvarar i regel för kostnaderna för vård inom EU, förutsatt att villkoren är uppfyllda. Det påverkas bl.a. av vilket regelverk som är tillämpligt, i vilket land vården har givits och om Sverige har betalningsansvar gentemot det landet. En person som erhållit vård i annat EES-land och fått betala den fulla kostnaden kan ansöka om ersättning från Försäkringskassan. Försäkringskassan fakturerar regionen för de utbetalda ersättningarna. Regionerna faktureras även för utlandsvård de ansvarar för enligt förordningen 883/2004.

Som påpekats ovan är volymen ersättningskrav som gäller enbart läkemedel mycket liten och det finns lite som talar för att den skulle öka väsentligt som resultat av införandet av tjänsten e-recept över landsgränser. Det torde därför inte vara motiverat att i dagsläget införa det lag- och systemstöd som skulle krävas för att regionerna skulle kunna hantera sin del av ersättningsprocessen elektroniskt.

Uppföljning

Regionerna följer upp bl.a. förskrivningen och expedieringen av läkemedel. Detta gör man av såväl ekonomiska som medicinska skäl. Med ökad expediering i andra EES-länder som resultat av tjänsten e-recept över landsgränser blir det mer relevant att inkludera även den senare i uppföljningen. Utredningen föreslår inga ändringar vad gäller hanteringen av ersättning för utlandsvård som beskrivits i kapitel 6. Patienternas möjlighet till utlandsvård är en faktor som påverkar regionerna i dag och ändras inte av förslagen i sig. Även om förslagen i stort kan antas leda till en viss ökad patientrörlighet.

Enligt utredningens förslag kommer däremot en uppgift om läkemedel som expedierats i ett annat EES-land registreras i den nationella läkemedelslistan. Förskrivare kan med patientens samtycke få information om expedierade läkemedel enligt nuvarande reglering. För pappersrecept expedierade i EES sker ingen sådan återkoppling eller registrering i den nationella läkemedelslistan av vad som expedierats i ett annat land. Det påverkar förutsättningarna till uppföljning, bl.a. ur ett medicinskt perspektiv.

Regionen får i regel information om eventuell ersättning för expedierat läkemedel om Försäkringskassan utreder en ansökan enligt patientrörlighetsdirektivet eller förordningen 883/2004. När patienten fått ta del av besökslandets vårdförmån vid behandlingen enligt förordningen 883/2004 får en region, om den bedöms ansvarig för patientens kostnader för erhållen utlandsvård, halvårsvis en faktura med ett underlag som innehåller personnummer, kostnad samt tidpunkt för vårdtillfället. Om och efter att patienten, efter beslut av Försäkringskassan, i enlighet med ersättningslagen fått ersättningen utbetald får regionen en faktura på motsvarande belopp.

Antalet e-recept som expedieras utomlands kan antas öka och patienten kan ansöka om ersättning i efterhand från Försäkringskassan. I dessa fall ska Försäkringskassan i regel samråda med regionen och detta antal kan antas öka till en viss del. I övrigt kan förslagen inte förväntas medföra någon större ökad arbetsbelastning, utan det bör kunna hanteras inom regionernas befintliga budgetramar. E-hälsomyndigheten följer upp volymen av expedieringar.

Kommunerna

Kommunernas kostnadsansvar sträcker sig främst till hjälpmedel som patienten fått i ett annat EES-land och hjälpmedel omfattas inte av tjänsten e-recept över landsgränser. Kommunerna kommer också, även om volymerna kan antas vara relativt små, att påverkas genom att recept utfärdade av förskrivare i kommunens tjänst kan komma att hämtas ut inom EES. På samma sätt som andra förskrivare, behöver förskrivare i kommunerna ha kunskap om tjänsten e-recept över landsgränser och vad den innebär för deras patienter och brukare. För kommunerna kommer konsekvenserna att bli relativt små.

15.7.4 Patienterna

Bättre överblick och enklare tillgång

För patienterna innebär tjänsten e-recept över landsgränser en förenkling jämfört med att ta med ett pappersrecept till ett annat EES-land eller eventuellt behöva uppsöka vård där. Patienterna sparar tid på att kunna använda e-recept även i annat land, det innebär mindre sårbarhet vid akutlägen, bättre kontinuitet vid gränsöverskridande vård och bättre möjligheter att följa sin läkemedelsbehandling. Patienterna får även en mer heltäckande bild av uthämtade läkemedel, för att därmed bättre kunna följa den egna läkemedelsanvändningen. Det leder i slutändan till bättre hälsa till följd av den bättre och enklare tillgången till nödvändiga läkemedel vid vistelse i annat EES-land samt de minskade riskerna för felexpediering.

Den stora tidsvinsten uppstår när patienten befinner sig i ett annat EES-land som deltar i samarbetet och där enkelt kan hämta i hemlandet utfärdade e-recept. Detta ska jämföras med att t.ex. behöva uppsöka en förskrivare i land B. Denna tidsvinst kan förväntas ha positiva hälsoeffekter. Värdera dessa effekter är dock svårt eftersom storleken på effekterna för varje enskild individ beror på patientens hälsa.

Säkrare förskrivning och expediering

Jämfört med nuvarande ordning med pappersrecept inom EES påverkar införandet av tjänsten e-recept inom EES bl.a. en minskad risk för fel i expedieringen. Jämfört med pappersrecept, minskar i första hand riskerna för att expedierande personal feltolkar innehållet i recepten. Informationen i e-recept över landsgränser kodas, översätts och presenteras på ett strukturerat sätt för expedierande personal. Vidare kan den som ska expediera receptet enklare och säkrare verifiera att receptet är utfärdat av en behörig förskrivare och risken för förfalskningar minskar. Patienten ska också identifieras på det sätt land A har anvisat och med hjälp av expedierande farmaceut i land B som skickar uppgifter om patientens identifiering till land A kan patientens identitet och e-recept bekräftas. Patienten kan säkrare identifieras jämfört med vid expediering av pappersrecept i ett annat EES-land.

I Sverige ska, från våren 2022, recept som huvudregel utfärdas som e-recept. Pappersrecept ska få utfärdas i undantagsfall, t.ex. om de är avsedda för expediering i annat EES-land. Utredningens förslag skulle minska behovet av det undantaget.

Utbyte av läkemedel på apotek är en nationell fråga och kan tillämpas på olika sätt inom EES. I tjänsten e-recept över landsgränser kommer det att vara möjligt att, om en svensk förskrivare vid utfärdande av receptet motsatt sig utbyte, markera att utbyte inte heller får ske vid uthämtning i land B på samma sätt som i dag. Endast ett läkemedel med samma aktiva substans, samma styrka och samma läkemedelsform får lämnas ut. Läkemedelsverket kan också meddela föreskrifter i syfte att stärka patientsäkerheten. Sammanfattningsvis talar det för att risken för fel vid expediering minskar när e-recept från EES ersätter pappersrecept. De ekonomiska konsekvenserna av denna minskade risk är svåra att uppskatta.

15.8 Små företag

De mindre företag som påverkas av förslagen är främst vissa fristående öppenvårdsapotek. Förslagen gäller lika för alla öppenvårdsapotek, även om det som angetts ovan kan få den konsekvensen att större apotekskedjor kan sprida kostnader för t.ex. att ta fram instruktioner på fler apotek. Samtidigt medför webbgränssnittet att

apoteksaktörerna inte behöver bekosta tekniska anpassningar, vilket skulle ha påverkat mindre företag mer än de större företagen.

Förslagen berör även förskrivare, och de vårdgivare de är anställda hos, som kan vara både större och mindre företag. Som tidigare beskrivits bedöms det inte innebära någon egentlig tillkommande arbetsinsats vid förskrivningen, eftersom e-recept utfärdas på samma sätt som i dag. Antalet pappersrecept avsedda att användas i EES kan antas minska.

15.9 Särskilda informationsinsatser

Tydlig och tillgänglig information till patienterna kommer att vara viktigt för en effektiv och patientsäker process. Information till hälso- och sjukvårdspersonal inklusive apotekspersonal kommer att behövas när e-recept över landsgränser ska börja användas. Flera myndigheter, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Läke-medelsverket kommer att ansvara för information till de olika intressenterna, utifrån respektive myndighets uppdrag. Förskrivare och apotekspersonal behöver ha kunskaper för att kunna informera patienterna om e-recept över landsgränser. Det finns också tillgänglig information på EU-nivå och möjlighet att kontakta utländska nationella kontaktpunkter för e-hälsa eller utlandsvård.

E-hälsomyndigheten spelar en central roll som kontaktpunkt för e-hälsa och för information om tjänsten e-recept över landsgränser som riktas till patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och andra EES-länder. Informationen kan ges genom egna kanaler och Ditt Europa. Försäkringskassan, som också är kontaktpunkt enligt patientrörlighetsdirektivet, har i dag information på sin hemsida om individers rätt att få vård i andra EES-länder, t.ex. under vilka villkor det kan ske och formerna för detta. Socialstyrelsen har ett motsvarande uppdrag för EES-innevånare som vill söka vård i Sverige. Kontaktpunkterna kommer att behöva tillhandahålla aktuell information om tjänsten e-recept över landsgränser. Den begränsade kostnaden för detta torde kunna omfattas av myndigheternas ordinarie anslag.

Andra berörda myndigheter som Läke-medelsverket, som meddelar föreskrifter och har ett tillsynsansvar, kommer också ha ett informationsansvar för förskrivare och öppenvårdsapotek. Vissa, relativt

begränsade kostnader för anpassade informationspaket och annan kommunikation kan antas uppstå.

15.10 Övriga konsekvenser

Utredningens förslag bedöms inte ha konsekvenser för miljön, det kommunala självstyret eller den kommunala ekonomin, jämställdheten, sysselsättningen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, offentlig service i olika delar av landet eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

När det gäller jämställdhet mellan kvinnor och män kan förslagen eventuellt komma att påverka kvinnor mer än män. Det är något vanligare att kvinnor besöker apotek än män.¹⁰ I en konsumentundersökning 2013 uppgav 96 procent av kvinnorna och 88 procent av männen att de under det senaste året hade köpt eller hämtat ut läkemedel på apotek. Förslagen som påverkar personalen på apotek kan antas påverka kvinnor mer än män, främst genom att det är fler kvinnor än män som arbetar på apotek.¹¹

¹⁰ Statskontoret, *En omreglerad apoteksmarknad – Slutrapport (2013:7)*, s. 37.

¹¹ Sveriges apoteks förening, *Branschrapport 2018*, s. 33.

16 Författningskommentar

16.1 Förslaget till lag (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES)

Tillämpningsområde m.m.

1 §

Av paragrafen framgår lagens tillämpningsområde.

Enligt *första stycket* ska lagen gälla vid automatiserad behandling av personuppgifter vid E-hälsomyndighetens hantering av sådana e-recept som har utfärdats av förskrivare behörig i ett annat EES-land och som expedieras på öppenvårdsapotek i Sverige i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet).

Lagen tillämpas på sådana recept som har utfärdats elektroniskt (e-recept) av en förskrivare behörig i ett annat EES-land som får expedieras på ett öppenvårdsapotek i Sverige.

Med nätverket för e-hälsa avses det frivilliga samarbete som grundas på artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet och Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (ändrat genom beslut 2020/1023). Genom hänvisningen till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa begränsas tillämpningsområdet för lagen till vad nätverket har kommit överens om. Detta innebär bl.a. att medlemsländerna ska utse endast en nationell kontaktpunkt för e-hälsa enligt artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Denna kontaktpunkt ska granskas och godkännas

av kommissionen och medlemsländerna i nätverket för e-hälsa innan medlemslandet får delta i informationsutbytet om e-recept. Informationen om dessa e-recept förmedlas från ett EES-land till Sverige genom medlemslandets nationella kontaktpunkt för e-hälsa. Vidare är informationsutbytet om e-recept begränsat till bl.a. godkända läkemedel avsedda för människa enligt definitionen i Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel.

Andra stycket upplyser om att E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter i fråga om hantering av e-recept som har utfärdats av förskrivare behörig i Sverige och som expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land regleras i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista. I lagen om nationell läkemedelslista regleras således den del av samarbetet i nätverket för e-hälsa som gör det möjligt att hämta ut svenska e-recept i ett annat EES-land.

Övervägandena finns i avsnitt 9.2. Nätverket för e-hälsas krav beskrivs närmare i kapitel 5.

2 §

I paragrafen definieras vad som avses med e-recept från EES i lagen. Med e-recept från EES avses i lagen sådana e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land och som expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet. Med nätverket för e-hälsa avses det frivilliga samarbete som grundas på artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet och kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/1765. Genom hänvisningen till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa begränsas definitionen till vad nätverket har kommit överens om. Detta innebär bl.a. att medlemsländerna ska utse endast en nationell kontaktpunkt för e-hälsa enligt artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Denna kontaktpunkt ska granskas och godkännas av kommissionen och medlemsländerna i nätverket för e-hälsa innan medlemslandet får delta i informationsutbytet om e-recept. Informationen om dessa e-recept förmedlas från ett EES land till Sverige genom medlemslandets nationella kontaktpunkt för e-hälsa. Vidare är informations-

utbytet om e-recept begränsat till bl.a. godkända läkemedel avsedda för människa enligt definitionen i direktiv 2001/83/EG.

Övervägandena finns i avsnitt 9.3. Nätverket för e-hälsas krav beskrivs närmare i kapitel 5.

3 §

I paragrafen definieras vad som är en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa. Med begreppet avses i lagen en nationell kontaktpunkt för e-hälsa vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård som har utsetts till en sådan kontaktpunkt i enlighet med artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Enligt nätverket för e-hälsas krav ska endast en sådan kontaktpunkt för e-hälsa utses av respektive land för informationsöverföring avseende e-recept över landsgränser.

Övervägandena finns i avsnitt 9.3.

Förhållandet till annan reglering

4 §

Paragrafen innehåller upplysningar om lagens förhållande till annan dataskyddsreglering.

Första stycket upplyser om att lagen innehåller bestämmelser som kompletterar EU:s dataskyddsförordning. EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig i varje medlemsland men förutsätter eller tillåter i vissa avseenden kompletterande nationell reglering, antingen i form av preciseringar eller i form av undantag. Hänvisningen till EU:s dataskyddsförordning i lagen är dynamisk, dvs. den avser dataskyddsförordningen i dess vid varje tidpunkt gällande lydelse.

Av *andra stycket* framgår lagens relation till lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen. Dataskyddslagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning och innehåller generella bestämmelser som gäller nationellt. Detta innebär att lagen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept från Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) har företräde framför dataskyddslagen. Om inte annat följer av denna lag eller

föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen, gäller dataskyddslagen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.4.

Personuppgiftsansvarig

5 §

Paragrafen anger att E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen. Personuppgiftsbehandlingen omfattar inte den behandling av personuppgifter som öppenvårdsapoteken eller den utländska nationella kontaktpunkten för e-hälsa utför.

Vad som avses med utländsk kontaktpunkt för e-hälsa definieras i 2 §. Öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling framgår av apoteksdatalagen (2009:367).

Övervägandena finns i avsnitt 9.5.

Ändamål med behandlingen av personuppgifter

6 §

Paragrafen reglerar de ändamål för vilka personuppgifter får behandlas enligt lagen.

Ändamålet i *punkten 1* avser expediering på öppenvårdsapoteck av e-recept från EES. Det primära ändamålet för E-hälsomyndighetens behandling av personuppgifter enligt lagen är att förmedla uppgifter om e-recept från EES i syfte att åstadkomma en patientsäker expediering på ett svenskt öppenvårdsapoteck. Begreppet e-recept från EES definieras i 2 §. Genom hänvisningen till e-recept från EES begränsas vilka personuppgifter som får behandlas för ändamålet. Med *expediering* avses den process som börjar med att läkemedel efterfrågas utifrån ett förordnande och avslutas med att ett läkemedel lämnas ut på ett öppenvårdsapoteck.

Ändamålet omfattar den behandling som är nödvändig för att ett e-recept från EES ska kunna expedieras i Sverige, vilket bl.a. omfattar den nödvändiga informationsöverföringen som E-hälsomyndigheten utför som nationell kontaktpunkt för e-hälsa och genomförande av de kontroller som krävs enligt Läkemedelsverkets föreskrifter

(HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Ändamålet i *punkten 2* avser redovisning till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa av expediering av läkemedel enligt punkt 1. Ett krav i nätverket för e-hälsa är att expedierande land ska återrapportera vad som expedierats till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa i det land där receptet är registrerat för att registret ska kunna uppdateras med uppgifter om bl.a. vilket läkemedel som har lämnats ut på det svenska öppenvårdsapoteket. Vilka uppgifter som ska återrapporteras har nätverket för e-hälsa kommit överens om, se avsnitt 5.4.2.

Ändamålet i *punkten 3* avser framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten. Av förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten följer att myndigheten ska förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik (2 § 5). Ändamålet möjliggör för E-hälsomyndigheten att använda uppgifterna om e-recept från EES för framställning av statistik, främst olika typer av försäljningsstatistik.

Ändamålet i *punkten 4* avser redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över tillhandahållandeskyldigheten enligt 2 kap. 6 § 16 lagen (2009:366) om handel med läkemedel och för tillsyn över uppgiftslämnande enligt 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel. Ändamålet motsvarar delvis 3 kap. 5 § 8 lagen om nationell läkemedelslista. Till skillnad från lagen om nationell läkemedelslista omfattar ändamålet inte registrering av uppgifter eftersom något traditionellt register inte skapas genom lagen. Ändamålet är nödvändigt för att Läkemedelsverket ska kunna utöva en effektiv tillsyn över öppenvårdsapotekens uppgiftsskyldighet och tillhandahållandeskyldighet enligt lagen om handel med läkemedel och för detta ändamål behöver Läkemedelsverket få tillgång till de uppgifter som öppenvårdsapoteken ska lämna vid en expediering enligt 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel. Detta för att kunna göra en jämförelse med de uppgifter som öppenvårdsapoteken lämnar. Regeringen kan med stöd av bemyndigandet i 17 § meddela föreskrifter om vilka uppgifter som E-hälsomyndigheten ska lämna till Läkemedelsverket. Vilka uppgifter som E-hälsomyndigheten ska lämna till Läkemedelsverket anges således i föreskrifter som meddelas med stöd i bemyndigandet i 17 §.

Ändamålet i *punkten 5* avser redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta ändamål motsvarar ändamålet i 3 kap. 8 § 5 lagen om nationell läkemedelslista. Till skillnad från lagen om nationell läkemedelslista omfattar ändamålet inte registrering av uppgifter eftersom något traditionellt register inte skapas genom lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.1–9.7.7.

Personuppgiftsbehandling för andra ändamål

7 §

Paragrafen anger att den s.k. finalitetsprincipen ska gälla vid personuppgiftsbehandling enligt lagen. Detta innebär att personuppgifter får behandlas även för andra ändamål än de som anges i 5 § så länge de inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilka de samlades in.

Övervägandena finns i avsnitt 9.7.8.

Personuppgifter som får behandlas

8 §

Paragrafen innehåller en bestämmelse om vilka personuppgifter som E-hälsomyndigheten får behandla. Genom paragrafen görs det tydligt att E-hälsomyndigheten endast får behandla de personuppgifter som är nödvändiga för de tillåtna ändamålen enligt lagen.

De personuppgifter som E-hälsomyndigheten kommer att behandla enligt lagen är hänförliga till patienten, förskrivaren och expedierande personal. Medlemsländerna inom nätverket för e-hälsa har kommit överens om vilka uppgifter som behöver ingå i informationsutbytet för e-recept för att möjliggöra expediering i ett annat land och en återrapportering av expedieringen. Den överenskomna informationsmängden utgår bl.a. från Kommissionens genomförandedirektiv 2012/52/EU av den 20 december 2012 om åtgärder för att underlätta erkännandet av recept som utfärdats i en annan medlemsstat (genomförandedirektivet 2012/52/EU), som innehåller en förteckning av de uppgifter som ett recept minst ska innehålla om det avses

expedieras i ett annat EES-land, och ytterligare uppgifter som nätverket för e-hälsa ansett nödvändiga. Uppgifterna redogörs för i avsnitt 5.4.2.

Övervägandena finns i avsnitt 9.8.

Behandling av känsliga personuppgifter

9 §

Paragrafen innehåller en upplysning om att det i EU:s dataskyddsförordning finns bestämmelser om krav på tystnadsplikt vid behandling av känsliga personuppgifter.

Övervägandena finns i avsnitt 9.9.

Uppgiftsskyldighet till öppenvårdsapotek

10 §

Paragrafen reglerar E-hälsomyndighetens uppgiftsskyldighet till expedierande personal på öppenvårdsapotek. Uppgiftsskyldigheten avser de uppgifter som behövs för att öppenvårdsapoteken ska kunna expediera läkemedlet. De uppgifter som avses utgår bl.a. från genomförandedirektivet 2012/52/EU och de uppgifter som nätverket för e-hälsa kommit överens om. Uppgifterna redogörs för i avsnitt 5.4.2.

Paragrafen möjliggör utlämnande av uppgifter till expedierande personal på öppenvårdsapotek utan föregående sekretessprövning i varje enskilt fall. En sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör ett sådant utlämnande av uppgifter finns i 25 kap. 17 c § 4 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (OSL).

Övervägandena finns i avsnitt 9.11.2 och 10.6.

Uppgiftsskyldighet till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa

11 §

Paragrafen reglerar E-hälsomyndighetens uppgiftsskyldighet till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa.

Uppgiftsskyldigheten avser dels de uppgifter som behöver lämnas till utländsk kontaktpunkt i den informationsöverföring som sker

successivt genom en fråga-svarstjänst och som beskrivs i avsnitt 5.4.1, dels den åiterrapporteringskyldighet som åligger E-hälsomyndigheten som nationell kontaktpunkt för e-hälsa i enlighet med de krav som antagits av nätverket för e-hälsa. Åiterrapporteringskyldigheten avser uppgifter om expedieringen och avser bl.a. patienten, vilket läkemedel som expedierats, vilket öppenvårdsapotek som expedierat läkemedlet och vilken farmaceut som expedierat läkemedlet.

Vilka uppgifter som uppgiftsskyldigheten rör redogörs för i avsnitt 5.4.2. Utländsk kontaktpunkt för e-hälsa definieras i 3 §.

Paragrafen möjliggör utlämnande till utländsk kontaktpunkt för e-hälsa utan föregående sekretessprövning i varje enskilt fall. En sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör ett sådant utlämnande av uppgifter finns i 25 kap. 17 c § 4 OSL.

Övervägandena finns i avsnitt 9.11.2 och 10.6.

Uppgiftsskyldighet till Läkemedelsverket

12 §

Paragrafen reglerar E-hälsomyndighetens uppgiftsskyldighet till Läkemedelsverket.

Av paragrafen framgår att E-hälsomyndigheten ska lämna vissa uppgifter till Läkemedelsverket, för de ändamål som anges i 6 § 4. Bestämmelsen innebär att Läkemedelsverket kommer att få del av de uppgifter som behövs för att kunna utöva tillsyn över tillståndshavarens tillhandahållandeskyldighet och uppgiftsskyldighet i fråga om e-recept från EES. De uppgifter som avses kan regeringen meddela föreskrifter om med stöd av bemyndigandet i 17 §.

Uppgiftsskyldigheten har en sekretessbrytande verkan enligt 10 kap. 28 § OSL. Någon sekretessprövning behöver således inte ske vid ett sådant utlämnande av uppgifter.

Övervägandena finns i avsnitt 9.11.3.

Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen

13 §

Paragrafen reglerar E-hälsomyndighetens uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen.

Av paragrafen framgår att E-hälsomyndigheten ska lämna de uppgifter till Socialstyrelsen som är nödvändiga för det ändamål som anges i 6 § 5, dvs. för epidemiologiska undersökningar, forskning, framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Uppgiftsskyldigheten har en sekretessbrytande verkan enligt 10 kap. 28 § OSL. Någon sekretessprövning behöver således inte ske vid ett sådant utlämnande av uppgifter.

Övervägandena finns i avsnitt 9.11.4.

Behörighetstilldelning

14 §

Paragrafen reglerar åtkomsten till personuppgifter som behandlas enligt lagen. E-hälsomyndigheten ska bestämma villkoren för tilldelning av behörighet till myndighetens personal för åtkomst till personuppgifter som behandlas enligt lagen. Sådan behörighet ska begränsas till vad som behövs för att den som är behörig ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Övervägandena finns i avsnitt 9.12.

Åtkomstkontroll

15 §

Paragrafen reglerar E-hälsomyndighetens ansvar att se till att åtkomsten till uppgifterna dokumenteras och kan kontrolleras. E-hälsomyndigheten ska göra systematiska och återkommande kontroller av om någon obehörigen kommer åt uppgifterna.

Övervägandena finns i avsnitt 9.12.

Bevarandetid

16 §

Paragrafen anger en längsta tid för hur länge personuppgifter får bevaras enligt lagen.

Av paragrafen framgår att personuppgifter ska tas bort senast fem år efter det att läkemedlen expedierades på ett öppenvårdsapotek. Bevarandetidens längd motsvarar 3 kap. 10 § i lagen om nationell läkemedelslista.

Läkemedelsverket har behov av uppgifter om expediering av läkemedel för sin tillsyn. Läkemedelsverket har med stöd av bemyndigande föreskrivit att viss dokumentation ska bevaras och hållas tillgänglig för tillsyn i fem år, t.ex. verifikationer för utlämnande av läkemedel. Läkemedelsverket använder sig av verifikationen som underlag i sin tillsyn, bl.a. för bedömningen av om öppenvårdsapoteken uppfyller sin uppgiftsskyldighet enligt 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel. Samma bevarandetid om fem år som gäller för ändamålen i lagen om nationell läkemedelslista gör sig även gällande här (se prop. 2017/18:223 s. 118 ff.).

Övervägandena finns i avsnitt 9.13.

Bemyndigande

17 §

I paragrafen införs ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas till Läkemedelsverket enligt 12 §.

Övervägandena finns i avsnitt 9.14.

Ikraftträdande

Denna lag träder i kraft den 1 maj 2023.

Övervägandena finns i kapitel 14.

16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel

1 kap.

4 §

I paragrafen definieras vissa begrepp som är centrala för lagen.

En ny definition förs in. Med e-recept från EES avses ett e-recept som har utfärdats av en förskrivare behörig i ett annat EES-land som får överföras till Sverige och expedieras på öppenvårdsapotek i enlighet med de krav som fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Med nätverket för e-hälsa avses det frivilliga samarbete som grundas på artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet och Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (ändrat genom beslut 2020/1023). Genom hänvisningen till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa begränsas definitionen till vad nätverket har kommit överens om. Detta innebär bl.a. att medlemsländerna ska utse endast en nationell kontaktpunkt för e-hälsa enligt artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Denna kontaktpunkt ska granskas och godkännas av kommissionen och medlemsländerna i nätverket för e-hälsa innan medlemslandet får delta i informationsutbytet om e-recept. Informationen om dessa e-recept förmedlas från ett EES-land till Sverige genom medlemslandets nationella kontaktpunkt för e-hälsa. Vidare är informationsutbytet om e-recept begränsat till bl.a. godkända läkemedel avsedda för människa enligt definitionen i Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.2.

2 kap.

6 §

I paragrafen som rör de krav som ställs på den som har tillstånd enligt 1 § att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument, görs ändringar i *punkterna 13 och 15*. I bestämmelsen införs nya *punkter 16–18*.

Ändringen i *punkten 13* innebär att den som har tillstånd enligt 1 § ska informera konsumenten om på vilket eller vilka öppenvårdsapotek läkemedlet finns till försäljning, i de fall tillståndshavaren inte kan tillhandahålla läkemedlet direkt enligt *punkten 16*. Med *finns för försäljning* avses att varan finns i lager, packats upp och inte är undanlagd för annan kunds räkning samt kan säljas vid den tidpunkt då apoteken informerar konsumenten (prop. 2013/14:93 s. 190). Informationsskyldigheten avser sådana läkemedel som omfattas av tillhandahållandeskyldigheten i *punkten 16*. I bestämmelsen förtydligas även att skyldigheten att informera konsumenten avser endast läkemedel när det gäller e-recept från EES. Vad som avses med e-recept från EES framgår av 1 kap. 4 §.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.6.

I *punkten 15* görs enbart språkliga justeringar.

Enligt *punkten 16* uppställs krav på att tillhandahålla det läkemedel som förskrivits på ett e-recept från EES eller ett läkemedel som motsvarar det förskrivna läkemedlet, så snart det kan ske. På ett e-recept från EES kan det förskrivna läkemedlet avse ett godkänt humanläkemedel som har förskrivits, antingen med angivande av den gängse benämningen eller med ett läkemedelsnamn enligt de krav som antagits av nätverket för e-hälsa med utgångspunkt i genomförandedirektivet 2012/52/EU. Med *gängse benämning* avses det internationella generiska namn som rekommenderas av Världshälsoorganisationen eller, om sådant inte finns, den vanligtvis använda benämningen som i regel är läkemedlets aktiva substans.

Detta innebär att om ett läkemedelsnamn har angetts på e-receptet och det framgår av förskrivningen att endast detta läkemedel får lämnas ut, så ska det förskrivna läkemedlet lämnas ut. Det innebär vidare att om det inte finns någon uppgift om att läkemedlet inte får bytas, ska det läkemedel som förskrivits eller ett läkemedel som motsvarar det förskrivna lämnas ut. Motsvarande läkemedel ska även lämnas ut när den gängse benämningen har angetts. Om det angivna läke-

medlet är godkänt i Sverige med ett annat läkemedelsnamn får det i Sverige godkända läkemedlet lämnas ut.

Med motsvarande läkemedel avses ett läkemedel som innehåller samma aktiva substans, styrka och läkemedelsform, samt i övrigt är likvärdigt. Mer detaljerade föreskrifter om vilka läkemedel som ska lämnas ut när ett e-recept från EES expedieras bör framgå i myndighetsföreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel. På liknande sätt som enligt punkten 3 anges det närmare i annan reglering vilket läkemedel som tillhandahållandeskyldigheten avser (prop. 2008/09:145 s. 421). Om ett sådant läkemedel inte kan identifieras eller inte finns tillgängligt bör det inte finnas någon skyldighet för öppenvårdsapoteket att tillhandahålla läkemedlet.

Vad som avses med *så snart det kan ske* har preciserats i förordningen om handel med läkemedel, med stöd av bemyndigandet i 11 § 2. Tillhandahållandeskyldigheten enligt denna punkt ska ske inom samma tid som enligt punkten 3. En hänvisning till punkten 16 görs i 2 kap. 11 § 2.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.3.

Enligt *punkten 17* ska tillståndshavaren lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten vid expediering av ett e-recept från EES. Bestämmelsen innebär att E-hälsomyndigheten kommer att få del av uppgifter om patient, förskrivare, förskrivna och expedierade läkemedel, samt expedierande farmaceut och öppenvårdsapotek avseende e-recept som utfärdats i ett annat EES-land. Regeringen kan med stöd av bemyndigandet i 11 b § meddela föreskrifter om vilka uppgifter som tillståndshavaren ska lämna till E-hälsomyndigheten. Vilka uppgifter som tillståndshavaren är skyldig att lämna till E-hälsomyndigheten med anledning av en expediering av ett e-recept från EES anges således i föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigandet i 11 b §.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.4.

Enligt *punkten 18* ska tillståndshavaren vid expediering av e-recept från EES, utöver vad som anges i punkten 6, på elektronisk väg kunna ta emot och lämna de uppgifter som krävs för en sådan expediering till E-hälsomyndigheten. Detta innebär att expedierande farmaceut inte får direktåtkomst till dessa uppgifter, utan får uppgifter genom att ett antal frågor och svar utväxlas succesivt mellan öppenvårdsapoteket, via E-hälsomyndigheten som kontaktpunkt för e-hälsa i Sverige, till kontaktpunkten för e-hälsa i det EES-land där receptet har utfärdats. Tillståndshavaren behöver dels kunna ta emot och

lämna uppgifter enligt denna punkt, dels ha tillgång till system för direktåtkomst enligt punkten 6 t.ex. för att registrera expedieringen i den nationella läkemedelslistan.

I 11 kap. 9 § bemyndigas regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om de krav som ska ställas på tillståndshavaren att på elektronisk väg kunna ta emot och lämna de uppgifter till E-hälsomyndigheten som avses i denna punkt.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.5.

6 d §

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse som anger att för den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument enligt 1 § gäller inte bestämmelserna i 2 kap. 6 § 3 och 5 vid expediering av e-recept från EES.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.7

10 b §

Paragrafen innehåller bestämmelser om att E-hälsomyndigheten ska informera Läkemedelsverket om en tillståndshavare inte lämnar de uppgifter till myndigheten som föreskrivs i 6 § 5, 7, 15 eller 17.

Andringen i *första stycket andra meningen* innebär att E-hälsomyndigheten även ska informera Läkemedelsverket för de fall att en tillståndshavare underlåter att lämna uppgifter enligt 2 kap. 6 § 17. De uppgifter som avses är sådana uppgifter som regeringen kan meddela föreskrifter om med stöd av bemyndigandet i 11 b §.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.8.

11 §

Paragrafen innehåller bemyndiganden åt regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter enligt lagen. Det görs ändringar i *punkten 2* och förs in en ny *punkt 9*.

I *punkten 2* framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om inom vilken tid tillhandahållandet enligt 6 § 3 och 16 ska ske.

Punkten 9 innehåller bestämmelser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de krav som ska ställas på den som har tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument att på elektronisk väg kunna ta emot och lämna de uppgifter till E-hälsomyndigheten som behövs vid expediering av e-recept från EES enligt 6 § 18.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.3 och 12.2.5.

11 b §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om att regeringen får meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas till E-hälsomyndigheten enligt 6 § 17.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.4

8 kap.

2 a §

Paragrafen reglerar E-hälsomyndighetens rätt att ta ut avgifter.

En ändring görs i *första stycket punkten 1* som innebär att E-hälsomyndigheten även får ta ut en avgift för att utfärda ett intyg som visar att den som ansöker om tillstånd att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument har förutsättningar att uppfylla kravet om uppgiftslämnande i 2 kap. 6 § 17.

Övervägandena finns i avsnitt 12.2.9.

Ikraftträdande

Lagen träder i kraft den 1 maj 2023. Bestämmelserna i 2 kap. 6 § 16–18 och 2 kap. 6 d § ska tillämpas från och med den dag en tillståndshavare som avses i 2 kap. 1 § uppfyller kraven i 2 kap. 6 § 18, dock senast den 1 maj 2024 då bestämmelserna ska tillämpas på samtliga tillståndshavare.

Övervägandena finns i kapitel 14.

16.3 Förslaget till lag om ändring i apoteksdatalagen (2009:367)

1 §

Paragrafen reglerar dels apoteksdatalagens tillämpningsområde, dels att endast personuppgifter som rör konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel får behandlas för de ändamål som anges i 8 §.

Tredje stycket är nytt och innebär att personuppgifter som rör konsumenter och förskrivare behörig i ett annat EES-land får behandlas för de ändamål som anges i 8 §, vid expediering av e-recept från EES som anges i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Med begreppet *förordna* avses att utfärda recept eller rekvisition avseende läkemedel eller teknisk sprit. Begreppet återfinns bl.a. i 1 kap. 7 § Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Med begreppet *förskrivare* avses i ovannämnda bestämmelse den som är behörig att förordna läkemedel eller teknisk sprit. Vilka som har behörighet att förordna humanläkemedel och teknisk sprit framgår av 2 kap. i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75). Begreppet *förskrivare* förutsätter legitimation eller liknande krav enligt det svenska regelverket. I förarbetena till den nationella läkemedelslistan framgår att den svenska legaldefinitionen av begreppen *förskrivare* avser endast förskrivare med en svensk legitimation (prop. 2017/18:223 s. 217 f.). För att öppenvårdsapoteken även ska få behandla personuppgifter som rör behörig förskrivare i ett annat EES-land behövs ett nytt stycke införas. Begreppet *konsument* i apoteksdatalagen omfattar även konsumenter från andra länder. För att det inte ska råda några oklarheter i förhållande till andra stycket bör även det nya stycket omfatta begreppet konsument.

Övervägandena finns i avsnitt 10.2.4 och 10.2.5.

8 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om för vilka ändamål personuppgifter får behandlas.

En ändring görs i *första stycket 1* som innebär att ändamålet utökas till att även omfatta expediering av sådana e-recept från EES

som anges i 1 kap. 4 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Ändringen innebär att det är ett tillåtet ändamål att behandla personuppgifter för expediering av ett e-recept som har utfärdats i ett annat EES-land.

En ändring görs i *första stycket 2*. Ändringen innebär att personuppgifter även får behandlas för redovisning av uppgifter till E-hälsomyndigheten enligt 2 kap. 6 § 17 lagen om handel med läkemedel. De uppgifter som avses är sådana uppgifter som regeringen kan meddela föreskrifter om med stöd av bemyndigandet i 2 kap. 11 b § lagen om handel med läkemedel.

Övervägandena finns i avsnitt 10.2.6.

10 §

Paragrafen reglerar vilka sökbegränsningar som gäller för konsumenter och den som är behörig att förordna läkemedel.

Det utökade ändamålet i 8 § första stycket för expediering av e-recept från EES innebär att konsumentens identitet ska få användas som sökbegrepp.

Ett nytt *tredje stycke* införs som innebär att även identitet för förskrivare behöriga i annat EES-land får användas som sökbegrepp för de ändamål som avses i 8 § första stycket 6, dvs. för Inspektionen för vård och omsorgs och Läkemedelsverkets tillsyn.

Övervägandena finns i avsnitt 10.2.9.

12 §

Paragrafen reglerar åtkomst till personuppgifterna i lagen.

En ändring görs i *första stycket* som innebär att tillståndshavaren även ska bestämma villkor för tilldelning av behörighet för åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter om behörig förskrivare i ett annat EES-land. Stycket har även språkligt formulerats om för att förenkla lagtexten.

Övervägandena finns i avsnitt 10.2.10.

13 §

Paragrafen reglerar tillståndshavarens åtkomstkontroll till uppgifterna i lagen.

En ändring görs i *första stycket* som innebär att tillståndshavaren även ska se till att åtkomst till helt eller delvis automatiskt behandlade uppgifter om behörig förskrivare i ett annat EES-land dokumenteras så att de kan kontrolleras. Stycket har även språkligt formulerats om för att förenkla lagtexten.

Övervägandena finns i avsnitt 10.2.10.

16.4 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

25 kap.

17 §

Paragrafen innehåller sekretessbrytande bestämmelser.

En ändring görs i *första punkten* som innebär att sekretessen enligt 17 a och 17 b §§ inte hindrar att uppgift från den nationella läkemedelslistan lämnas enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa som utsetts enligt artikel 6 i direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Ändringen innebär att E-hälsomyndigheten kan lämna uppgifter till den utländska kontaktpunkten för e-hälsa utan hinder av sekretess. Vilka uppgifter som ska lämnas ut avgränsas genom 6 kap. 9 § lagen om nationell läkemedelslista.

Med utländsk kontaktpunkt för e-hälsa avses i lagen en nationell kontaktpunkt för e-hälsa vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård som har utsetts till sådan kontaktpunkt i enlighet med artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet.

En *fjärde punkt* införs som innebär att sekretess enligt 17 a och 17 b §§ inte heller hindrar att uppgift lämnas enligt lagen (0000:000) om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) till expedierande personal på öppenvårdsapotek eller till en sådan utländsk kontaktpunkt för e-hälsa som avses i nämnda lag. En ny bestämmelse behövs eftersom dessa

uppgifter är hänförliga till e-recept från EES och lämnas inte ut enligt lagen om nationell läkemedelslista, utan enligt lagen om E-hälsomyndighetens hantering av e-recept inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). Bestämmelsen innebär att E-hälsomyndigheten utan hinder av sekretess kan lämna uppgifter till expedierande personal på öppenvårdsapotek för att möjliggöra expediering av läkemedel och till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa.

Övervägandena finns i avsnitt 10.6

16.5 Förslaget till lag om ändring i läkemedelslagen (2015:315)

13 kap.

5 §

Paragrafen, som är ny, innehåller en bestämmelse som anger att ett e-recept som avser ett godkänt humanläkemedel får överföras för utlämnande av läkemedel på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land när det sker enligt nätverket för e-hälsas krav. Med humanläkemedel avses i 2 kap. 1 § denna lag läkemedel för människor. Med nätverket för e-hälsa avses det frivilliga samarbete som grundas på artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet och Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (ändrat genom beslut 2020/1023). Genom hänvisningen till de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa begränsas bestämmelsen till vad nätverket har kommit överens om. Detta innebär bl.a. att medlemsländerna ska utse endast en nationell kontaktpunkt för e-hälsa enligt artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Denna kontaktpunkt ska granskas och godkännas av kommissionen och medlemsländerna i nätverket för e-hälsa innan medlemslandet får delta i informationsutbytet om e-recept. Informationen om dessa e-recept förmedlas från ett EES land till Sverige genom medlemslandets nationella kontaktpunkt för e-hälsa.

Övervägandena finns i avsnitt 12.4.3. Nätverket för e-hälsas krav beskrivs närmare i kapitel 5.

18 kap.

9 a §

I paragrafen, som är ny, införs två bemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter.

I *punkten 1* införs ett nytt bemyndigande att föreskriva om undantag för e-recept avseende vissa typer av läkemedel, som inte får överföras för expediering i ett annat EES-land, om det är proportionerligt och nödvändigt av patientsäkerhetsskäl. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av bemyndigandet meddela sådana föreskrifter. Sådana typer av läkemedel kan t.ex. avse särskilda läkemedel. Med *särskilda läkemedel* avses ett speciellt läkarrecept i enlighet med artikel 71.2 Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel, vilket i Sverige definieras i bilaga 11 till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

I *punkten 2* införs ett nytt bemyndigande avsett för undantag som innebär att det vid överföring till annat EES-land får anges att endast det förskrivna läkemedlet får lämnas ut när e-receptet avser vissa typer av läkemedel. Sådana undantag ska vara möjliga när ett byte av läkemedel på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land inte är lämpligt med hänsyn till läkemedlets egenskaper. Det kan t.ex. avse biologiska läkemedel (jfr skäl 4 och bilagan i Kommissionens genomförandedirektiv 2012/52/EU av den 20 december 2012 om åtgärder för att underlätta erkännandet av recept som utfärdats i en annan medlemsstat). Med *biologiska läkemedel* avses de läkemedel som definieras i 3.2.1.1 b i bilaga I (del I) till direktiv 2001/83/EG. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får med stöd av bemyndigandet meddela sådana föreskrifter.

Övervägandena finns i avsnitt 12.4.3 och 12.4.4.

16.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista

3 kap.

2 §

Paragrafen reglerar för vilka ändamål som personuppgifter får registreras i den nationella läkemedelslistan.

En ändring görs i *första punkten* så att den också omfattar registrering av uppgifter om förskrivna läkemedel som ska expedieras på apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Ändringen innebär ett förtydligande av att e-recept kan komma att expedieras på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Med apotek eller motsvarande avses en inrättning i ett annat EES-land som får bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument.

Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

3 a §

Paragrafen är ny.

Ett nytt ändamål förs in i lagen som innebär att personuppgifter får behandlas för att möjliggöra expediering av ett e-recept på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land i enlighet med de krav som har fastställts av nätverket för e-hälsa som bildats med stöd av artikel 14 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet). Med nätverket för e-hälsa avses det frivilliga samarbete som grundas på artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet och Kommissionens genomförandebeslut (EU) 2019/1765 av den 22 oktober 2019 om regler för inrättande, förvaltning och drift av ett nätverk av nationella myndigheter med ansvar för e-hälsa och om upphävande av genomförandebeslut 2011/890/EU (ändrat genom beslut 2020/1023).

Med apotek eller motsvarande avses en inrättning som är behörig att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument i ett annat EES-land. Med *expediering* avses den process som börjar med att läkemedel efterfrågas utifrån en förskrivning och avslutas med att ett

läkemedel lämnas ut på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land.

En avgränsning av vilka apotek eller motsvarande som omfattas görs genom att expediering ska ske enligt de krav som har antagits av nätverket för e-hälsa. Hänvisningen till dessa krav innebär också att utbytet av personuppgifter bara får ske via medlemsländernas respektive nationella kontaktpunkt för e-hälsa och bara när en sådan kontaktpunkt har godkänts för deltagande i utbytet av nätverket för e-hälsa.

Syftet med bestämmelsen är att möjliggöra expediering på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. För detta behöver E-hälsomyndigheten behandla personuppgifter genom att ta emot och lämna ut uppgifter från den nationella läkemedelslistan till den nationella kontaktpunkten för e-hälsa i ett annat EES-land där expedieringen får ske. Ändamålet omfattar den behandling som är nödvändig för en expediering bl.a. de kontroller som krävs t.ex. avseende behörig förskrivare och vilka läkemedel som får expedieras. Det kan även avse uppgifter om ett e-recept som inte får expedieras i ett annat EES-land. Patientens samtycke kommer att krävas för att personuppgifterna ska få behandlas för detta ändamål, se 4 kap. 1 §.

Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3. Nätverket för e-hälsas krav beskrivs närmare i kapitel 5.

8 §

Paragrafen reglerar vilka uppgifter som får registreras i den nationella läkemedelslistan.

I första stycket 3 läggs förskrivare behörig i ett annat EES-land till för att förskrivarens namn och yrke ska få behandlas enligt lagen.

I andra stycket, som är nytt, likställs ett expedierande apotek eller motsvarande i ett annat EES-land med ett expedierande apotek i Sverige. Det innebär att även uppgifter om apotek eller motsvarande i ett annat EES-land ska få behandlas enligt lagen om nationell läkemedelslista. Med apotek eller motsvarande avses en inrättning som är behörig att bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument i ett annat EES-land. De uppgifter som avses i punkten är kontaktuppgifter till expedierande apotek och uppgifter som identifierar det apoteket.

Tredje stycket är också nytt och likställer den som är behörig att expediera läkemedel i ett annat EES-land med expedierande farmaceut i Sverige. Detta innebär att även uppgift om expedierande farmaceut från ett annat EES-land får behandlas enligt lagen. De uppgifter som avses är farmaceutens namn, identifiering av farmaceuten och dennes yrke.

Övervägandena finns i avsnitt 8.3.

9 §

Paragrafen reglerar vilka sökbegränsningar som gäller för en sökning som rör en fysisk person.

En ändring görs i *första stycket* så att ändamålet i 3 kap. 3 a § omfattas. Det innebär att det också är möjligt att söka på ombudets identitet för expedieringar som görs på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land. Det nya ändamålet i 3 kap. 3 a § innebär också att det är möjligt att söka på patientens identitet.

Övervägandena finns i avsnitt 8.2.5.

4 kap.

1 §

Paragrafen reglerar den registrerades inställning till personuppgiftsbehandlingen.

En ändring görs i *andra stycket* som innebär att patientens samtycke krävs för att personuppgifterna ska få behandlas för ändamålet expediering av läkemedel på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land enligt 3 kap. 3 a §. Samtycket är ett s.k. integritetshöjande samtycke, dvs. en form av skyddsåtgärd och utgör inte den rättsliga grunden för behandlingen. Samtycket ska lämnas innan personuppgifterna överförs till ett annat EES-land. I sista ledet görs endast språkliga justeringar.

Övervägandena finns i avsnitt 8.2.6.

6 kap.

9 §

Paragrafen, som är ny, innehåller en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till en utländsk kontaktpunkt för e-hälsa. Med utländsk kontaktpunkt för e-hälsa avses en nationell kontaktpunkt för e-hälsa vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård som har utsetts till sådan kontaktpunkt i enlighet med artikel 6 i patientrörlighetsdirektivet. Enligt nätverket för e-hälsas krav ska endast en sådan kontaktpunkt för e-hälsa utses av respektive land för informationsöverföring avseende e-recept över landsgränser. Paragrafen möjliggör utlämnande av uppgifter till utländsk kontaktpunkt utan föregående sekretessprövning i varje enskilt fall.

Uppgiftsskyldigheten avser de uppgifter som är nödvändiga för ändamålet i 3 kap. 3 a § att möjliggöra expediering av läkemedel i ett annat EES-land. Med *expediering* av läkemedel avses den process som börjar med att läkemedel efterfrågas utifrån en förskrivning och avslutas med att ett läkemedel lämnas ut på ett apotek eller motsvarande i ett annat EES-land.

De uppgifter som skyldigheten omfattar hämtas från den nationella läkemedelslistan och avser bl.a. patienten, patientens läkemedelsbehandling och förskrivet läkemedel, se vidare avsnitt 5.4.2.

En sekretessbrytande bestämmelse finns i 25 kap. 17 c § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Övervägandena finns i avsnitt 8.2.8 och 10.6.

Kommittédirektiv 2020:80

Vissa frågor om förskrivning och expediering av elektroniska recept inom EES

Beslut vid regeringssammanträde den 30 juli 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska kartlägga informationsflöden och ansvarsfördelning i fråga om förskrivning och expediering av elektroniska recept (e-recept) inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES). Utredaren ska vid behov lämna förslag på nationell reglering eller andra åtgärder i syfte att säkerställa en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess vid sådant informationsutbyte.

Utredaren ska bl.a.

- kartlägga de olika delarna i läkemedelsprocessen samt beskriva vilket ansvar som berörda aktörer har när e-recept utfärdade i andra EES-länder ska expedieras i Sverige och e-recept utfärdade i Sverige ska expedieras i andra EES-länder,
- analysera behovet av att reglera den personuppgiftsbehandling som öppenvårdsapoteken utför vid expedieringar i Sverige av e-recept utfärdade i annat EES-land eller svenska e-recept som expedieras utomlands,
- analysera möjligheterna att inkludera uppgifter om förskrivare, farmaceuter och öppenvårdsapoteke från andra EES-länder i den nationella läkemedelslistan, och
- analysera huruvida förekomsten av digitala vårdtjänster och arbetet inom nätverket för e-hälsa motiverar behov av ytterligare in-

satser för att säkerställa en patientsäker expediering av andra EES-länders e-recept på ett svenskt öppenvårdsapotek och expediering av ett svenskt e-recept i andra EES-länder.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

Bakgrund till uppdraget

Patientrörlighetsdirektivet

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet) innehåller bestämmelser för att göra det lättare att få tillgång till en säker och högkvalitativ gränsöverskridande hälso- och sjukvård, och uppmuntrar till samarbete om hälso- och sjukvård mellan medlemsstater, samtidigt som fullständig hänsyn ska tas till nationell kompetens i fråga om organisation och tillhandahållande av hälso- och sjukvård (artikel 1.1). Direktivet är genomfört i svensk rätt bl.a. genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, se propositionen Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning (prop. 2012/13:150).

Enligt artikel 11 i patientrörlighetsdirektivet ska medlemsstaterna se till att recept som utfärdats i en annan medlemsstat kan expedieras i det egna landet under vissa förutsättningar. Medlemsstaterna ska se till att ett recept minst innehåller de uppgifter som räknas upp i en icke-uttömmande förteckning, som framgår av Europeiska kommissionens genomförandedirektiv 2012/52/EU av den 20 december 2012 om åtgärder för att underlätta erkännandet av recept som utfärdats i en annan medlemsstat. I Sverige bedöms dessa uppgifter framgå av Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2019:32) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit (se prop. 2012/13:150 s. 100–102).

I patientrörlighetsdirektivet pekas ett antal områden ut där fördjupad samverkan eftersträvas för att uppnå direktivets syften (se bl.a. skäl 51 och kapitel IV). Ett av dessa områden rör e-hälsa (artikel 14). Samarbetet om e-hälsa är frivilligt och syftar till att möjliggöra utbyte av patientrelaterad information, bland annat elektroniska recept

(e-recept), inom unionen. Samarbetet ska enligt artikel 14 göras inom ramen för ett frivilligt nätverk, benämnt nätverket för e-hälsa.

Nätverket för e-hälsa

Nätverket för e-hälsa är ett samarbete som kopplar ihop nationella myndigheter som ansvarar för e-hälsa, utsedda av medlemsstaterna. Nätverket syftar till att stödja arbetet med att möjliggöra informationsutbyte mellan medlemsstaterna. Nätverket etablerades i samband med att patientrörlighetsdirektivet beslutades 2011 och samtliga EU-länder ingår. Norge deltar i nätverket som observatör. Sverige representeras i nätverket av Socialdepartementet och E-hälsomyndigheten. Nätverkets uppgifter enligt artikel 14 i patientrörlighetsdirektivet är bl.a. att

- arbeta för att tillhandahålla europeiska system och tjänster som rör e-hälsa,
- utarbeta riktlinjer om uppgifter som kan delas vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, och
- stödja medlemsstaterna vid utarbetande av gemensamma åtgärder för identifiering och autentisering för att underlätta överföring av uppgifter.

Inom ramen för nätverkets arbete har såväl ett stort antal vägledande dokument tagits fram som en teknisk infrastruktur på EU-nivå som möjliggör ett säkert informationsutbyte. Information som prioriterats i samarbetet inledningsvis är e-recept och s.k. patientöversikter. Patientöversikter är sammanställningar av den mest nödvändiga journalinformationen som behövs vid ett vårdtillfälle. Ytterligare informationsmängder som diskuterats för framtida utbyte över landsgränser är bl.a. laboratoriedata och medicinska bilder. För att stödja arbetet i nätverket har tre gemensamma åtgärder, s.k. joint actions, genomförts: eHealth Governance Initiative (eHGI), Joint Action to support the eHealth Network (JAseHN) och eHealth Action (eHaction). Åtgärderna är EU-övergripande projekt som finansieras via Europeiska kommissionen och syftar till att stödja arbetet som görs inom ramen för nätverket. Exempel på insatser som gjorts genom dessa gemensamma åtgärder är bl.a. att upprätta en förvaltningsstruktur för gräns-

överskridande e-hälsotjänster och att utarbeta riktlinjer för e-recept och patientöversikter. E-hälsomyndigheten har aktivt medverkat i detta arbete som en del i myndighetens årliga uppdrag på området.

Det EU-gemensamma utvecklingsarbete som genomförts inom ramen för nätverket för e-hälsa har också resulterat i att Finland och Estland börjat utbyta e-recept och ytterligare länder förväntas komma igång under kommande år.

Patientrörligheten inom EU

De mest heltäckande data som finns att tillgå som publicerats av Europeiska kommissionen rör situationen 2016. Dessa data visar att drygt 200 000 patienter per år nyttjar de system som införts genom patientrörlighetsdirektivet för att få vård utomlands. Frankrike var det land som hade flest utresande patienter (drygt 140 000) och Spanien var det land med flest inresande patienter (drygt 45 000).

I Sverige kan statistik om utomlandsvård hämtas från Försäkringskassan som hanterar ersättning för detta nationellt. År 2016 var det nästan 2 500 svenska medborgare som sökt ersättning förutomlandsvård. Vården utfördes i 26 olika EU-länder och Schweiz med en stark koncentration till Danmark och Finland.

E-hälsomyndighetens arbete och ansvar i fråga om e-recept

E-hälsomyndigheten ska enligt sin instruktion ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshandling (1 § förordningen [2013:1031] med instruktion för E-hälsomyndigheten). Inom ramen för detta ansvar hanterar myndigheten ett flertal olika register varav två av de mest centrala är receptregistret, där alla e-recept för människor lagras (humanrecept), samt läkemedelsförteckningen som lagrar uppgifter om läkemedel som en enskild person hämtat ut på recept. Bestämmelser om registren finns i lagen (1996:1156) om receptregister respektive lagen (2005:258) om läkemedelsförteckningen. Registerna kommer att ersättas av den nationella läkemedelslistan (prop. 2017/18:223 och prop. 2019/20:158). Under 2019 hanterade myndigheten drygt 90 miljoner humanrecept och e-recept låg till grund för 99 procent av expedieringarna.

E-hälsomyndigheten har sedan myndigheten inrättades 2014 årligen haft uppdrag att förvalta och utveckla funktioner som möjliggör utbyte av e-recept över landsgränser samt pekats ut som nationell kontaktpunkt för e-hälsofrågor kopplade till patientrörlighetsdirektivet. Inom ramen för uppdragen har myndigheten bl.a. arbetat med att utveckla den nationella tekniska infrastrukturen som är nödvändig för att såväl kunna expediera e-recept från andra delar av Europa som att möjliggöra expediering av svenska recept i andra länder. Detta arbete har gjorts gemensamt med övriga länder som medverkar i nätverket för e-hälsa

Nationella läkemedelslistan

Receptregistret och läkemedelsförteckningen kommer att ersättas av ett nytt personregister, den nationella läkemedelslistan, som också ska föras av E-hälsomyndigheten. Frågan om gränsöverskridande e-recepthantering berörs i propositionen till lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista (prop. 2017/18:223 s. 217). Av propositionen framgår att uppgifter om recept som förskrivits i Sverige och expedierats i EU inte kommer ingå i den föreslagna lagen om nationell läkemedelslista men att sådan information skulle kunna läggas till framöver när bl.a. de juridiska förutsättningarna finns på plats. Majoriteten av bestämmelserna i lagen om nationell läkemedelslista skulle ha trätt i kraft juni 2020, men med anledning av spridningen av det nya coronaviruset som orsakar sjukdomen covid-19 har ikraftträdandet ändrats till maj 2021 (prop. 2019/20:158). Ikraftträdandet av bestämmelsen om krav på anslutning till den nationella läkemedelslistan för bl.a. hälso- och sjukvårdens aktörer har senarelagts till den 1 maj 2023.

Rapporten Reglering av personuppgiftsbehandling

E-hälsomyndigheten fick 2018 i uppdrag att göra en juridisk analys av den personuppgiftsbehandling som myndigheten avser att genomföra inom ramen för patientrörlighetsdirektivet. I december samma år slutrapporterade myndigheten uppdraget genom rapporten Reglering av personuppgiftsbehandling (S2018/04035/FS).

I rapporten beskriver E-hälsomyndigheten översiktligt hur processen är tänkt att se ut när svenska e-recept ska expedieras i utlandet och utländska e-recept ska expedieras i Sverige. Processen baseras på de riktlinjer som ställts upp av nätverket för e-hälsa. Utifrån processbeskrivningen konstaterar E-hälsomyndigheten att ett gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept innebär att det kommer att vara nödvändigt att behandla känsliga personuppgifter på ett sätt som myndigheten inte gör i dag. För att denna personuppgiftsbehandling ska vara tillåten behövs författningsändringar och myndigheten lämnade ett antal förslag i rapporten. Myndigheten framhöll att uppdraget var avgränsat till endast myndighetens personuppgiftsbehandling men för att ett gränsöverskridande informationsutbyte skulle kunna genomföras fullt ut lyftes att ytterligare utredningsarbete, samt eventuella författningsändringar, var nödvändigt. I rapporten framhöll E-hälsomyndigheten vidare att de tekniska förutsättningarna för e-receptutbyte över landsgränser i stort finns på plats i Sverige men att innan e-receptutbyte påbörjas behövs ett tydligt författningsstöd för detta.

Rapporten remitterades under 2019 och ett flertal remissinstanser var positiva till förslagen i rapporten men lyfte i likhet med E-hälsomyndigheten behovet av ytterligare utredning.

Problembeskrivning och behovet av en utredning

Redan i dag kan svenska pappersrecept expedieras på utländska apotek och utländska pappersrecept expedieras på svenska öppenvårdsapotek. Som framkommit ovan låg e-recept till grund för 99 procent av alla expedieringar i Sverige. Det finns många fördelar med detta. Vården får möjligheter till uppföljning av t.ex. förskrivningsmönster och en mer samlad bild över patienters aktuella förskrivningar vid vårdtillfället, vilket är en förutsättning för en patientsäker läkemedelshantering. Patienter får en mer heltäckande bild för att därmed bättre kunna följa den egna läkemedelsanvändningen. Berörda myndigheter får genom en digital hantering också möjligheter att följa upp t.ex. oegentlig förskrivning och uthämtning av narkotiska läkemedel. För att säkerställa att personer som bor i Sverige men arbetar i ett annat land eller som periodvis bor i ett annat land, t.ex. pensionärer, inte ska riskera att få sämre möjligheter till en säker läkemedelshantering

är det således önskvärt att e-recepthanteringen även möjliggörs vid gränsöverskridande vård.

Även om den gränsöverskridande vården i dag omfattar relativt små patientflöden är den ett viktigt komplement till den nationella vården som fastställs i regleringar på nationell och europeisk nivå.

I propositionen Nationell läkemedelslista (prop. 2017/18:223 s. 218) framhöll regeringen att en av anledningarna till att uppgifter om recept som förskrivits i Sverige och som expedierats i EU inte inkluderas i lagen om nationell läkemedelslista är att det finns frågetecken kring det praktiska och tekniska genomförandet av arbetet. De senaste åren har ett aktivt utrednings- och utvecklingsarbete pågått inom ramen för nätverket för e-hälsa rörande regler och specifikationer för e-recept samt krav på informationssäkerhet för de länder som medverkar i EU-arbetet. Detta har resulterat i att e-receptutbyte redan påbörjats mellan Finland och Estland. Det finns således numera en tydligare bild av de tekniska förutsättningarna som ställs upp för informationsutbytet.

För att fullt ut möjliggöra för såväl i Sverige förskrivna recept som expedieras i andra EES-länder som recept som förskrivs i andra EES-länder och expedieras i Sverige krävs dock ytterligare utredningsarbete. Regeringen ser därför att de frågeställningar som lyfts i E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling* samt i remissvaren på denna är av den art att de behöver utredas samlat.

Uppdraget att utreda vad som krävs för en patientsäker och effektiv process för e-recept inom EES

Utgångspunkten för dessa direktiv är att få till en heltäckande reglering från förskrivning till expediering och uppföljning för såväl i Sverige förskrivna recept som expedieras i andra EES-länder som recept som förskrivs i andra EES-länder och expedieras i Sverige. Regleringen ska syfta till att säkerställa att den gränsöverskridande processen kan vara lika patientsäker och effektiv som den nationella processen. Utredaren ska för samtliga frågor som ska utredas, i relevanta delar, beakta Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här kallad EU:s dataskyddsförordning. Utredningen ska

även särskilt redogöra för hur eventuella författningsförslag förhåller sig till bestämmelserna om skyddet mot betydande intrång i den personliga integriteten i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen.

De specifika frågeställningar som utredaren ska se över beskrivs nedan.

Kartlägg informationsflöde och ansvarsfördelning

I rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling* beskrivs hur processen är tänkt att se ut när e-recept ska expedieras i utlandet och utländska e-recept ska expedieras i hemlandet. Denna beskrivningen gjorde E-hälsomyndigheten i syfte att analysera regleringen av myndighetens egen personuppgiftsbehandling.

För att säkerställa att såväl alla nödvändiga steg som ansvarsfördelning för berörda aktörer beaktas i utredningsarbetet behöver denna beskrivning kompletteras med en heltäckande analys och kartläggning som även inkluderar andra berörda aktörer, t.ex. öppenvårdsapotek, vårdgivare och myndigheter. I kartläggningen ska utredaren särskilt beakta relevanta EU-rättsakter, t.ex. EU:s dataskyddsförordning, Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2018/1724 av den 2 oktober 2018 om inrättande av en gemensam digital ingång för tillhandahållande av information, förfaranden samt hjälp- och problemlösningstjänster samt Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2016/2102 av den 26 oktober 2016 om tillgänglighet avseende offentliga myndigheters webbplatser och mobila applikationer.

Utredaren ska därför

- kartlägga de olika delarna i läkemedelsprocessen när e-recept utfärdade i andra EES-länder ska expedieras i Sverige och när e-recept utfärdade i Sverige ska expedieras i andra EES-länder, och
- beskriva vilket ansvar som berörda aktörer har i de olika delarna i läkemedelsprocessen när e-recept utfärdade i andra EES-länder ska expedieras i Sverige, och när e-recept utfärdade i Sverige ska expedieras i andra EES-länder.

Kartläggningen i denna del av uppdraget ska ligga till grund för övriga frågor nedan.

Analysera behovet av att reglera personuppgiftsbehandling

Läkemedelprocessen från förskrivning vid t.ex. en vårdcentral till expediering på ett öppenvårdsapotek berör många aktörer och regleras i flera olika författningar. Dagens reglering för hur personuppgifter får behandlas i läkemedelsprocessen har inte utformats utifrån det faktum att uppgifter om en förskrivning numera kan komma från vårdgivare i andra EES-länder alternativt expedieras hos ett öppenvårdsapotek eller motsvarande i andra EES-länder. I och med en ökad rörlighet i Europa och de möjligheter som patientrörlighetsdirektivet ger till utlandsvård uppkommer nya frågor.

E-hälsomyndigheten har i rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling* lämnat författningsförslag som avser den personuppgiftsbehandling som myndigheten behöver göra vid ett gränsöverskridande informationsutbyte av e-recept. Myndigheten pekar i sin rapport på ett behov av översyn av öppenvårdsapotekens personuppgiftsbehandling. Myndigheten framhåller att om öppenvårdsapotek ska kunna expediera utländska e-recept bör det säkerställas att den personuppgiftsbehandling som är nödvändig för dem att utföra är förenlig med apoteksdatalagen (2009:367). Även Datainspektionen och Läkemedelsverket lyfter denna aspekt i sina remissvar på rapporten.

Apoteksdatalagen tillkom 2009 i och med omregleringen av apoteksmarknaden. Regeringen ansåg att det var angeläget med en tydlig reglering av hanteringen av personuppgifter i öppenvårdsapotekens verksamhet för att även på en omreglerad marknad skydda integriteten hos konsumenter och de som är behörig att förordna läkemedel. Apoteksdatalagen och frågor om gränsöverskridande informationshantering för utlandsvård behandlas varken i förarbetena till lagen eller vid genomförandet av patientrörlighetsdirektivet.

Den 25 maj 2018 började EU:s dataskyddsförordning tillämpas. Personuppgiftslagen (1998:204) upphävdes och ersattes av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) i samband med detta. Flera anpassningar i olika registerförfattningar gjordes för att tydliggöra att dessa innehåller ytterligare kompletterande bestämmelser till dataskyddsförordningen och dataskyddslagen samt för att i övrigt anpassa den nationella lagstiftningen till dataskyddsförordningen. Apoteksdatalagen var föremål för översyn i och med anpassningen av befintlig

reglering till EU:s dataskyddsförordning men översynen omfattade inte frågor som rör patientrörlighetsdirektivet.

Utredaren ska därför

- analysera behovet av att reglera den personuppgiftsbehandling som öppenvårdsapoteken utför vid expedieringar i Sverige av e-recept utfärdade i annat EES-land eller svenska e-recept som expedieras utomlands,
- analysera behovet att reglera personuppgiftsbehandling för andra berörda aktörer, t.ex. vårdgivare eller myndigheter, i läkemedelsprocesser för e-recept som är förskrivna i andra EES-länder och expedieras i Sverige eller svenska e-recept som expedieras utomlands,
- vid behov lämna förslag på de författningsändringar och andra åtgärder som bedöms nödvändiga, och
- särskilt redogöra för hur eventuella författningsförslag förhåller sig till relevant dataskyddsreglering, med utgångspunkt i EU:s dataskyddsförordning.

Se över behovet av andra åtgärder för att säkerställa en patientsäker och effektiv läkemedelsprocess

I uppdraget ingår att utreda vad som i övrigt krävs för att kunna säkerställa en patientsäker och effektiv process för förskrivning och expediering av e-recept inom EES. Utgångspunkten för översynen ska vara de frågor som E-hälsomyndigheten pekat ut i rapporten *Reglering av personuppgiftsbehandling*. Vissa av de utpekade frågorna redogörs för nedan.

Förskrivare, farmaceut och öppenvårdsapotek från andra EES-länder

Hälso- och sjukvård och öppenvårdsapotek behöver ha en så komplett bild som möjligt av förskrivna och expedierade läkemedel för att kunna ge en patientsäker och ändamålsenlig vård. Att få med recept som expedierats i andra EES-länder i den nationella läkemedelslistan ger förskrivare och expedierande personal ett mer fullständigt beslutsunderlag i mötet med patienter.

Av lagen om nationell läkemedelslista framgår att registret kommer innehålla vissa uppgifter om förskrivare och farmaceuter. Dessa två begrepp definieras i lagen (2009:366) om handel med läkemedel respektive i Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. E-hälsomyndigheten lyfter i sin rapport att så som begreppen definieras går det inte att utläsa att de också omfattar utländska motsvarigheter. Frågan om begreppen förskrivare och farmaceut, samt även öppenvårdsapotek, berörs också i propositionen Nationell läkemedelslista där det anges att de svenska begreppen endast avser sådana med svensk legitimation respektive öppenvårdsapotek med en svensk licens (prop. 2017/18:223 s. 217).

Utredaren ska därför

- med utgångspunkt i EU:s dataskyddsförordning analysera möjligheterna att inkludera uppgifter om förskrivare, farmaceuter och öppenvårdsapotek från andra EES-länder i den nationella läkemedelslistan,
- analysera om det finns behov av att ändra i reglerna om offentlighet och sekretess i det fall sådana uppgifter inkluderas i den nationella läkemedelslistan, och
- vid behov lämna förslag på de författningsändringar och andra åtgärder som bedöms nödvändiga.

Krav på öppenvårdsapotek

E-hälsomyndigheten framhåller i sin rapport, liksom Läkemedelsverket i sitt remissvar på denna rapport, att det finns behov av att utreda om gränsöverskridande e-recepthantering förutsätter ändringar i lagen om handel med läkemedel. Exempel som tas upp av myndigheterna är öppenvårdsapotekens skyldighet att lämna ut läkemedel mot recept som utfärdats i ett annat EU-land och deras uppgiftsskyldighet gentemot E-hälsomyndigheten vid expediering av utländskt e-recept.

Båda myndigheterna lyfter också behovet av att utreda ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

De krav som ställs på den verksamhet som bedrivs av öppenvårdsapotek regleras i lagen om handel med läkemedel. Vad som gäller vid

mottagande och expediering av recept regleras i Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Utredaren ska därför

- analysera behovet av att ändra de krav som ställs på öppenvårdsapotek i lagen om handel med läkemedel med anledning av expediering av e-recept utfärdade i andra EES-länder,
- i det fall det finns ett behov av att förändra de krav som ställs på öppenvårdsapotek, analysera de ändrade kraven utifrån ett offentlighets- och sekretessperspektiv,
- analysera om expediering i andra EES-länder av e-recept utfärdade i Sverige respektive expediering i Sverige av e-recept utfärdade i andra EES-länder förutsätter ändringar i Läkemedelsverkets föreskrifter, och
- vid behov lämna förslag på de författningsändringar och andra åtgärder som bedöms nödvändiga.

Digitala vårdtjänster

I remissvaren på E-hälsomyndighetens rapport *Reglering av personuppgiftsbehandling lyfts ett antal frågeställningar som kan påverka möjligheterna till en ändamålsenlig gränsöverskridande e-recepthantering. En sådan frågeställning rör digitala vårdtjänster som inte fanns i någon nämnvärd utsträckning vid den tidpunkt då patientrörlighetsdirektivet genomfördes i svensk rätt. Det handlar sammanfattningsvis om hälso- och sjukvård som sker genom digital distanskontakt, det vill säga genom någon form av digital kommunikation där en identifierad patient och hälso- och sjukvårdspersonalen är rumsligt åtskilda.*

Redan i dag kan recept utfärdade i andra EES-länder expedieras i Sverige och tvärtom. Detta får antas komma att öka i och med den digitala utvecklingen som man ser i såväl Sverige som i de flesta andra EES-länder. Till exempel kommer recept som utfärdats i andra EES-länder vid internetbaserade besök kunna expedieras i Sveriges. I remissvaren på E-hälsomyndighetens rapport lyfts frågan om behovet av ytterligare utredning eller riskbedömning av sådan gränsöverskridande hantering av e-recept, till exempel kopplat till antibiotikaförskrivning.

Utredaren ska därför

- analysera huruvida förekomsten av digitala vårdtjänster och arbetet inom nätverket för e-hälsa motiverar behov av ytterligare insatser för att säkerställa en patientsäker expediering av andra EES-länders e-recept på ett svenskt öppenvårdsapotek och expediering av ett svenskt e-recept i andra EES-länder, och
- vid behov lämna förslag på de författningsändringar och andra åtgärder som bedöms nödvändiga.

Göra en översyn av andra nödvändiga åtgärder

Utredaren ska utöver vad som beskrivits ovan även

- analysera andra åtgärder som identifierats och som bedöms prioriterade att genomföra för att möjliggöra en patientsäker och effektiv process för e-recept inom EES.

Konsekvensbeskrivningar

I frågor som rör personuppgiftsbehandling ska utredaren i samband med att förslag läggs fram särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet och skydd för den personliga integriteten. Eventuella inskränkningar i integritetsskyddet kopplade till sekretess och tystnadsplikt ska följas av analyser av mindre integritetskränkande alternativ samt förslag på särskilda integritetsskyddande åtgärder. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som motiverar förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § regeringsformen).

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska ha dialog med kommuner, regioner, Sveriges Kommuner och Regioner, samt företrädare för apoteksaktörerna, privata vårdgivare och patient- och professionsorganisationer. Utredaren ska även ha dialog med berörda myndigheter, främst E-hälsomyndigheten, Läkemiddelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Datainspektionen.

Utredaren ska vidare samråda med andra pågående utredningar som är relevanta, bl.a. Utredningen om genomförandet av tillgänglighetsdirektivet (S 2020:05) och utredningen Ökad och standardiserad användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen (I 2020:01).

Uppdraget ska redovisas senast den 30 september 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2021:54

Tilläggsdirektiv till Utredningen om e-recept inom EES (S 2020:10)

Beslut vid regeringssammanträde den 8 juli 2021

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 30 juli 2020 kommittédirektiv om vissa frågor om förskrivning och expediering av elektroniska recept inom EES (dir. 2020:80). Enligt utredningens direktiv skulle uppdraget redovisas senast den 30 september 2021.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 31 december 2021.

(Socialdepartementet)

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU

Kommissionens genomförandedirektiv 2012/52/EU

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.

80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S
81. En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. N.
82. Säkerhetsprövning av totalförsvarspiktiga. Fö.
83. Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. U.
84. Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. Ju.
85. Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. Ju.
86. ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. A.
87. Granskning av utländska direktinvesteringar. Ju.
88. Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. Ju.
89. Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd. Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. S.
90. En översyn av den straffrättsliga regleringen om preskription. Ju.
91. En ny rymdlag. U.
92. Åtgärder i gränsnära områden. Ju.
93. Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personalcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. S.
- 94 Ett utökat skydd mot diskriminering. A.
95. En möjlighet till småskalig gårdsförsäljning av alkoholdrycker. S.
96. Säkerhet och tillgänglighet vid val. Ju.
97. Säker och kostnadseffektiv it-drift – förslag till varaktiga former för samordnad statlig it-drift. I.
98. Ett förbättrat trygghetssystem för företagare – enklare och mer förutsägbart. N.
99. Rätt mottagare. Granskning och integritet. Ku.
100. Ny förverkandelagstiftning. Ju.
101. Träffsäkert. Införande av månadsuppgifter i bostadsbidraget och underhållsstödet. Volym 1. Ett nytt bostads- och familjestöd (Bofast) och statlig underhållsreglering. Volym 2. S.
- 102.E-recept inom EES. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. [86]
- Ett utökat skydd mot diskriminering. [94]

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]
- Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]
- Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]
- Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]
- Mikroföretagarkonto
 - schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]
- Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]
- En god kommunal hushållning.
 - + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]
- En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

- Sveriges säkerhet
 - behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]
- Säkerhetsprövning
 - av totalförsvarspliktiga. [82]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
 - rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

- Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

- Kontroller på väg. [31]

- Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

- Regler för statliga elvägar. [73]

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
 - förslag till varaktiga former för samordnad statlig it-drift. [97]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röst-mottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag
 - En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna.
 - Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]
Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]
Snabbare lagföring
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]
Kommuner mot brott. [49]
Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]
Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]
Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]
Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]
Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]
Ersättning till brottsoffer. [64]
Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]
Ett modernt belöningsssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]
EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]
Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. [84]
Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. [85]
Granskning av utländska direktinvesteringar. [87]
Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. [88]
En översyn av den straffrättsliga regleringen om preskription. [90]
Åtgärder i gränsnära områden. [92]
Säkerhet och tillgänglighet vid val. [96]
Ny förverkandelagstiftning. [100]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]
Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]
Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]
Rätt mottagare. Granskning och integritet. [99]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]
Använd det som fungerar. [26]
I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]
Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]
En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]
Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]
Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]
En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. [81]
Ett förbättrat trygghetssystem för företagare – enklare och mer förutsägbart. [98]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]
När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfatning (häfte). [8]
Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

- Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]
- Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]
- VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]
- Tillgänglighetsdirektivet. [44]
- Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]
- Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]
- En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]
- Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]
- Börja med barnen!
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]
- Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]
- Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. [89]
- Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. [93]
- En möjlighet till småskalig gårdsförsäljning av alkoholdrycker. [95]
- Träffsäkert.
Införande av månadsuppgifter i bostadsbidraget och underhållsstödet. Volym 1. Ett nytt bostads- och familjestöd (Bofast) och statlig underhållsreglering. Volym 2. [101]
- E-recept inom EES. [102]
- Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]
- Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]
- Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]
- En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]
- Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]
- Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]
- Högskoleprovets organisation och styrning. [72]
- Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. [83]
- En ny rymdlag. [91]

Utbildningsdepartementet

- Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]

DIREKTIV

EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS DIREKTIV 2011/24/EU

av den 9 mars 2011

om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård

EUROPAPARLAMENTET OCH EUROPEISKA UNIONENS RÅD HAR
ANTAGIT DETTA DIREKTIV

hälsan bör säkerställas vid harmonisering och särskilt att hänsyn tas till ny utveckling som grundar sig på vetenskapliga fakta.

med beaktande av fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, särskilt artiklarna 114 och 168,

(3) Hälso- och sjukvårdssystemen i unionen är en central del av unionens höga sociala skyddsnivå och bidrar till såväl social sammanhållning och social rättvisa som en hållbar utveckling. Hälso- och sjukvård ingår också i den bredare ramen för tjänster av allmänt intresse.

med beaktande av Europeiska kommissionens förslag,

med beaktande av Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs yttrande ⁽¹⁾,

(4) Oberoende av möjligheten för patienterna att erhålla gränsöverskridande hälso- och sjukvård i enlighet med detta direktiv ansvarar medlemsstaterna för att tillhandahålla medborgarna inom sitt territorium en säker, högkvalitativ, effektiv och kvantitativt tillfredsställande hälso- och sjukvård. Införlivandet av detta direktiv med nationell lagstiftning och dess tillämpning bör inte leda till att patienter uppmanas att söka behandling utanför sin försäkringsmedlemsstat.

med beaktande av Regionkommitténs yttrande ⁽²⁾,

i enlighet med det ordinarie lagstiftningsförfarandet ⁽³⁾, och

av följande skäl:

(1) Enligt artikel 168.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) måste en hög hälsoskyddsnivå för människor säkerställas vid utformning och genomförande av all unionspolitik och alla unionsåtgärder. Detta betyder att en hög hälsoskyddsnivå måste garanteras även när unionen antar akter enligt andra bestämmelser i fördraget.

(5) Som rådet konstaterat i sina slutsatser av den 1–2 juni 2006 om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem ⁽⁴⁾ (nedan kallade *rådets slutsatser*) finns det ett antal gemensamma funktionsprinciper som används inom hälso- och sjukvårdssystemen i hela unionen. Dessa funktionsprinciper är nödvändiga för att säkerställa patienternas förtroende för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, som behövs för att uppnå patientrörlighet och en hög hälsoskyddsnivå. I samma uttalande konstaterade rådet att dessa värderingar och principer förverkligas i praktiken på mycket olika sätt i olika medlemsstater. I synnerhet måste beslut om vilket hälso- och sjukvårdsutbud som medborgarna har rätt till och de mekanismer som används för att finansiera och tillhandahålla denna hälso- och sjukvård, som t.ex. i vilken utsträckning det är lämpligt att lita till marknadsmekanismerna och konkurrenstrycket för att sköta hälso- och sjukvårdssystemen, fattas i ett nationellt sammanhang.

(2) Artikel 114 i EUF-fördraget är den lämpliga rättsliga grunden eftersom huvuddelen av bestämmelserna i detta direktiv har till syfte att få den inre marknaden och den fria rörligheten av varor, personer och tjänster att fungera bättre. Eftersom villkoren för åberopande av artikel 114 i EUF-fördraget som rättslig grund är uppfyllda måste denna rättsliga grund användas för unionslagstiftningen även när skydd av folkhälsan är en avgörande faktor i de val som görs. Artikel 114.3 i EUF-fördraget kräver i detta hänseende uttryckligen att en hög skyddsnivå för folk-

(6) Som Europeiska unionens domstol (nedan kallad *domstolen*) flera gånger slagit fast, samtidigt som den erkänt deras särskilda karaktär, faller alla typer av hälso- och sjukvård inom EUF-fördragets räckvidd.

⁽¹⁾ EUT C 175, 28.7.2009, s. 116.

⁽²⁾ EUT C 120, 28.5.2009, s. 65.

⁽³⁾ Europaparlamentets ståndpunkt av den 23 april 2009 (EUT C 184 E, 8.7.2010, s. 368), rådets ståndpunkt vid den första behandlingen av den 13 september 2010 (EUT C 275 E, 12.10.2010, s. 1), Europaparlamentets ståndpunkt av den 19 januari 2011 (ännu ej offentliggjord i EUT) och rådets beslut av den 28 februari 2011

⁽⁴⁾ EUT C 146, 22.6.2006, s. 1.

- (7) Detta direktiv respekterar, och påverkar inte, medlemsstaternas frihet att bestämma vilken typ av hälso- och sjukvård de anser lämplig. Inga bestämmelser i detta direktiv får tolkas på ett sådant sätt som undergräver medlemsstaternas grundläggande etiska val.
- (8) En del frågor som rör gränsöverskridande hälso- och sjukvård, särskilt kostnadsersättning för vård som ges i en annan medlemsstat än den där vårdmottagaren är bosatt, har redan behandlats av domstolen. Syftet med detta direktiv är att åstadkomma en mer allmän och också effektiv tillämpning av de principer som domstolen utarbetat utifrån de enskilda fallen.
- (9) I rådets slutsatser noterade rådet att det är särskilt värdefullt med ett initiativ om gränsöverskridande hälso- och sjukvård som garanterar tydlighet i fråga om unionsmedborgarnas rättigheter då de flyttar från en medlemsstat till en annan för att trygga rättssäkerheten.
- (10) Detta direktiv syftar till att fastställa bestämmelser som gör det lättare att få tillgång till säker, högkvalitativ gränsöverskridande hälso- och sjukvård i unionen och att garantera patienterna rörlighet i överensstämmelse med de principer som fastslagits av domstolen samt till att främja vårdssamarbete mellan medlemsstaterna, samtidigt som medlemsstaternas ansvar för att fastställa socialförsäkringsförmåner som avser hälso- och sjukvård samt organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård och socialförsäkringsförmåner, särskilt förmåner vid sjukdom, respekteras fullt ut.
- (11) Detta direktiv bör tillämpas på enskilda patienter som beslutar sig för att söka hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat än försäkringsmedlemsstaten. Domstolen har bekräftat att varken hälso- och sjukvårdens särart eller det sätt på vilket den organiseras eller finansieras innebär att hälso- och sjukvård kan undantas från den grundläggande principen om fri rörlighet för tjänster. Försäkringsmedlemsstaten kan emellertid välja att begränsa ersättningen för gränsöverskridande hälso- och sjukvård av skäl som hänför sig till kvaliteten och säkerheten i fråga om den hälso- och sjukvård som tillhandahålls i de fall då detta kan motiveras av tvingande hänsyn till allmänintresset med anknytning till folkhälsan. Försäkringsmedlemsstaten kan även vidta ytterligare åtgärder av andra skäl i de fall då detta kan motiveras av sådana tvingande hänsyn till allmänintresset. Domstolen har också fastslagit att folkhälsoskyddet är ett sådant tvingande hänsyn till allmänintresset som kan motivera inskränkningar i den fria rörlighet som avses i fördragen.
- (12) Begreppet tvingande hänsyn till allmänintresset som omnämns i vissa bestämmelser i detta direktiv har utvecklats i domstolens rättspraxis rörande artiklarna 49 och 56 i EUF-fördraget och kan komma att vidareutvecklas. Domstolen har vid ett flertal tillfällen konstaterat att tvingande hänsyn till allmänintresset kan berättiga hinder för den fria rörligheten för tjänster, exempelvis krav på planering i samband med målet att garantera tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandling av hög kvalitet i medlemsstaten i fråga eller önskemålet att kontrollera kostnaderna och, i möjligaste mån, undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska eller personella resurser. Domstolen har också konstaterat att även målet att upprätthålla balanserad hälso- och sjukvård tillgänglig för alla kan omfattas av ett av de undantag, av folkhälsoskäl, som anges i artikel 52 i EUF-fördraget i den mån det bidrar till att en hög hälsoskyddsnivå uppnås. Domstolen har också fastslagit att medlemsstaterna enligt den bestämmelsen i EUF-fördraget kan inskränka friheten att tillhandahålla hälso- och sjukvård i den mån det av folkhälsoskäl är väsentligt att behålla behandlingskapacitet eller medicinsk kompetens inom det nationella territoriet.
- (13) Det står klart att skyldigheten att ersätta kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård bör begränsas till sådan hälso- och sjukvård som den försäkrade personen är berättigad till enligt lagstiftningen i försäkringsmedlemsstaten.
- (14) Detta direktiv bör inte tillämpas på tjänster vars huvudsakliga syfte är att vara till stöd för personer som behöver hjälp med utförande av rutinmässiga vardagssysslor. Detta direktiv bör närmare bestämt inte tillämpas på sådana tjänster vid långvarigt vårdbehov som anses nödvändig för att den vårdbehövande ska kunna leva ett så rikt och självvalt liv som möjligt. Detta direktiv bör följaktligen inte vara tillämpligt på till exempel tjänster vid långvarigt vårdbehov som tillhandahålls av hemtjänst eller i stödboenden och i äldreboenden eller vårdhem.
- (15) Med tanke på dess specifika karaktär bör tillgång till och fördelning av organ avsedda för organtransplantationer inte omfattas av detta direktivs tillämpningsområde.
- (16) Vad gäller ersättning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård bör detta direktiv inte omfatta endast situationer där en patient får hälso- och sjukvård som tillhandahålls i en annan medlemsstat än försäkringsmedlemsstaten utan även förskrivning, utlämning och tillhandahållande av läkemedel och medicinska hjälpmedel, i de fall då dessa tillhandahålls inom ramen för hälso- och sjukvård. Definitionen av gränsöverskridande hälso- och sjukvård bör omfatta såväl situationer där en patient införskaffar sådana läkemedel och medicinska hjälpmedel i en annan medlemsstat än försäkringsmedlemsstaten som situationer där en patient införskaffar sådana läkemedel och medicinska hjälpmedel i en annan medlemsstat än den medlemsstat där förskrivningen skedde.

- (17) Detta direktiv bör inte påverka medlemsstaternas regler om försäljning av läkemedel och medicinska hjälpmedel på Internet.
- (18) Detta direktiv bör inte göra någon person berättigad att resa in, stanna kvar eller vistas i en medlemsstat i avsikt att få hälso- och sjukvård i den staten. Om en persons vistelse på en medlemsstats territorium inte är i överensstämmelse med lagstiftningen i den medlemsstaten i fråga om rätten till inresa till eller vistelse på dess territorium bör en sådan person inte betraktas som en försäkrad person enligt definitionen i detta direktiv. Medlemsstaterna bör ha fortsatt möjlighet att i sin nationella lagstiftning fastställa vem som betraktas som en försäkrad person vid tillämpningen av deras offentliga hälso- och sjukvårdssystem och sociala trygghetslagstiftning under förutsättning att de patienträttigheter som föreskrivs i detta direktiv tryggas.
- (19) I de fall då en patient tillhandahålls gränsöverskridande hälso- och sjukvård är det väsentligt att patienten i förhand känner till vilka bestämmelser som är tillämpliga. De bestämmelser som är tillämpliga på gränsöverskridande hälso- och sjukvård bör vara de som anges i den behandlande medlemsstatens lagstiftning, eftersom medlemsstaterna enligt artikel 168.7 i EUF-fördraget har ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård. Det bör göra det enklare för patienten att fatta välgrundade beslut, och missuppfattningar och missförstånd kan undvikas. Det bör även skapa stort förtroende mellan patient och vårdgivare.
- (20) För att hjälpa patienter att fatta ett välgrundat beslut när de söker hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat bör de behandlande medlemsstaterna se till att patienter från andra medlemsstater på begäran ges relevant information om de säkerhets- och kvalitetsnormer som tillämpas på dess territorium samt om de vårdgivare för vilka dessa normer gäller. Dessutom bör vårdgivare på begäran ge patienter information om specifika aspekter av de hälso- och sjukvårdstjänster som de erbjuder och om behandlingsalternativen. I den utsträckning som vårdgivare redan ger patienter som är bosatta i den behandlande medlemsstaten relevant information om dessa specifika aspekter bör detta direktiv inte innebära någon skyldighet för vårdgivare att ge patienter från andra medlemsstater mer omfattande information. Inget bör hindra den behandlande medlemsstaten att också förpliktiga andra aktörer än vårdgivarna, till exempel försäkringsgivare eller myndigheter, att ge sådan information om specifika aspekter av de hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds, om det vore lämpligare med hänsyn till hur medlemsstatens hälso- och sjukvårdssystem är organiserat.
- (21) Rådet har i sina slutsatser erkänt att det finns en uppsättning gemensamma värderingar och principer som delas över hela unionen om hur hälso- och sjukvårdssystemen ska reagera på de behov den befolkning och de patienter, som de tjänar, har. De övergripande värderingarna allmäntlighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet har fått ett brett erkännande i de olika unionsinstitutionernas arbete. Medlemsstaterna bör därför också se till att dessa värderingar respekteras när det gäller patienter och medborgare från andra medlemsstater och att alla patienter behandlas lika utifrån deras vårdbehov snarare än utifrån deras försäkringsmedlemsstat. Medlemsstaterna bör härvidlag respektera principerna om fri rörlighet för personer på den inre marknaden, icke-diskriminering bl.a. med avseende på nationalitet, behov och proportionalitet i fråga om eventuella begränsningar av den fria rörligheten. Ingenting i detta direktiv bör emellertid ålägga vårdgivarna att de ska godkänna planerad behandling för patienter från andra medlemsstater eller prioritera dem till nackdel för andra patienter, t.ex. genom att andra patienter får vänta längre tid för behandling. Genom patienttillströmning kan efterfrågan komma att överstiga den kapacitet en viss medlemsstat har för en viss behandling. I sådana undantagsfall bör medlemsstaterna fortsatt ha möjlighet att åtgärda situationen med hänsyn till hälsa i enlighet med artiklarna 52 och 62 i EUF-fördraget. Denna begränsning bör dock inte påverka tillämpningen av medlemsstaternas skyldigheter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen⁽¹⁾.
- (22) Det bör göras systematiska och kontinuerliga ansträngningar för att garantera att kvalitets- och säkerhetsnormerna förbättras i linje med rådets slutsatser och med beaktande av framsteg inom den internationella medicinska vetenskapen, beprövad medicinsk erfarenhet samt ny teknik inom vården.
- (23) Det är väsentligt att säkerställa tydliga gemensamma skyldigheter i fråga om tillhandahållandet av mekanismer för att hantera fall med skador i vården, för att förhindra att bristande tilltro till dessa mekanismer utgör ett hinder för att söka gränsöverskridande hälso- och sjukvård. System för hantering av skador i den behandlande medlemsstaten bör inte påverka medlemsstaternas möjlighet att låta de inhemska systemen omfatta patienter från det egna landet som söker hälso- och sjukvård utomlands i de fall detta är lämpligare för patienten.
- (24) Medlemsstaterna bör se till att det för den hälso- och sjukvård som tillhandahålls på deras territorium finns mekanismer för skydd av patienterna och för möjlighet till ansökan om prövning i händelse av skada samt att dessa mekanismer är anpassade till riskens art och omfattning. Det bör dock vara upp till den enskilda medlemsstaten att själv bestämma mekanismens typ och utformning.

⁽¹⁾ EUT L 166, 30.4.2004, s. 1.

- (25) Rätten till skydd av personuppgifter är en grundläggande rättighet som erkänns i artikel 8 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna. För att uppnå kontinuitet i den gränsöverskridande hälso- och sjukvården måste personuppgifter som gäller patientens hälsa överföras. Sådana personuppgifter bör kunna överföras mellan medlemsstaterna, men samtidigt måste de enskilda grundläggande rättigheter skyddas. Enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter⁽¹⁾ har enskilda rätt att få tillgång till sina egna personuppgifter om hälsa, t.ex. uppgifter i deras patientjournal som innehåller uppgifter om exempelvis diagnos, undersökningsresultat, bedömningar av behandlande läkare och eventuella utförda behandlingar eller ingrepp. De bestämmelserna bör även tillämpas på sådan gränsöverskridande hälso- och sjukvård som omfattas av detta direktiv.
- (26) Rätten till ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård som tillhandahålls i en annan medlemsstat genom det lagstadgade sociala trygghetssystemet för patienter i deras egenskap av försäkrade personer har erkänts av domstolen i flera domar. Domstolen har förklarat att bestämmelserna i fördraget om friheten att tillhandahålla tjänster innefattar friheten för mottagare av hälso- och sjukvård, t.ex. personer som behöver sjukvård, att åka till en annan medlemsstat för att där få sådan vård. Detsamma bör gälla mottagare av hälso- och sjukvård som söker sådan vård i en annan medlemsstat på andra sätt, till exempel genom e-hälsotjänster.
- (27) I enlighet med de principer som fastställts i domstolens rättspraxis, och utan att äventyra den ekonomiska balansen i medlemsstaternas system för hälso- och sjukvård och social trygghet, bör det skapas ett tydligare rättsläge i fråga om ersättning av vårdkostnader för patienter samt för hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och socialförsäkringsinstitutioner.
- (28) Detta direktiv bör inte inverka på en försäkrad persons rätt till ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård som av medicinska skäl blir nödvändig under en tillfällig vistelse i en annan medlemsstat i enlighet med förordning (EG) nr 883/2004. Detta direktiv bör inte heller påverka en försäkrad persons rätt till ett tillstånd för behandling i en annan medlemsstat om villkoren i unionens förordningar om samordning av de sociala trygghetssystemen uppfylls, särskilt förordning (EG) nr 883/2004 eller rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen⁽²⁾, som är tillämpliga enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 1231/2010 av den 24 november 2010 om utvidgning av förordning (EG) nr 883/2004 och förordning (EG) nr 987/2009 till att gälla de tredjelandsmedborgare som enbart på grund av sitt medborgarskap inte omfattas av dessa förordningar⁽³⁾ och rådets förordning (EG) nr 859/2003 av den 14 maj 2003 om utvidgning av bestämmelserna i förordning (EEG) nr 1408/71 och förordning (EEG) nr 574/72 till att gälla de medborgare i tredje land som enbart på grund av sitt medborgarskap inte omfattas av dessa bestämmelser⁽⁴⁾.
- (29) Det är lämpligt att kräva att även patienter som söker hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat under andra omständigheter än de som avses för samordningen av de sociala trygghetssystemen enligt förordning (EG) nr 883/2004 bör kunna utnyttja principen om fri rörlighet för patienter, tjänster och varor i enlighet med EUF-fördraget och detta direktiv. Patienter bör garanteras ersättning för kostnaden för denna hälso- och sjukvård på minst den nivå som de skulle ha fått om samma vård hade getts i försäkringsmedlemsstaten. Detta bör vara helt förenligt med medlemsstaternas ansvar att bestämma omfattningen av sjukförsäkringen för sina medborgare och förhindra alla betydande konsekvenser för finansieringen av den nationella hälso- och sjukvården.
- (30) För patienter bör därför de två systemen vara konsekventa; antingen gäller detta direktiv eller unionens förordningar om samordning av de sociala trygghetssystemen.
- (31) Patienter bör inte fråntas de mer fördelaktiga rättigheter som unionsförordningarna om samordning av de sociala trygghetssystemen ger i de fall då villkoren är uppfyllda. Därför bör alla eventuella patienter som begär tillstånd för behandling som är lämplig för deras sjukdom i en annan medlemsstat alltid beviljas ett sådant tillstånd på de villkor som anges i unionens förordningar om behandlingen i fråga är en av de förmåner som föreskrivs i lagstiftningen i den medlemsstat där patienten är bosatt och om patienten inte kan få sådan behandling inom den tid som är medicinskt försvarbar, med hänsyn till patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp. Om patienten emellertid i stället uttryckligen begär att få söka hälso- och sjukvård i enlighet med detta direktiv bör de förmåner som gäller för kostnadsersättning begränsas till dem som är tillämpliga enligt detta direktiv. Om patienten är berättigad till gränsöverskridande hälso- och sjukvård enligt både detta direktiv och förordning (EG) nr 883/2004 och tillämpning av den förordningen är förmånligare för patienten bör patienten få information om detta av försäkringsmedlemsstaten.

⁽¹⁾ EGT L 281, 23.11.1995, s. 31.

⁽²⁾ EGT L 149, 5.7.1971, s. 2.

⁽³⁾ EUT L 344, 29.12.2010, s. 1.

⁽⁴⁾ EUT L 124, 20.5.2003, s.1.

- (32) Patienter bör i alla händelser inte få någon ekonomisk fördel av att hälso- och sjukvården tillhandahålls i en annan medlemsstat och därför bör endast de faktiska kostnaderna för erhållen hälso- och sjukvård ersättas.
- (33) Detta direktiv är inte avsett att skapa någon rätt till ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård som tillhandahållits i en annan medlemsstat om sådan vård inte är en av de förmåner som omfattas av lagstiftningen i den försäkrade personens försäkringsmedlemsstat. Detta direktiv bör inte heller hindra medlemsstaterna från att utöka sina system med vårdförmåner till att omfatta hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat. Detta direktiv bör erkänna att det står medlemsstaterna fritt att organisera sin hälso- och sjukvård och sina sociala trygghetsystem på så sätt att rätten till behandling fastställs på regional eller lokal nivå.
- (34) Försäkringsmedlemsstaten bör ge patienter rätt att få åtminstone samma förmåner i en annan medlemsstat som de som tillhandahålls av lagstiftningen i försäkringsmedlemsstaten. Om det i förteckningen över förmåner inte exakt anges vilken behandlingsmetod som gäller, utan olika slags behandlingar anges, bör försäkringsmedlemsstaten inte avslå en ansökan om förhandstillstånd eller ersättning av det skälet att behandlingsmetoden inte finns tillgänglig på dess territorium, utan den bör bedöma om den begärda eller erhållna gränsöverskridande behandlingen motsvarar förmåner som fastställs i dess lagstiftning. Att skyldigheten att ersätta gränsöverskridande hälso- och sjukvård i enlighet med detta direktiv är begränsad till sådan hälso- och sjukvård som hör till de förmåner vilka patienten är berättigad till inom sin försäkringsmedlemsstat utgör inte hinder för medlemsstater att ersätta kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård utöver dessa gränser. Det står medlemsstaterna fritt att exempelvis ersätta extra kostnader, såsom boende- och resekostnader, eller extra kostnader som personer med funktionshinder åsamkas, även i de fall då dessa kostnader inte ersätts när det rör sig om hälso- och sjukvård på deras territorium.
- (35) Detta direktiv bör varken föreskriva överföring av socialförsäkringsrättigheter mellan medlemsstaterna eller någon annan samordning av de sociala trygghetssystemen. Det enda syftet med bestämmelserna om förhandstillstånd och ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård som tillhandahålls i en annan medlemsstat bör vara att möjliggöra friheten att tillhandahålla hälso- och sjukvård för patienter och att undanröja omotiverade hinder för den grundläggande friheten i försäkringsmedlemsstaten. Följaktligen bör detta direktiv helt och hållet respektera skillnaderna mellan de nationella hälso- och sjukvårdssystemen och medlemsstaternas ansvar för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård.
- (36) Detta direktiv bör ge patienter rätt att få läkemedel som godkänts för försäljning i den behandlande medlemsstaten, även om de inte får saluföras i försäkringsmedlemsstaten, eftersom det är nödvändigt för att få effektiv behandling i en annan medlemsstat. Inget bör förpliktiga en försäkringsmedlemsstat att ersätta en försäkrad person för kostnader för ett läkemedel som förskrivits i den behandlande medlemsstaten när det läkemedlet inte är en av de förmåner som den försäkrade personen tillförsäkras genom det lagstadgade systemet för social trygghet eller det nationella systemet för hälso- och sjukvård i försäkringsmedlemsstaten.
- (37) Medlemsstaterna kan behålla allmänna villkor och kriterier för rätten till samt rättsliga och administrativa formaliteter för hälso- och sjukvård och ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård, exempelvis kravet att man först ska vända sig till en allmänläkare innan man går till en specialist eller får sjukhusvård, vilket också gäller patienter som söker hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat, förutsatt att sådana villkor är nödvändiga, står i proportion till syftet och varken är godtyckliga eller diskriminerande. Detta kan inbegripa en bedömning av hälso- och sjukvårdspersonal eller personal inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som tillhandahåller tjänster för det lagstadgade systemet för social trygghet eller det nationella systemet för hälso- och sjukvård i försäkringsmedlemsstaten, t.ex. allmänläkare eller primärvårdsläkaren som patienten är registrerad hos, om detta är nödvändigt för att avgöra huruvida den enskilda patienten har rätt till hälso- och sjukvård. Det är därför lämpligt att kräva att dessa allmänna villkor, kriterier och formaliteter dels bör tillämpas på ett objektivt, öppet och icke-diskriminerande sätt och göras kända på förhand, varvid de i första hand bör grundas på medicinska skäl, dels inte bör innebära en ytterligare börda för patienter som söker hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat jämfört med patienter som behandlas i deras försäkringsmedlemsstat, samt att besluten bör fattas så snabbt som möjligt. Detta bör inte påverka medlemsstaternas rättigheter att fastställa kriterier eller villkor för förhandstillstånd om patienterna söker hälso- och sjukvård i sin försäkringsmedlemsstat.
- (38) Mot bakgrund av domstolens rättspraxis utgör krav på förhandstillstånd för ersättning från det lagstadgade systemet för social trygghet eller det nationella systemet för hälso- och sjukvård för kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat en begränsning av den fria rörligheten för tjänster. Därför bör försäkringsmedlemsstaten vanligtvis inte kräva förhandstillstånd för ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat i de fall kostnaderna för den vården, om den hade utförts inom dess eget territorium, skulle ha täckts av dess lagstadgade system för social trygghet eller det nationella systemet för hälso- och sjukvård.
- (39) Patientflödet mellan medlemsstaterna är begränsat och förväntas fortsätta att vara det eftersom den alla största delen av patienterna i unionen får hälso- och sjukvård i

- sitt hemland och också föredrar det. Under vissa omständigheter kan patienterna emellertid vilja söka vissa typer av vård i en annan medlemsstat. Det gäller t.ex. högt specialiserad vård eller vård som tillhandahålls i gränsregioner, där närmaste lämpliga vårdinrättning finns på andra sidan gränsen. Dessutom kan vissa patienter önska bli behandlade utomlands för att kunna vara närmare familjemedlemmar som är bosatta i en annan medlemsstat, eller för att få tillgång till en annan behandlingsmetod än de som tillhandahålls i försäkringsmedlemsstaten eller för att de anser att de kommer att få hälso- och sjukvård av bättre kvalitet i en annan medlemsstat.
- (40) Enligt domstolens fasta rättspraxis kan medlemsstaterna kräva förhandstillstånd för ersättning från det nationella systemet för sjukhusvård i en annan medlemsstat. Domstolen har bedömt att detta krav är både nödvändigt och rimligt, eftersom det måste gå att planera antalet sjukhus, deras geografiska spridning, hur de organiseras och vilka resurser de ska ha samt vilken typ av vårdtjänster de har möjlighet att erbjuda, för att kunna tillgodose olika behov. Domstolen har ansett att sådan planering syftar till att säkerställa att det finns tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av sjukhusvård av hög kvalitet i den berörda medlemsstaten. Dessutom bidrar den till strävan att säkerställa kostnadskontroll och att i möjligaste mån förhindra slöseri med ekonomiska, tekniska och mänskliga resurser. Enligt domstolen skulle ett sådant slöseri leda till stor skada, eftersom det är allmänt erkänt att sjukhusvårdssektorn genererar omfattande kostnader och måste tillgodose ökande behov, medan de ekonomiska resurser som avsatts för hälso- och sjukvård inte är obegränsade oavsett vilket finansieringssätt som används.
- (41) Samma resonemang gäller för hälso- och sjukvård utanför sjukhus med liknande planeringsbehov i den behandlande medlemsstaten. Det kan röra sig om hälso- och sjukvård som kräver planering eftersom den inkluderar användning av högt specialiserad och kostnadsintensiv medicinsk infrastruktur eller utrustning. Mot bakgrund av den tekniska utvecklingen, utvecklingen av nya behandlingsmetoder och medlemsstaternas olika riktlinjer i fråga om sjukhusens roll i deras system för hälso- och sjukvård, är det för att avgöra huruvida planering krävs, inte avgörande om denna typ av hälso- och sjukvård tillhandahålls inom sjukhus eller öppenvård.
- (42) Eftersom medlemsstaterna är ansvariga för att fastställa regler för förvaltning, krav, kvalitets- och säkerhetsnormer samt organisation och tillhandahållande av hälso- och sjukvård, och behovet av planering skiljer sig åt mellan medlemsstaterna, bör det vara upp till medlemsstaterna att avgöra om det finns behov av att införa ett system med förhandstillstånd, och i så fall, att fastställa
- för vilken hälso- och sjukvård förhandstillstånd krävs inom ramen för deras system, i enlighet med de kriterier som definieras genom detta direktiv och med hänsyn till domstolens rättspraxis. Informationen rörande denna hälso- och sjukvård bör göras tillgänglig i förväg.
- (43) Kriterierna för beviljande av förhandstillstånd bör motiveras med tvingande hänsyn till allmänintresset, vilket skulle kunna berättiga hinder för den fria rörligheten för hälso- och sjukvård, exempelvis krav på planering i samband med målet att garantera tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandlingar av hög kvalitet i medlemsstaten i fråga eller önskemålet att kontrollera kostnaderna och, i möjligaste mån, undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska eller personella resurser. Domstolen har identifierat flera tänkbara hänsyn: risken för att allvarligt undergräva den ekonomiska balansen i ett socialt trygghetssystem, målet att av folkhälsoskäl erbjuda balanserad hälso- och sjukvård som är tillgänglig för alla, och målet att upprätthålla vårdkapacitet och medicinsk kompetens i medlemsstaten, vilket är nödvändigt för folkhälsan och till och med för befolkningens överlevnad. Det är också viktigt att beakta den allmänna principen om att säkerställa patientens säkerhet inom en sektor som är välkänd för informationsasymmetri vid hanteringen av ett system med förhandstillstånd. Ett beslut att neka förhandstillstånd kan emellertid inte grunda sig på det förhållandet att det föreligger väntelistor inom det nationella territoriet, vars syfte är att planlägga och administrera sjukhusvård mot bakgrund av allmänna kliniska prioriteringar som fastställts i förhand, utan det är även nödvändigt att göra en objektiv medicinsk bedömning.
- (44) Enligt domstolens fasta rättspraxis bör kriterierna för att bevilja eller neka förhandstillstånd begränsas till vad som är nödvändigt och proportionellt i förhållande till tvingande hänsyn till allmänintresset. Det bör noteras att patientrörlighetens inverkan på nationella system för hälso- och sjukvård kan variera mellan medlemsstaterna, eller mellan regioner inom en medlemsstat, beroende på faktorer som det geografiska läget, språkbarriärer, sjukhusens läge i gränsregioner eller befolkningens och/eller sjukvårdsbudgetens storlek. Därför bör det ankomma på medlemsstaterna att fastställa kriterier för att neka förhandstillstånd som är nödvändiga och proportionella i den särskilda situationen, och med hänsyn tagen till vilken hälso- och sjukvård som omfattas av systemet med förhandstillstånd, eftersom vissa högt specialiserade behandlingar lättare än andra kommer att påverkas även av ett begränsat utflöde av patienter. Följaktligen bör medlemsstaterna kunna fastställa olika kriterier för olika regioner eller andra relevanta administrativa nivåer i organisationen av hälso- och sjukvård, eller till och med för olika behandlingar, så länge som systemet är tydligt och lättillgängligt och kriterierna är offentliggjorda i förväg.

- (45) Om patienten är berättigad till hälso- och sjukvård och denna hälso- och sjukvård inte kan tillhandahållas inom en tid som är medicinskt försvarbar bör försäkringsmedlemsstaten i princip vara skyldig att bevilja förhandstillstånd. Under vissa omständigheter kan gränsöverskridande hälso- och sjukvård emellertid utsätta patienten eller allmänheten för en risk som väger tyngre än patientens intresse att få den sökta gränsöverskridande hälso- och sjukvården. I dessa fall bör försäkringsmedlemsstaten kunna avslå ansökan om förhandstillstånd och försäkringsmedlemsstaten bör då rikta patientens uppmärksamhet på alternativa lösningar.
- (46) Om en medlemsstat beslutar att införa ett system med förhandstillstånd för ersättning av kostnader för sjukhus- eller specialistvård i en annan medlemsstat i enlighet med detta direktiv, bör kostnaderna för sådan vård i en annan medlemsstat också ersättas av försäkringsmedlemsstaten, upp till den nivå som skulle ha betalats om samma hälso- och sjukvård hade getts i försäkringsmedlemsstaten, utan att överskrida de faktiska kostnaderna för den mottagna hälso- och sjukvården. Om villkoren i förordning (EEG) nr 1408/71 eller förordning (EG) nr 883/2004 uppfylls, bör dock förhandstillstånd beviljas och förmåner utges i enlighet med förordning (EG) nr 883/2004, såvida inte patienten begär något annat. Detta bör särskilt gälla om tillståndet beviljas efter en administrativ eller rättslig prövning av ansökan och om personen i fråga har fått behandlingen i en annan medlemsstat. I så fall bör artiklarna 7 och 8 i detta direktiv inte tillämpas. Detta är i linje med domstolens rättspraxis där det fastställts att patienter som fått avslag på ansökan om förhandstillstånd, som senare förklarats vara ogrundat, har rätt till att få hela kostnaden för behandlingen i en annan medlemsstat ersatt, i enlighet med bestämmelserna i den behandlande medlemsstaten.
- (47) Medlemsstaternas förfaranden för gränsöverskridande hälso- och sjukvård bör ge patienterna garantier om objektivitet, icke-diskriminering och öppenhet, så att de nationella myndigheternas beslut säkert fattas i rimlig tid och med vederbörlig hänsyn till såväl dessa allmänna principer som de särskilda omständigheterna i varje enskilt fall. Detta bör också gälla den faktiska ersättningen av kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat efter det att patienten har fått behandling. Det är lämpligt att patienterna under normala förhållanden har rätt att erhålla beslut om gränsöverskridande hälso- och sjukvård inom en rimlig tidsfrist. Denna tidsfrist bör dock vara kortare när det gäller brådskande vård.
- (48) Patienterna måste få lämplig information om alla väsentliga aspekter av gränsöverskridande hälso- och sjukvård så att de kan utnyttja sin rätt till gränsöverskridande vård i praktiken. När det gäller gränsöverskridande hälso- och sjukvård är en mekanism för att tillhandahålla sådan information att upprätta nationella kontaktpunkter i varje medlemsstat. Den information som är obligatorisk att lämna till patienterna bör särskilt anges, men de nationella kontaktpunkterna kan på frivillig basis lämna ytterligare information och även med kommissionens stöd. De nationella kontaktpunkterna bör informera patienterna på något av de officiella språken i den medlemsstat där kontaktpunkten är belägen. Informationen kan också ges på andra språk.
- (49) Medlemsstaterna bör besluta om hur de nationella kontaktpunkterna ska utformas och om antalet. Dessa nationella kontaktpunkter kan också inlemmas i eller bygga vidare på verksamheten vid befintliga informationscentrum, förutsatt att man tydligt anger att de också fungerar som nationell kontaktpunkt för gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Nationella kontaktpunkter bör inrättas på ett effektivt och insynsvänligt sätt och de bör kunna samråda med patientorganisationer, sjukförsäkringsgivare och tillhandahållare av hälso- och sjukvård. De nationella kontaktpunkterna bör ha lämpliga resurser för att kunna informera om de viktigaste aspekterna av gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Kommissionen bör samarbeta med medlemsstaterna i fråga om de nationella kontaktpunkterna för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, bl.a. genom att göra relevant information tillgänglig på unionsnivå. Även om det finns nationella kontaktpunkter kan medlemsstaterna inrätta andra därmed förbundna kontaktpunkter på regional eller lokal nivå för att avspegla hur deras specifika hälso- och sjukvårdssystem är organiserat.
- (50) Medlemsstaterna bör underlätta samarbetet mellan vårdgivare, inköpare och tillsynsmyndigheter i olika medlemsstater på nationell, regional eller lokal nivå, för att kunna garantera en säker, högkvalitativ och effektiv gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Detta kan vara särskilt viktigt i gränsregioner, där det mest effektiva sättet att organisera hälso- och sjukvård för den lokala befolkningen kan vara genom tjänster över gränserna, men där sådana tjänster endast kan tillhandahållas på varaktig grund om hälso- och sjukvården i de olika medlemsstaterna samarbetar. Samarbetet kan gälla gemensam planering, ömsesidigt erkännande eller anpassning av rutiner eller normer, kompatibilitet mellan de nationella informations- och kommunikationstekniksystemen (nedan kallade IKT-systemen), praktiska mekanismer för att säkerställa kontinuitet i vården eller praktiska arrangemang som underlättar för hälso- och sjukvårdspersonal att erbjuda gränsöverskridande hälso- och sjukvård på tillfällig basis. Enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer⁽¹⁾ bör fritt tillhandahållande av tjänster av tillfällig art i en annan medlemsstat, inbegripet tjänster som erbjuds av hälso- och sjukvårdspersonal, inte

(1) EUT L 255, 30.9.2005, s. 22.

begränsas av något skäl som beror på yrkeskvalifikationer, om inte annat följer av särskilda unionsbestämmelser. Det här direktivet bör inte påverka tillämpningen av direktiv 2005/36/EG.

- (51) Kommissionen bör uppmantra samarbete mellan medlemsstaterna på de områden som anges i kapitel IV i detta direktiv och kan i enlighet med artikel 168.2 i EUF-fördraget i nära samarbete med medlemsstaterna vidta åtgärder för att underlätta och främja ett sådant samarbete. I detta sammanhang bör kommissionen uppmantra till samarbete om tillhandahållande av gränsöverskridande hälso- och sjukvård på regional och lokal nivå, särskilt genom att fastställa större hinder för samarbete mellan vårdgivare i gränsregioner, och genom att utfärda rekommendationer och sprida information och bästa praxis om hur dessa hinder ska övervinnas.
- (52) Försäkringsmedlemsstater kan behöva få bekräftelse på att den gränsöverskridande hälso- och sjukvården kommer att utföras eller har utförts av hälso- och sjukvårdspersonal som utövar sin praktik lagenligt. Det är därför lämpligt att se till att information om rätten att utöva praktik som ingår i de nationella eller lokala registren över hälso- och sjukvårdspersonal, om de upprättats i den behandlande medlemsstaten, på begäran görs tillgänglig för myndigheterna i försäkringsmedlemsstaten.
- (53) Om läkemedel som godkänts i en medlemsstat förskrivs i en den medlemsstaten av en person som utövar ett reglerat yrke i den mening som avses i direktiv 2005/36/EG till en enskild namngiven patient, bör det i princip vara möjligt att medicinskt erkänna sådana förskrivningar och att lämna ut läkemedlet i en annan medlemsstat i vilken läkemedlet är godkänt. Även om de rättsliga och administrativa hindren för ett sådant erkännande undanröjs, bör det ändå krävas ett vederbörligt medgivande från patientens behandlande läkare eller farmaceut i varje enskilt fall, om det är motiverat för att skydda folkhälsan och är nödvändigt och proportionellt i förhållande till syftet. Erkännande av recept som utfärdas i andra medlemsstater bör inte påverka någon yrkesmässig eller etisk skyldighet som skulle kräva att farmaceuten vägrade att lämna ut läkemedlet. Oavsett om det finns ett medicinskt erkännande kan den medlemsstat där patienten är försäkrad besluta om att låta sådana läkemedel omfattas av de sociala förmånerna. Principen om erkännande kan lättare tillämpas om det vidtas åtgärder som är nödvändiga för att skydda patientens säkerhet och förhindra att läkemedel missbrukas eller förväxlas. Vidare bör noteras att kostnadsersättning för läkemedel inte påverkas av reglerna om ömsesidigt erkännande av recept, utan omfattas av de allmänna reglerna om kostnadsersättning för gränsöverskridande hälso- och sjukvård i kapitel III i detta direktiv. Europeiska referensnätverk bör tillhandahålla hälso- och sjukvård till alla patienter med sjukdomar som kräver en särskild koncentration av resurser eller expertis så att högkvalitativ och kostnadseffektiv vård kan ges till överkomligt pris och de kan också fungera som kontaktpunkter för läkarutbildning och forskning, spridning av information och utvärdering. Dessa åtgärder bör också omfattas av en icke-uttömmande förteckning över de uppgifter som receptet ska innehålla. Ingenting bör hindra medlemsstaterna från att ha med ytterligare uppgifter i recepten, så länge som detta inte hindrar erkännande av recept från andra medlemsstater som innehåller den gemensamma förteckningen över inslag. Erkännande av recept bör också tillämpas på medicinska hjälpmedel som lagligen har släppts ut på marknaden i den medlemsstat där produkten kommer att lämnas ut.
- (54) Kommissionen bör bistå medlemsstaterna i det fortsatta utvecklandet av europeiska referensnätverk mellan vårdgivare och kompetenscentrum i medlemsstaterna. Europeiska referensnätverk kan förbättra tillgången till diagnoser och tillhandahållandet av högkvalitativ hälso- och sjukvård till alla patienter med sjukdomar som kräver en särskild koncentration av resurser eller expertis, och de kan också fungera som kontaktpunkter för läkarutbildning och forskning, spridning av information och utvärdering, särskilt beträffande sällsynta sjukdomar. Detta direktiv bör därför ge medlemsstaterna incitament för att förstärka det fortsatta utvecklandet av europeiska referensnätverk. De europeiska referensnätverken grundas på frivilligt deltagande av medlemmarna, men kommissionen bör utveckla kriterier och villkor som det bör krävas att nätverken uppfyller för att de ska få stöd från kommissionen.
- (55) Sällsynta sjukdomar är sådana som förekommer hos högst fem av 10 000 personer, i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 141/2000 av den 16 december 1999 om särlekemedel⁽¹⁾, och de är alla allvarliga och kroniska och ofta livshotande. Vissa patienter med sällsynta sjukdomar har svårt att få en diagnos och behandling som kan förbättra deras livskvalitet och öka den förväntade livslängden, och dessa svårigheter erkändes också i rådets rekommendation av den 8 juni 2009 om en satsning avseende sällsynta sjukdomar⁽²⁾.
- (56) Den tekniska utvecklingen av gränsöverskridande hälso- och sjukvård med hjälp av IKT kan skapa oklarhet när det gäller medlemsstaternas tillsynsansvar och därmed hindra den fria rörligheten för hälso- och sjukvårdstjänster, och eventuellt medföra ytterligare hälsorisker. Inom unionen används vitt skilda och inkompatibla format och standarder för IKT-baserad hälso- och sjukvård, vilket både skapar hinder för denna typ av värdtjänst och kan innebära hälsorisker. Medlemsstaterna måste därför sträva efter kompatibilitet mellan IKT-system. Införande av IKT-system omfattas emellertid helt och hållet av nationell behörighet. Detta direktiv bör därför erkänna vikten av kompatibilitet och respektera en uppdelning av befogenheterna genom att fastställa att kommissionen och medlemsstaterna arbetar tillsammans för att utveckla åtgärder som inte är rättslig bindande, men som tillhandahåller ytterligare verktyg som medlemsstaterna kan använda för att underlätta större kompatibilitet mellan IKT-system på hälso- och sjukvårdsområdet och för att stödja

(1) EGT L 18, 22.1.2000, s. 1.

(2) EUT C 151, 3.7.2009, s. 7.

- patienternas tillgång till e-hälsotillämpningar, närhelst medlemsstaterna beslutar att införa sådana system.
- (57) Kompatibilitet mellan lösningar som rör e-hälsa bör uppnås samtidigt som hänsyn tas till nationell lagstiftning om tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster som har antagits för att skydda patienten, inklusive lagstiftning om Internetapotek, särskilt nationella förbud mot receptbelagda läkemedel på postorder under förutsättning att de är förenliga med domstolens rättspraxis och Europaparlamentets och rådets direktiv 97/7/EG av den 20 maj 1997 om konsumentskydd vid distansavtal⁽¹⁾ och Europaparlamentets och rådets direktiv 2000/31/EG av den 8 juni 2000 om vissa rättsliga aspekter på informations-samhällets tjänster, särskilt elektronisk handel, på den inre marknaden⁽²⁾.
- (58) Den ständiga utvecklingen inom medicinsk forskning och teknik innebär både möjligheter och utmaningar för medlemsstaternas hälso- och sjukvård. Samarbete när det gäller utvärdering av nya medicinska metoder kan gagna medlemsstaterna genom skalfördelar och genom att dubbelarbete undviks samt ge bättre vetenskaplig grund för optimalt utnyttjande av ny teknik och därmed garantera en säker, högkvalitativ och effektiv hälso- och sjukvård. Ett sådant samarbete förutsätter långsiktiga strukturer som omfattar alla relevanta myndigheter i medlemsstaterna och där man bygger vidare på befintliga pilotprojekt och samråd med en bred grupp berörda aktörer. Detta direktiv bör därför ligga till grund för ett fortsatt unionsstöd till sådant samarbete.
- (59) Enligt artikel 291 i EUF-fördraget ska allmänna regler och principer för medlemsstaternas kontroll av kommissionens utövande av sina genomförandebefogenheter fastställas i förväg genom en förordning i enlighet med det ordinarie lagstiftningsförfarandet. I avvaktan på att en sådan ny förordning antas bör rådets beslut 1999/468/EG av den 28 juni 1999 om de förfaranden som skall tillämpas vid utövandet av kommissionens genomförandebefogenheter⁽³⁾ fortsätta att tillämpas, med undantag för det föreskrivande förfarandet med kontroll, som inte är tillämpligt.
- (60) Kommissionen bör ges befogenhet att anta delegerade akter i enlighet med artikel 290 i EUF-fördraget i fråga om åtgärder för att undanta särskilda kategorier av läkemedel eller medicinska hjälpmedel från det erkännande av recept som föreskrivs i detta direktiv. För att kunna fastställa vilka referensnätverk som bör dra nytta av kommissionens stöd bör kommissionen också ha befogenhet att anta delegerade akter med avseende på de kriterier och villkor som europeiska referensnätverk måste uppfylla.
- (61) Det är av särskild betydelse att kommissionen, när den fått befogenhet att anta delegerade akter i enlighet med artikel 290 i EUF-fördraget, genomför lämpliga samråd under sitt förberedande arbete, inklusive på expertnivå.
- (62) I enlighet med punkt 34 i det interinstitutionella avtalet om bättre lagstiftning⁽⁴⁾ uppmuntras medlemsstaterna att, för egen del och i unionens intresse, upprätta egna tabeller som så långt det är möjligt visar överensstämmelsen mellan detta direktiv och införlivandeåtgärderna samt att offentliggöra dessa tabeller.
- (63) Den europeiska datatillsynsmannen har också avgivit sitt yttrande över förslaget till detta direktiv⁽⁵⁾.
- (64) Eftersom målet för detta direktiv, nämligen att fastställa bestämmelser med syftet att göra det lättare att få tillgång till säker, högkvalitativ och gränsöverskridande hälso- och sjukvård i unionen, inte i tillräcklig utsträckning kan uppnås av medlemsstaterna och det därför på grund av åtgärdens omfattning och verkningar bättre kan uppnås på unionsnivå, kan unionen vidta åtgärder i enlighet med subsidiaritetsprincipen i artikel 5 i fördraget om Europeiska unionen. I enlighet med proportionalitetsprincipen i samma artikel går detta direktiv inte utöver vad som är nödvändigt för att uppnå detta mål.

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

KAPITEL I

ALLMÄNNA BESTÄMMELSER

Artikel 1

Syfte och tillämpningsområde

1. Detta direktiv innehåller bestämmelser för att göra det lättare att få tillgång till säker och högkvalitativ gränsöverskridande hälso- och sjukvård, och uppmuntrar till samarbete beträffande hälso- och sjukvård mellan medlemsstater, samtidigt som fullständig hänsyn ska tas till nationell kompetens i fråga om organisation och tillhandahållande av hälso- och sjukvård. Detta direktiv syftar också till att förtydliga dess förhållande till det befintliga ramverket om samordning av de sociala trygghetssystemen, förordning (EG) nr 883/2004, vid tillämpning av patienträttigheter.

⁽¹⁾ EGT L 144, 4.6.1997, s. 19.⁽²⁾ EGT L 178, 17.7.2000, s. 1.⁽³⁾ EGT L 184, 17.7.1999, s. 23.⁽⁴⁾ EUT C 321, 31.12.2003, s. 1.⁽⁵⁾ EUT C 128, 6.6.2009, s. 20.

2. Detta direktiv ska tillämpas på tillhandahållande av hälso- och sjukvård till patienter, oavsett hur vården organiseras, tillhandahålls och finansieras.

3. Detta direktiv ska inte tillämpas på

- a) tjänster vid långvarigt behov vars syfte är att vara till stöd för personer som behöver hjälp med utförande av rutinmässiga vardagsysslor,
- b) tillgång till och fördelning av organ avsedda för organtransplantationer,
- c) med undantag för kapitel IV, allmänna vaccinationsprogram mot infektionssjukdomar som inriktas uteslutande på att skydda hälsan hos befolkningen i en medlemsstat och som är föremål för särskilda planerings- och genomförandeåtgärder.

4. Detta direktiv ska inte påverka lagar och andra författningar i medlemsstaterna om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering i situationer som inte avser gränsöverskridande hälso- och sjukvård. I synnerhet ska ingenting i detta direktiv tvinga en medlemsstat att ersätta kostnader för hälso- och sjukvård som getts av vårdgivare som är etablerade på dess eget territorium om dessa givare inte omfattas av den medlemsstatens system för social trygghet och sjukvårdssystem.

Artikel 2

Förhållande till andra unionsbestämmelser

Detta direktiv ska gälla utan att påverka tillämpningen av

- a) rådets direktiv 89/105/EEG av den 21 december 1988 om insyn i de åtgärder som reglerar prissättningen på humanläkemedel och deras inordnande i de nationella sjukförsäkringssystemen ⁽¹⁾,
- b) rådets direktiv 90/385/EEG av den 20 juni 1990 om tillnärmning av medlemsstaternas lagstiftning om aktiva medicintekniska produkter för implantation ⁽²⁾, rådets direktiv 93/42/EEG av den 14 juni 1993 om medicintekniska produkter ⁽³⁾ och Europaparlamentets och rådets direktiv 98/79/EG av den 27 oktober 1998 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik ⁽⁴⁾,
- c) direktiv 95/46/EG samt Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/58/EG av den 12 juli 2002 om behandling av personuppgifter och integritetsskydd inom sektorn för elektronisk kommunikation ⁽⁵⁾,
- d) Europaparlamentets och rådets direktiv 96/71/EG av den 16 december 1996 om utstationering av arbetstagare i samband med tillhandahållande av tjänster ⁽⁶⁾,
- e) direktiv 2000/31/EG,

f) rådets direktiv 2000/43/EG av den 29 juni 2000 om genomförandet av principen om likabehandling av personer oavsett deras ras eller etniska ursprung ⁽⁷⁾,

g) Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/20/EG av den 4 april 2001 om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar rörande tillämpning av god klinisk sed vid kliniska prövningar av humanläkemedel ⁽⁸⁾,

h) Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel ⁽⁹⁾,

i) Europaparlamentets och rådets direktiv 2002/98/EG av den 27 januari 2003 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av humanblod och ⁽¹⁰⁾,

j) förordning (EG) nr 859/2003,

k) Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/23/EG av den 31 mars 2004 om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler ⁽¹¹⁾,

l) Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 726/2004 av den 31 mars 2004 om inrättande av gemenskapsförfaranden för godkännande av och tillsyn över humanläkemedel och veterinärmedicinska läkemedel samt om inrättande av en europeisk läkemedelsmyndighet ⁽¹²⁾,

m) förordning (EG) nr 883/2004, och Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 987/2009 av den 16 september 2009 om tillämpningsbestämmelser till förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen ⁽¹³⁾,

n) direktiv 2005/36/EG,

o) Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1082/2006 av den 5 juli 2006 om en europeisk gruppering för territoriellt samarbete (EGTS) ⁽¹⁴⁾,

⁽¹⁾ EGT L 40, 11.2.1989, s. 8.
⁽²⁾ EGT L 189, 20.7.1990, s. 17.
⁽³⁾ EGT L 169, 12.7.1993, s. 1.
⁽⁴⁾ EGT L 331, 7.12.1998, s. 1.
⁽⁵⁾ EGT L 201, 31.7.2002, s. 37.
⁽⁶⁾ EGT L 18, 21.1.1997, s. 1.

⁽⁷⁾ EGT L 180, 19.7.2000, s. 22.
⁽⁸⁾ EGT L 121, 1.5.2001, s. 34.
⁽⁹⁾ EGT L 311, 28.11.2001, s. 67.
⁽¹⁰⁾ EUT L 33, 8.2.2003, s. 30.
⁽¹¹⁾ EUT L 102, 7.4.2004, s. 48.
⁽¹²⁾ EUT L 136, 30.4.2004, s. 1.
⁽¹³⁾ EUT L 284, 30.10.2009, s. 1.
⁽¹⁴⁾ EUT L 210, 31.7.2006, s. 19.

- p) Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 1338/2008 av den 16 december 2008 om gemenskapsstatistik om folkhälsa och hälsa och säkerhet i arbetet ⁽¹⁾,
- q) Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 593/2008 av den 17 juni 2008 om tillämplig lag för avtalsförpliktelser (Rom I) ⁽²⁾, Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 864/2007 av den 11 juli 2007 om tillämplig lag för utomobligatoriska förpliktelser (Rom II) ⁽³⁾ samt andra unionsregler om internationell privaträtt, särskilt regler om domstols behörighet och tillämplig lag,
- r) Europaparlamentets och rådets direktiv 2010/53/EU av den 7 juli 2010 om kvalitets- och säkerhetsnormer för mänskliga organ avsedda för transplantation ⁽⁴⁾,
- s) Förordning (EU) nr 1231/2010.
- ii) för personer som avses i led b ii, den medlemsstat som har behörighet att bevilja den försäkrade personen förhåndsstillstånd att få lämplig behandling i en annan medlemsstat i enlighet med förordning (EG) nr 859/2003 eller förordning (EU) nr 1231/2010. Om ingen medlemsstat är behörig i enlighet med de förordningarna, ska försäkringsmedlemsstaten vara den medlemsstat där personen är försäkrad eller har rätt till förmåner vid sjukdom enligt den medlemsstatens lagstiftning.
- d) *behandlande medlemsstat*: den medlemsstat på vilkens territorium hälso- och sjukvården faktiskt tillhandahålls patienten. Vid telemedicinska tjänster ska hälso- och sjukvården anses tillhandahållas i den medlemsstat där vårdgivaren är etablerad,
- e) *gränsöverskridande hälso- och sjukvård*: hälso- och sjukvård som tillhandahålls eller förordnas i en annan medlemsstat än försäkringsmedlemsstaten,

Artikel 3

Definitioner

I detta direktiv avses med

- a) *hälso- och sjukvård*: hälso- och sjukvårdstjänster som hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller patienter i syfte att bedöma, bibehålla eller återställa deras hälsotillstånd, inbegripet förskrivning, utlämning och tillhandahållande av läkemedel och medicinska hjälpmedel.
- b) *försäkrad person*:
- i) personer, inbegripet familjemedlemmar och deras efterlevande, som omfattas av artikel 2 i förordning (EG) nr 883/2004 och som är försäkrade personer i den mening som avses i artikel 1 c i den förordningen, och
 - ii) tredjelandsmedborgare som omfattas av förordning (EG) nr 859/2003 eller förordning (EU) nr 1231/2010 eller som uppfyller villkoren i lagstiftningen i försäkringsmedlemsstaten för rätt till förmåner.
- c) *försäkringsmedlemsstat*:
- i) för personer som avses i led b i, den medlemsstat som har behörighet att bevilja den försäkrade personen förhåndsstillstånd att få lämplig behandling utanför bosättningsmedlemsstaten i enlighet med förordning (EG) nr 883/2004 och förordning (EG) nr 987/2009,
 - ii) *hälso- och sjukvårdspersonal*: läkare, sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård, tandläkare, barnmorska eller farmaceut i den mening som avses i direktiv 2005/36/EG eller annan person som utövar yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård som är begränsad till ett reglerat yrke enligt definitionen i artikel 3.1 a i direktiv 2005/36/EG, eller en person som anses som hälso- och sjukvårdspersonal enligt den behandlande medlemsstatens lagstiftning,
 - iii) *vårdgivare*: varje fysisk eller juridisk person eller varje annan entitet som lagligen bedriver hälso- och sjukvård på en medlemsstats territorium,
 - iv) *patient*: varje fysisk person som ansöker om eller får hälso- och sjukvård i en medlemsstat,
 - v) *läkemedel*: läkemedel enligt definitionen i direktiv 2001/83/EG,
 - vi) *medicinskt hjälpmedel*: ett medicinskt hjälpmedel enligt definitionen i direktiv 90/385/EEG, direktiv 93/42/EEG eller direktiv 98/79/EG,
 - vii) *recept*: en ordination av ett läkemedel eller ett medicinskt hjälpmedel som utfärdas av en person som utövar ett reglerat yrke i den mening som avses i artikel 3.1 a i direktiv 2005/36/EG och som har laglig rätt att göra detta i den medlemsstat där ordinationen utfärdas,

⁽¹⁾ EUT L 354, 31.12.2008, s. 70.

⁽²⁾ EUT L 177, 4.7.2008, s. 6.

⁽³⁾ EUT L 199, 31.7.2007, s. 40.

⁽⁴⁾ EUT L 207, 6.8.2010, s. 14.

- l) *medicinsk teknik*: läkemedel, medicinska hjälpmedel eller medicinska och kirurgiska ingrepp, liksom åtgärder för förebyggande, diagnostisering eller behandling av sjukdom, som används inom hälso- och sjukvården,
- m) *patientjournal*: den dokumentsamling som innehåller uppgifter, bedömning och information av olika slag rörande en patients situation och medicinska utveckling under hela vårdprocessen.
- c) det för patienterna, i enlighet med den behandlande medlemsstatens lagstiftning, inrättats tydliga förfaranden för klagomål och mekanismer för att de ska kunna ansöka om att få sin sak prövad om de lider skada av den hälso- och sjukvård de får,
- d) det för den behandling som tillhandahålls på deras territorium finns system med yrkesansvarsförsäkring, eller en garanti eller liknande arrangemang som är likvärdiga eller i allt väsentligt jämförbara när det gäller syftet och som är anpassade till riskens art och omfattning,

KAPITEL II

MEMLEMSSTATERNAS ANSVAR BETRÄFFANDE GRÄNSÖVERSKRIDANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Artikel 4

Den behandlande medlemsstatens ansvar

1. Med beaktande av principerna om allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet ska gränsöverskridande hälso- och sjukvård tillhandahållas i enlighet med:

- a) lagstiftningen i den behandlande medlemsstaten,
- b) kvalitets- och säkerhetsnormer och riktlinjer som fastställs av den behandlande medlemsstaten, och
- c) unionens lagstiftning om säkerhetsstandarder.

2. Den behandlande medlemsstaten ska säkerställa att

- a) patienter, på begäran, från den nationella kontaktpunkt som avses i artikel 6 får relevant information om de normer och riktlinjer som avses i punkt 1 b i den här artikeln, inbegripet bestämmelser om tillsyn och bedömning av vårdgivare och information om vilka vårdgivare som omfattas av dessa normer och riktlinjer, samt information om tillgänglighet på sjukhus för personer med funktionshinder,
- b) vårdgivare förser patienter med relevant information, för att hjälpa enskilda patienter att göra ett välgrundat val, inbegripet avseende behandlingsalternativ, om tillgänglighet, kvalitet och säkerhet när det gäller den hälso- och sjukvård som tillhandahålls i den behandlande medlemsstaten samt att de även tillhandahåller tydliga fakturor och tydlig information om priser, om vårdgivarens tillstånds- eller registreringsstatus, försäkringsskydd eller annat personligt eller kollektivt skydd rörande yrkesansvar. I den utsträckning som vårdgivare redan ger patienter som är bosatta i den behandlande medlemsstaten relevant information i dessa frågor, innebär inte detta direktiv någon skyldighet för vårdgivare att ge patienter från andra medlemsstater mer omfattande information,

e) att den grundläggande rätten till personlig integritet vid behandling av personuppgifter skyddas i överensstämmelse med nationella åtgärder som genomför gemenskapens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG,

f) att behandlade patienter, för att säkerställa kontinuitet i vården, har rätt till en patientjournal, i skriftlig eller elektronisk form, för den mottagna behandlingen och tillgång till åtminstone en kopia av denna patientjournal i överensstämmelse med nationella åtgärder som genomför unionens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG.

3. Principen om icke-diskriminering vad beträffar medborgarskap ska tillämpas på patienter från andra medlemsstater.

Detta ska inte påverka möjligheten för den behandlande medlemsstaten att, när detta kan motiveras av tvingande hänsyn till allmänintresset, exempelvis krav på planering som har samband med målet att garantera tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandlingar av hög kvalitet i medlemsstaten i fråga eller önskemålet att kontrollera kostnaderna och, i möjligaste mån, undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska eller personella resurser, anta bestämmelser om tillgången till behandling i syfte att uppfylla sin grundläggande skyldighet att garantera tillräcklig och fortlöpande tillgång till hälso- och sjukvård inom sitt eget territorium. Sådana bestämmelser bör begränsas till vad som är nödvändigt och proportionellt, och de får inte leda till godtycklig diskriminering och de ska offentliggöras i förväg.

4. Medlemsstaterna ska se till att deras vårdgivare på deras territorium tillämpar samma arvoden för hälso- och sjukvård för patienter från andra medlemsstater som för inhemska patienter i motsvarande medicinska situation, eller att de tar ut ett pris som beräknas enligt objektiva, icke-diskriminerande kriterier om det inte finns något jämförbart pris för inhemska patienter.

Denna punkt ska inte påverka nationell lagstiftning som tillåter vårdgivare att fastställa sina egna priser, förutsatt att de inte diskriminerar patienter från andra medlemsstater.

5. Detta direktiv ska inte påverka medlemsstaternas lagar och andra författningar om språkanvändning. Medlemsstaterna får välja att lämna information på andra språk än de som är officiella språk i den berörda medlemsstaten

Artikel 5

Försäkringsmedlemsstatens ansvar

Försäkringsmedlemsstaten ska se till att

- a) kostnaden för gränsöverskridande hälso- och sjukvård ersätts i enlighet med kapitel III,
- b) det finns mekanismer för att, på begäran, tillhandahålla information till patienter om deras rättigheter i den medlemsstaten i fråga om gränsöverskridande hälso- och sjukvård, i synnerhet när det gäller villkoren för att få ersättning för kostnader i enlighet med artikel 7.6 och förfaranden för att få tillgång till och fastställa dessa rättigheter och för överklagande och prövning om patienten anser att hans eller hennes rättigheter inte har respekterats, i enlighet med artikel 9. I informationen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska det göras en klar skillnad mellan patienträttigheter på grundval av detta direktiv och patienträttigheter på grundval av förordning (EG) nr 883/2004,
- c) om en patient har fått gränsöverskridande hälso- och sjukvård och om det visar sig nödvändigt med en särskild medicinsk uppföljning, samma medicinska uppföljning erbjuds som om hälso- och sjukvården hade tillhandahållits på dess territorium,
- d) patienter som söker eller får gränsöverskridande hälso- och sjukvård får tillgång på distans till eller har åtminstone en kopia av patientjournalen, i överensstämmelse med och med förbehåll för nationella åtgärder som genomför unionens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG.

Artikel 6

Nationella kontaktpunkter för gränsöverskridande hälso- och sjukvård

1. Varje medlemsstat ska utse en eller flera nationella kontaktpunkter för gränsöverskridande hälso- och sjukvård och meddela kommissionen deras namn och kontaktpuppgifter. Kommissionen och medlemsstaterna ska offentliggöra denna information. Medlemsstaterna ska se till att de nationella kontaktpunkterna samråder med patientorganisationer, tillhandahållare av hälso- och sjukvård och sjukförsäkringsgivare.

2. Nationella kontaktpunkter ska underlätta det informationsutbyte som avses i punkt 3 och ska ha ett nära samarbete med varandra och med kommissionen. Nationella kontaktpunkter ska, på begäran, ge patienterna kontaktpuppgifter för nationella kontaktpunkter i andra medlemsstater.

3. För att patienterna ska kunna tillämpa sina rättigheter i samband med gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska de nationella kontaktpunkterna i den behandlande medlemsstaten förse patienterna med information om vårdgivare, inklusive, på begäran, information om specifika vårdgivares rätt att tillhandahålla tjänster eller eventuella begränsningar rörande deras praktik, information som avses i artikel 4.2 a samt information om patienträttigheter, förfaranden för klagomål och mekanismer för att få sin sak prövad, enligt den medlemsstatens lagstiftning samt de rättsliga och administrativa alternativ som finns att tillgå för tvistlösning, inbegripet då skador uppstått vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

4. Nationella kontaktpunkter i försäkringsmedlemsstaten ska förse patienter och hälso- och sjukvårdspersonal med den information som avses i artikel 5 b.

5. Den information som avses i denna artikel ska vara lätt-tillgänglig och ska, i tillämpliga fall, göras tillgänglig på elektronisk väg och i format som är tillgängliga för funktionshindrade personer.

KAPITEL III

ERSÄTTNING AV KOSTNADER FÖR GRÄNSÖVERSKRIDANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Artikel 7

Allmänna principer för ersättning av kostnader

1. Utan att det påverkar tillämpningen av förordning (EG) nr 883/2004 och om annat inte följer av bestämmelserna i artiklarna 8 och 9, ska försäkringsmedlemsstaten se till att de kostnader som uppstått för en försäkrad person som mottagit gränsöverskridande hälso- och sjukvård ersätts, om vården i fråga hör till de förmåner som den försäkrade personen har rätt till i försäkringsmedlemsstaten.
2. Med avvikelse från punkt 1 gäller följande:

- a) Om en medlemsstat som är upptagen i förteckningen i bilaga IV till förordning (EG) nr 883/2004 och i enlighet med den förordningen har erkänt att pensionärer och deras familjemedlemmar som är bosatta i en annan medlemsstat har rätt till förmåner vid sjukdom, ska den tillhandahålla dem hälso- och sjukvård enligt detta direktiv på egen bekostnad när de befinner sig inom dess territorium i enlighet med bestämmelserna i dess lagstiftning, som om de berörda personerna vore bosatta i denna medlemsstat som är upptagen i förteckningen i den bilagan.

b) Om den hälso- och sjukvård som tillhandahålls enligt detta direktiv inte är föremål för förhandstillstånd i enlighet med kapitel 1 i avdelning III i förordning (EG) nr 883/2004 och tillhandahålls inom territoriet för den medlemsstat som enligt den förordningen och förordning (EG) nr 987/2009 har det slutgiltiga ansvaret för ersättning av vårdkostnaderna, ska denna medlemsstat stå för kostnaden. Den medlemsstaten kan stå för kostnaden för denna hälso- och sjukvård i enlighet med de allmänna villkor och kriterier för att få vård och ersättning samt rättsliga och administrativa formaliteter som denna medlemsstat fastställt, förutsatt att detta är förenligt med EUF-fördraget.

3. Försäkringsmedlemsstaten ska fastställa, på lokal, regional eller nationell nivå för vilken hälso- och sjukvård en försäkrad person har rätt att få ersättning för kostnader och nivån på ersättningen av dessa kostnader, oberoende av var hälso- och sjukvården tillhandahålls.

4. Kostnaderna för gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska ersättas eller direkt utbetalas av försäkringsmedlemsstaten, upp till den kostnadsnivå som försäkringsmedlemsstaten skulle ha ersatt, om denna hälso- och sjukvård hade tillhandahållits på dess territorium, utan att de faktiska kostnaderna för den mottagna vården överskrids.

Om hela kostnaden för gränsöverskridande hälso- och sjukvård överstiger den kostnadsnivå som försäkringsmedlemsstaten skulle ha ersatt om denna hälso- och sjukvård hade tillhandahållits på dess territorium får försäkringsmedlemsstaten ändå besluta att ersätta hela kostnaden.

Försäkringsmedlemsstaten får besluta att ersätta andra relaterade kostnader, såsom boende- och resekostnader, eller extra kostnader som personer med funktionshinder kan åsamkas på grund av ett eller flera funktionshinder när de mottar gränsöverskridande hälso- och sjukvård, i enlighet med nationell lagstiftning och under förutsättning att tillräcklig dokumentation kan styrka förekomsten av dessa kostnader.

5. Medlemsstaterna får anta bestämmelser i enlighet med EUF-fördraget i syfte att säkerställa att patienter åtnjuter samma rättigheter när de får gränsöverskridande hälso- och sjukvård som de skulle ha åtnjutit om de hade fått hälso- och sjukvård i en jämförbar situation i försäkringsmedlemsstaten.

6. För tillämpning av punkt 4 ska medlemsstaterna ha en transparent mekanism för beräkning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård som försäkringsmedlemsstaten ska ersätta den försäkrade personen. Denna mekanism ska

vara baserad på objektiva, icke-diskriminerande kriterier som ska vara kända på förhand och tillämpas på relevant (lokal, regional eller nationell) administrativ nivå.

7. Försäkringsmedlemsstaten får kräva att en försäkrad person som ansöker om ersättning för kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, inklusive som erhållits genom telemedicin, uppfyller samma villkor och kriterier för att få vård och ersättning samt rättsliga och administrativa formaliteter, oavsett om de fastställts på lokal, regional eller nationell nivå, som den skulle ha krävt om denna hälso- och sjukvård hade getts på dess territorium. Detta kan innebära en bedömning av hälso- och sjukvårdspersonal eller personal inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som tillhandahåller tjänster för det lagstadgade systemet för social trygghet eller det nationella systemet för hälso- och sjukvård i försäkringsmedlemsstaten, t.ex. allmänläkaren eller primärvårdsläkaren som patienten är registrerad hos, om detta är nödvändigt för att avgöra huruvida den enskilda patienten har rätt till hälso- och sjukvård. Inga villkor eller kriterier för att få vård och ersättning eller rättsliga och administrativa formaliteter som krävs enligt denna punkt får dock vara diskriminerande eller utgöra något hinder mot den fria rörligheten för patienter, tjänster eller varor om detta inte är objektivt motiverat av krav på planering som har samband med målet att garantera tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandlingar av hög kvalitet i medlemsstaten i fråga eller önskemålet att kontrollera kostnaderna och, i möjligaste mån, undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska eller personella resurser.

8. Försäkringsmedlemsstaten får dock inte som villkor för ersättning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård kräva förhandstillstånd, utom i de fall som anges i artikel 8.

9. Försäkringsmedlemsstaten får begränsa tillämpningen av bestämmelserna om ersättning av kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård på grund av tvingande hänsyn till allmänintresset, t.ex. krav på planering i samband med målet att garantera tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandlingar av hög kvalitet i medlemsstaten i fråga eller önskemålet att kontrollera kostnaderna och, i möjligaste mån, undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska eller personella resurser.

10. Trots vad som sägs i punkt 9 ska medlemsstaterna se till att sådana gränsöverskridande hälso- och sjukvård för vilken förhandstillstånd beviljats ersätts i enlighet med tillståndet.

11. Beslutet att begränsa tillämpningen av den här artikeln enligt punkt 9 ska begränsas till vad som är nödvändigt och proportionerligt och får inte leda till godtycklig diskriminering eller utgöra ett oberättigat hinder för den fria rörligheten för varor, personer eller tjänster. Medlemsstaterna ska till kommissionen anmäla alla beslut om att begränsa ersättningen som fattats på de grunder som anges i punkt 9.

Artikel 8

Hälso- och sjukvård som får omfattas av förhandstillstånd

1. Försäkringsmedlemsstaten får fastställa ett system för förhandstillstånd för ersättning för kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård i enlighet med den här artikeln och artikel 9. Systemet för förhandstillstånd, inbegripet kriterierna och tillämpningen av dessa kriterier, och enskilda beslut om att ge avslag på förhandstillstånd ska begränsas till vad som är nödvändigt och proportionellt i förhållande till det mål som ska uppnås, och får inte leda till godtycklig diskriminering eller utgöra ett oberättigat hinder för den fria rörligheten för patienter.

2. Hälso- och sjukvård som får omfattas av förhandstillstånd ska begränsas till hälso- och sjukvård som

a) kräver planering i samband med målet att garantera tillräcklig och kontinuerlig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandlingar av hög kvalitet i medlemsstaten i fråga eller önskemålet att kontrollera kostnaderna och, i möjligaste mån, undvika allt slöseri med ekonomiska, tekniska eller personella resurser och:

i) innebär att patienten i fråga läggs in på sjukhus minst en natt, eller

ii) kräver högt specialiserad och kostnadsintensiv medicinsk infrastruktur eller utrustning.

b) medför behandlingar som utgör en särskild risk för patienten eller befolkningen, eller

c) tillhandahålls av en vårdgivare som, utifrån en bedömning i varje enskilt fall, kan ge upphov till allvarliga och specifika farhågor med avseende på vårdens kvalitet och säkerhet, med undantag för den hälso- och sjukvård som är underställd unionslagstiftning som garanterar en lägsta säkerhets- och kvalitetsnivå i hela unionen.

Medlemsstaterna ska anmäla de kategorier av hälso- och sjukvård som avses i led a till kommissionen.

3. Varje gång en försäkrad person begär förhandstillstånd för att få gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska försäkringsmedlemsstaten förvisa sig om att villkoren i förordning (EG) nr 883/2004 har uppfyllts. När dessa villkor är uppfyllda ska förhandstillstånd beviljas i enlighet med den förordningen såvida inte patienten begär något annat.

4. Om en patient som lider av eller misstänks lida av en sällsynt sjukdom ansöker om förhandstillstånd får en klinisk utvärdering utföras av experter på området. Om inga experter kan hittas inom försäkringsmedlemsstaten eller om expertens yttrande inte lett till en klar slutsats får försäkringsmedlemsstaten begära vetenskaplig rådgivning.

5. Utan att det påverkar punkt 6 a–c får försäkringsmedlemsstaten inte neka förhandstillstånd om patienten har rätt att få den hälso- och sjukvård det rör sig om i enlighet med artikel 7, och när denna hälso- och sjukvård inte kan tillhandahållas på medlemsstatens territorium inom en tid som är medicinskt försvarbar, efter en objektiv bedömning av patientens hälsotillstånd, sjukdomshistoria, sjukdomens sannolika förlopp, smärta och/eller typ av funktionshinder vid den tidpunkt då patienten lämnar in eller förnyar en tillståndsansökan.

6. Försäkringsmedlemsstaten får neka förhandstillstånd av följande skäl:

a) Om det, enligt den kliniska utvärderingen, med rimlig säkerhet kan antas att patientens säkerhet kommer att äventyras på ett sätt som inte kan anses vara godtagbar, med beaktande av den möjliga fördelen den begärda gränsöverskridande hälso- och sjukvården skulle innebära för patienten.

b) Om det med rimlig säkerhet kan antas att allmänheten kommer att utsättas för en allvarlig säkerhetsrisk på grund av den gränsöverskridande hälso- och sjukvård det rör sig om.

c) Om denna hälso- och sjukvård kommer att tillhandahållas av en vårdgivare som väcker allvarliga och specifika farhågor vad avser respekten för normer och riktlinjer för vårdens kvalitet och patientens säkerhet, inklusive bestämmelser om tillsyn, oavsett om dessa normer och riktlinjer är fastställda i lagar och andra författningar eller genom de ackrediteringsystem som den behandlande medlemsstaten fastställt.

d) Om denna hälso- och sjukvård kan tillhandahållas på medlemsstatens territorium inom en tid som är medicinskt försvarbar, med hänsyn till varje patients aktuella hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp.

7. Försäkringsmedlemsstaten ska ge allmänheten tillgång till information om vilken hälso- och sjukvård som omfattas av krav på förhandstillstånd enligt detta direktiv, liksom all relevant information om systemet med förhandstillstånd.

Artikel 9

Administrativa förfaranden för gränsöverskridande hälso- och sjukvård

1. Försäkringsmedlemsstaten ska se till att de administrativa förfarandena för gränsöverskridande hälso- och sjukvård och ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat grundas på objektiva och icke-diskriminerande kriterier som är nödvändiga och proportionella för det mål som ska uppnås.

2. Alla de slags administrativa förfaranden som avses i punkt 1 ska vara lättillgängliga och information beträffande ett sådant förfarande ska offentliggöras på lämplig nivå. Ett sådant förfarande ska kunna säkerställa att ansökningar behandlas objektivt och opartiskt.

3. Medlemsstaterna ska fastställa rimliga tidsfrister inom vilka ansökningar om gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska handläggas och offentliggöra dem på förhand. Medlemsstaterna ska vid behandling av ansökan om gränsöverskridande hälso- och sjukvård beakta

a) sjukdomen i fråga,

b) hur brådskande fallet är och de individuella omständigheterna.

4. Medlemsstaterna ska se till att alla enskilda beslut angående gränsöverskridande hälso- och sjukvård och ersättning för kostnader för hälso- och sjukvård i en annan medlemsstat är utförligt motiverade och, efter bedömning från fall till fall, får överklagas och att de också kan bli föremål för rättsliga åtgärder, t.ex. interimistiska åtgärder.

5. Detta direktiv påverkar inte medlemsstaternas rätt att erbjuda patienter ett frivilligt system för förhandsanmälan, där patienten i gengäld för en sådan anmälan får en skriftlig bekräftelse på det belopp som kommer att betalas tillbaka utifrån en beräkning. I beräkningen ska hänsyn tas till patientens kliniska fall, och medicinska förfaranden som kan komma att tillämpas ska anges.

Medlemsstaterna får välja att tillämpa de ordningar för ekonomisk kompensation mellan behöriga institutioner som föreskrivs i förordning (EG) nr 883/2004. Om en försäkringsmedlemsstat inte tillämpar en sådan mekanism ska den se till att patienter får ersättningen utan onödiga dröjsmål.

KAPITEL IV

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSAMARBETE

Artikel 10

Ömsesidigt bistånd och samarbete

1. Medlemsstaterna ska bistå varandra i den utsträckning som krävs för att genomföra detta direktiv, inbegripet samarbete om normer och riktlinjer beträffande kvalitet och säkerhet samt informationsutbyte, särskilt mellan deras nationella kontaktpunkter i enlighet med artikel 6, inbegripet om bestämmelser om tillsyn och ömsesidigt bistånd med att klargöra uppgifter i fakturorna.

2. Medlemsstaterna ska främja samarbete om gränsöverskridande hälso- och sjukvård på regional och lokal nivå samt genom IKT och andra former av gränsöverskridande samarbete.

3. Kommissionen ska uppmantra medlemsstaterna, framför allt grannländer, att ingå avtal sinsemellan. Kommissionen ska också uppmantra medlemsstaterna att samarbeta kring gränsöverskridande vård i gränsgenerområden.

4. Den behandlande medlemsstaten ska se till att information om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som finns förtecknad i nationella eller lokala register som upprättats inom medlemsstaten görs tillgänglig för myndigheterna i andra medlemsstater, för gränsöverskridande hälso- och sjukvård, i enlighet med kapitel II och III och nationella åtgärder som genomför unionens bestämmelser om skydd av personuppgifter, särskilt direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG, och principen om oskuldspresumtion. Informationsutbytet ska ske via informationssystemet för den inre marknaden som ska inrättas enligt kommissionens beslut 2008/49/EG av den 12 december 2007 om genomförandet av informationssystemet för den inre marknaden (IMI) med avseende på skyddet av personuppgifter⁽¹⁾.

Artikel 11

Erkännande av recept som utfärdas i en annan medlemsstat

1. Om ett läkemedel är godkänt för att släppas ut på marknaden på deras territorier i enlighet med direktiv 2001/83/EG eller förordning (EG) nr 726/2004, ska medlemsstaterna se till att recept som utfärdas för ett sådant läkemedel i en annan medlemsstat för en namngiven patient kan lämnas ut på deras territorium i enlighet med deras nationella lagstiftning, och att alla begränsningar av erkännandet av enskilda recept förbjuds, såvida inte dessa begränsningar är

a) begränsade till vad som är nödvändigt och proportionellt för att skydda människors hälsa och är icke-diskriminerande, eller

b) grundade på legitima och berättigade tvivel angående ett enskilt recepts äkthet, innehåll eller begriplighet.

⁽¹⁾ EUT L 13, 16.1.2008, s. 18.

Erkännandet av sådana recept ska inte påverka nationella bestämmelser om förskrivning och utlämning, om dessa bestämmelser överensstämmer med unionslagstiftningen, inklusive generisk eller annan substitution. Erkännandet av recept ska inte påverka bestämmelser om kostnadsersättning för läkemedel. Ersättning för läkemedelskostnader behandlas i kapitel III i det här direktivet.

Erkännandet av recept ska i synnerhet inte påverka en farmaceuts rätt att, i enlighet med nationella bestämmelser, av etiska skäl neka att lämna ut en produkt som skrivits ut i en annan medlemsstat, i de fall farmaceuten skulle ha haft rätt att neka utlämnande om receptet hade utfärdats i försäkringsmedlemsstaten.

Försäkringsmedlemsstaten ska vidta alla åtgärder, utöver att erkänna receptet, som krävs för att garantera fortsatt behandling i fall där ett recept är utfärdat i den behandlande medlemsstaten för läkemedel eller medicinska hjälpmedel som finns tillgängliga i försäkringsmedlemsstaten och om ansökan om utlämning görs i försäkringsmedlemsstaten.

Denna punkt ska också tillämpas på medicinska hjälpmedel som lagligen har släppts ut på marknaden i respektive medlemsstat.

2. För att underlätta genomförandet av punkt 1 ska kommissionen anta

- a) åtgärder som gör det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonal att kontrollera att receptet är äkta och att det utfärdats i en annan medlemsstat av en person som utöver ett reglerat värddyrke och har laglig rätt att göra det genom att ta fram en icke-uttömmande förteckning över de inslag som recept ska innehålla och som tydligt måste kunna identifieras i alla recept, inbegripet inslag som vid behov ska främja kontakt mellan den som utfärdar receptet och den som lämnar ut läkemedlen, i syfte att säkra fullständig förståelse av behandlingen, med vederbörlig respekt för dataskydd.
- b) riktlinjer till stöd för medlemsstaterna när de utvecklar e-receptens kompatibilitet,
- c) åtgärder för att se till att de läkemedel och medicinska hjälpmedel som förskrivs i en medlemsstat och som lämnas ut i en annan kan identifieras korrekt, inbegripet åtgärder som rör patientsäkerhet när det gäller substitution i gränsöverskridande hälso- och sjukvård när den utlämnande medlemsstaten tillåter sådan substitution. Kommissionen ska bland annat överväga användning av de internationella generiska namnen (INN-namn) på de aktiva substanserna i läkemedlen och läkemedlens dosering,

- d) åtgärder för att se till att informationen till patienterna som rör receptet och de medföljande instruktionerna om produktens användning är begripliga, inklusive uppgifter om det verksamma ämnet och dosering.

De åtgärder som avses i punkt a ska antas av kommissionen senast den 25 december 2012 och åtgärder i punkterna c och d ska antas av kommissionen senast den 25 oktober 2012.

3. De åtgärder och riktlinjer som avses i punkt 2 a–d ska antas i enlighet med det föreskrivande förfarande som avses i artikel 16.2.

4. När åtgärder eller riktlinjer antas enligt punkt 2 ska kommissionen beakta proportionaliteten när det gäller kostnaderna för efterlevnad, liksom den sannolika nyttan, av åtgärderna eller riktlinjerna.

5. Vid tillämpningen av punkt 1 ska kommissionen, genom delegerade akter i enlighet med artikel 17 och med förbehåll för villkoren i artiklarna 18 och 19 och senast den 25 oktober 2012, anta åtgärder för att undanta särskilda kategorier av läkemedel eller medicinska hjälpmedel från det erkännande av recept som utfärdas i en annan medlemsstat som föreskrivs i denna artikel, där detta är nödvändigt för att skydda folkhälsan.

6. Punkt 1 ska inte tillämpas på läkemedel som endast lämnas ut på speciellt läkarrecept i enlighet med artikel 71.2 i direktiv 2001/83/EG.

Artikel 12

Europeiska referensnätverk

1. Kommissionen ska bistå medlemsstaterna i utvecklandet av europeiska referensnätverk mellan vårdgivare och kompetenscentrum i medlemsstaterna, framför allt på området sällsynta sjukdomar. Nätverken ska drivas på basis av frivilligt deltagande av dess medlemmar, vilka ska delta i och bidra till nätverkets aktiviteter i enlighet med lagstiftningen i den medlemsstat där medlemmarna är etablerade och de ska alltid vara öppna för nya vårdgivare som kan tänkas gå med i nätverken, förutsatt att vårdgivarna uppfyller alla villkor som krävs och kriterierna som avses i punkt 4.

2. De europeiska referensnätverken ska ha åtminstone tre av följande mål:

- a) bidra till att utnyttja potentialen för europeiskt samarbete om högt specialiserad hälso- och sjukvård för patienter och hälso- och sjukvårdssystem genom att utnyttja nya medicinska rön och metoder,

- b) bidra till att samla kunskap om sjukdomsförebyggande,
- c) underlätta förbättrad diagnostik och tillhandahållandet av kostnadseffektiv och tillgänglig hälso- och sjukvård med hög kvalitet för alla patienter med sjukdomar som kräver särskilda resurser eller särskild expertis på medicinska områden där expertisen är sällsynt,
- d) se till att resurserna utnyttjas så kostnadseffektivt som möjligt genom att koncentrera dem där så är lämpligt,
- e) förstärka forskningen, epidemiologisk övervakning som exempelvis register och tillhandahålla utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal,
- f) underlätta experternas rörlighet, virtuellt eller i verkligheten, utveckla, dela och sprida information, kunskap och bästa praxis och främja utvecklingen av diagnoser och behandlingar av sällsynta sjukdomar i och utanför nätverken,
- g) uppmuntra framtagandet av riktmärken för kvalitet och säkerhet och bidra till att utveckla och sprida bästa praxis inom och utanför nätverket,
- h) vara till hjälp för medlemsstater som inte har så många patienter med en viss sjukdom, eller som saknar teknik eller expertis och därför inte kan tillhandahålla högt specialiserade tjänster av hög kvalitet.
3. Medlemsstaterna uppmanas att underlätta utvecklingen av europeiska referensnätverk
- a) genom att sätta lämpliga vårdgivare i förbindelse med kompetenscentrum på sina nationella territorier och säkerställa att informationen sprids till lämpliga vårdgivare och kompetenscentrum på sina nationella territorier,
- b) genom att främja deltagande av vårdgivare och kompetenscentrum i de europeiska referensnätverken.
4. För tillämpningen av punkt 1 ska kommissionen
- a) anta en förteckning över särskilda villkor och kriterier som de europeiska referensnätverken måste uppfylla och de villkor och kriterier som vårdgivare som vill gå med i det europeiska referensnätverket måste uppfylla. Kriterierna och villkoren ska bland annat säkerställa att det europeiska referensnätverket
- i) har kunskap och expertis för att diagnostisera, följa upp och handlägga patienter med dokumenterat goda resultat i den mån det är tillämpligt,
- ii) arbetar tvärvetenskapligt,
- iii) erbjuder expertis på hög nivå och har kapacitet att utarbeta riktlinjer för god praxis och genomföra resultatåtgärder och kvalitetskontroll,
- iv) bidrar till forskning,
- v) anordnar utbildningsverksamhet, och
- vi) samarbetar nära med övriga kompetenscentrum och nätverk på nationell och internationell nivå,
- b) ta fram och offentliggöra kriterier för etablering och utvärdering av europeiska referensnätverk,
- c) underlätta utbyte av information och sakkunskap när det gäller etableringen av nätverken och utvärderingen av dem.
5. Kommissionen ska genom delegerade akter i enlighet med artikel 17 och med förbehåll för villkoren i artiklarna 18 och 19 anta de åtgärder som avses i punkt 4 a. De åtgärder som avses i punkt 4 b och c ska antas i enlighet med det föreskrivande förfarande som avses i artikel 16.2.
6. Åtgärder som antas enligt den här artikeln ska inte medföra någon harmonisering av lagar och andra författningar i medlemsstaterna och ska fullständigt respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Artikel 13

Sällsynta sjukdomar

Kommissionen ska stödja medlemsstaterna i samarbetet med att utveckla diagnos- och behandlingskapaciteten särskilt genom att

- a) skapa medvetenhet bland hälso- och sjukvårdspersonal om vilka verktyg som finns tillgängliga på unionsnivå som hjälp för att ställa rätt diagnos på sällsynta sjukdomar, framför allt databasen Orphanet och det europeiska referensnätverket,
- b) göra patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och de organ som ansvarar för finansieringen av hälso- och sjukvård medvetna om de möjligheter som förordning (EG) nr 883/2004 erbjuder att remittera patienter med sällsynta sjukdomar till andra medlemsstater även för diagnos och behandlingar som inte finns tillgängliga i försäkringsmedlemsstaten.

Artikel 14

e-hälsa

1. Unionen ska stödja och främja samarbete om och utbyte av information mellan medlemsstaterna inom ramen för ett frivilligt nätverk som kopplar ihop nationella myndigheter som är ansvariga för e-hälsa, utsedda av medlemsstaterna.

2. Nätverket för e-hälsa ska

a) arbeta för att tillhandahålla hållbara ekonomiska och sociala nyttoeffekter genom europeiska system och tjänster som rör e-hälsa samt driftskompatibla tillämpningar i syfte att nå en hög tillförlitlighets- och säkerhetsnivå, förbättra kontinuiteten i vården och säkerställa tillgång till säker hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

b) utarbeta riktlinjer om

i) en icke-uttömmande förteckning över uppgifter som ska införas i patientjournalerna och som kan delas mellan hälso- och sjukvårdspersonal för att möjliggöra kontinuitet och patientsäkerhet i den gränsöverskridande hälso- och sjukvården, och

ii) effektiva metoder för utnyttjande av medicinsk information för folkhälsa och forskning.

c) stödja medlemsstaterna vid utarbetande av gemensamma åtgärder för identifiering och autentisering för att underlätta överförbara uppgifter i gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

De mål som avses i b och c ska uppnås med vederbörligt beaktande av principerna om dataskydd såsom de anges särskilt i direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG.

3. Kommissionen ska i enlighet med det föreskrivande förfarande som avses i artikel 16.2 anta de åtgärder som krävs för att inrätta och förvalta detta nätverk och för att det ska drivas med insyn.

Artikel 15

Samarbete om utvärdering av medicinsk teknik

1. Unionen ska stödja och främja samarbete om och utbyte av vetenskaplig information mellan medlemsstaterna inom ramen för ett frivilligt nätverk som kopplar ihop nationella myndigheter och organ som är ansvariga för utvärdering av medicinsk teknik, utsedda av medlemsstaterna. Medlemsstaterna ska

meddela deras namn och kontaktuppgifter till kommissionen. Medlemmarna i nätverket ska delta i och bidra till nätverkets aktiviteter i enlighet med lagstiftningen i den medlemsstat där de är etablerade. Nätverket ska drivas enligt principerna för goda styrelseformer, däribland insyn, objektivitet, oberoende experter, rättvisa förfaranden och lämpligt samråd med berörda grupper.

2. Nätverket för utvärdering av medicinsk teknik ska

a) stödja samarbetet mellan nationella myndigheter eller organ,

b) bistå medlemsstaterna i tillhandahållandet av objektiv, tillförlitlig, aktuell, tydlig, jämförbar och överförbar information om den relativa effektiviteten samt, i förekommande fall, om hur verkningfulla metoderna är på kort och lång sikt samt möjliggöra ett effektivt utbyte av sådan information mellan nationella myndigheter eller organ,

c) stödja analys av vilken slags information som kan utbytas,

d) undvika dubbelarbete vid bedömning.

3. För att kunna uppfylla målen i punkt 2, kan nätverket för utvärdering av medicinsk teknik få unionsbistånd. Biståndet kan beviljas för att

a) bidra till finansieringen av administrativt och tekniskt stöd,

b) stödja samarbetet mellan medlemsstaterna för att utveckla och dela metoder för utvärdering av medicinsk teknik, inbegripet bedömning av den relativa effekten,

c) bidra till finansieringen av tillhandahållandet av överförbar vetenskaplig information som kan användas i den nationella rapporteringen och till fallstudier som beställts av nätverket,

d) underlätta samarbetet mellan nätverket och andra relevanta institutioner och organ i unionen,

e) underlätta samråd med berörda parter om nätverkets arbete.

4. Kommissionen ska i enlighet med det föreskrivande förfarande som avses i artikel 16.2 anta de åtgärder som krävs för att inrätta och förvalta detta nätverk och för att det ska drivas med insyn.

5. Reglerna för att bevilja stödet, de villkor som det kan vara förenat med och beloppet ska beslutas i enlighet med det föreskrivande förfarande som avses i artikel 16.2. Endast de myndigheter och organ i nätverket som utsetts till stödmottagare av de deltagande medlemsstaterna ska vara berättigade till unionsstöd.

6. Vilka anslag som fordras för åtgärderna i den här artikeln ska beslutas varje år som en del av budgetförslaget.

7. Åtgärder som antas enligt den här artikeln ska inte inkräkta på medlemsstaternas befogenheter i beslut som rör genomförandet av resultat av utvärderingar av medicinsk teknik, ska inte medföra någon harmonisering av lagar och andra författningar i medlemsstaterna och ska fullständigt respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård.

KAPITEL V

GENOMFÖRANDE OCH SLUTBESTÄMMELSER

Artikel 16

Kommittéförfarande

1. Kommissionen ska biträdas av en kommitté som ska bestå av företrädare för medlemsstaterna och ha kommissionens företrädare som ordförande.

2. När det hänvisas till denna punkt ska artiklarna 5 och 7 i beslut 1999/468/EG tillämpas, med beaktande av bestämmelserna i artikel 8 i det beslutet.

Den tid som avses i artikel 5.6 i beslut 1999/468/EG ska vara tre månader.

Artikel 17

Utövande av delegering

1. Befogenheter att anta de delegerade akter som avses i artiklarna 11.5 och 12.5 ska ges till kommissionen för en period på fem år från och med den 24 april 2011. Kommissionen ska utarbeta en rapport om de delegerade befogenheterna senast sex månader innan perioden på fem år löpt ut. Delegeringen av befogenheter ska automatiskt förlängas med perioder av samma längd, om den inte återkallas av Europaparlamentet eller rådet i enlighet med artikel 18.

2. Så snart kommissionen antar en delegerad akt ska kommissionen samtidigt delge Europaparlamentet och rådet denna.

3. Befogenheterna att anta delegerade akter ges till kommissionen med förbehåll för de villkor som anges i artiklarna 18 och 19.

Artikel 18

Återkallande av delegering

1. Den delegering av befogenhet som avses i artiklarna 11.5 och 12.5 får när som helst återkallas av Europaparlamentet eller rådet.

2. Den institution som har inlett ett internt förfarande för att besluta huruvida en delegering av befogenhet ska återkallas ska sträva efter att underrätta den andra institutionen och kommissionen inom en rimlig tid innan det slutliga beslutet fattas, och ange vilka delegerade befogenheter som kan komma att återkallas samt skälen för detta.

3. Beslutet om återkallande innebär att delegeringen av de befogenheter som anges i beslutet upphör att gälla. Det får verkan omedelbart eller vid ett senare, i beslutet angivet, datum. Det påverkar inte giltigheten av delegerade akter som redan trätt i kraft. Det ska offentliggöras i *Europeiska unionens officiella tidning*.

Artikel 19

Invändning mot delegerade akter

1. Europaparlamentet eller rådet får invända mot en delegerad akt inom en period på två månader från delgivningsdagen.

På Europaparlamentets eller rådets initiativ får denna period förlängas med två månader.

2. Om varken Europaparlamentet eller rådet vid utgången av den period som avses i punkt 1 har invänt mot den delegerade akten ska den offentliggöras i *Europeiska unionens officiella tidning* och träda i kraft den dag som anges i den.

Den delegerade akten får offentliggöras i *Europeiska unionens officiella tidning* och träda i kraft före utgången av denna period om både Europaparlamentet och rådet har meddelat kommissionen att de inte tänker invända.

3. Om Europaparlamentet eller rådet invänder mot en delegerad akt inom den period som avses i punkt 1 ska den inte träda i kraft. Den institution som invänder mot den delegerade akten ska ange skälen för detta.

Artikel 20

Rapporter

1. Kommissionen ska senast den 25 oktober 2015 och därefter vart tredje år utarbeta en rapport om tillämpningen av detta direktiv och sända den till Europaparlamentet och rådet.

2. Rapporten ska i synnerhet innehålla information om patientflöden, den finansiella dimensionen av patientrörlighet, tillämpningen av artiklarna 7.9 och 8 och hur de europeiska referensnätverken och de nationella kontaktpunkterna fungerar. I detta syfte ska kommissionen göra en utvärdering av de system och förfaranden som införts i medlemsstaterna, mot bakgrund av kraven i detta direktiv och annan unionslagstiftning om patientrörlighet.

Medlemsstaterna ska ge kommissionen den hjälp och all den tillgängliga information som krävs för att göra utvärderingarna och utarbeta rapporterna.

3. Medlemsstaterna och kommissionen kan utnyttja den administrativa kommissionen, inrättad enligt artikel 71 i förordning (EG) nr 883/2004, för att hantera de finansiella konsekvenserna av tillämpningen av det här direktivet för de medlemsstater som har valt kostnadsersättning på grundval av fasta belopp, i fall som omfattas av artiklarna 20.4 och 27.5 i den förordningen.

Kommissionen ska övervaka och regelbundet rapportera om effekterna av artiklarna 3 c i och 8 i det här direktivet. Den första rapporten bör läggas fram senast den 25 oktober 2013. På grundval av dessa rapporter ska kommissionen, när så är lämpligt, komma med förslag för att mildra eventuella snedvridningar.

Artikel 21

Införlivande

1. Medlemsstaterna ska sätta i kraft de lagar och andra författningar som är nödvändiga för att följa detta direktiv senast den 25 oktober 2013. De ska genast underrätta kommissionen om detta.

När en medlemsstat antar dessa bestämmelser ska de innehålla en hänvisning till detta direktiv eller åtföljas av en sådan hänvis-

ning när de offentliggörs. Närmare föreskrifter om hur hänvisningen ska göras ska varje medlemsstat själv utfärda.

2. Medlemsstaterna ska till kommissionen överlämna texten till de centrala bestämmelser i nationell lagstiftning som de antar inom det område som omfattas av detta direktiv.

Artikel 22

Ikraftträdande

Detta direktiv träder i kraft den tjugonde dagen efter det att det har offentliggjorts i *Europeiska unionens officiella tidning*.

Artikel 23

Adressater

Detta direktiv riktar sig till medlemsstaterna.

Utfärdat i Strasbourg den 9 mars 2011.

På Europaparlamentets vägnar

J. BUZEK

Ordförande

På rådets vägnar

GYŐRI E.

Ordförande

DIREKTIV

KOMMISSIONENS GENOMFÖRANDEDIREKTIV 2012/52/EU

av den 20 december 2012

om åtgärder för att underlätta erkännandet av recept som utfärdats i en annan medlemsstat

(Text av betydelse för EES)

EUROPEISKA KOMMISSIONEN HAR ANTAGIT DETTA DIREKTIV

med beaktande av fördraget om Europeiska unionens funktions-sätt,

med beaktande av Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård⁽¹⁾, särskilt artikel 11.2 a, c och d, och

av följande skäl:

- (1) Enligt artikel 11.2 i direktiv 2011/24/EU har kommissionen skyldighet att anta åtgärder för att underlätta erkännande av recept som utfärdats i en annan medlemsstat än den medlemsstat där recepten expedieras.
- (2) Enligt artikel 11.2 a i direktiv 2011/24/EU ska kommissionen anta en icke-uttömmande förteckning över uppgifter som ska ingå i sådana recept. Förteckningen ska hjälpa expedierande hälso- och sjukvårdspersonal att kontrollera att receptet är giltigt och att det utfärdats av en person som utövar ett reglerat yrke och har laglig rätt att utfärda recept.
- (3) De uppgifter som recept ska innehålla bör göra det lättare att korrekt identifiera läkemedlen eller de medicintekniska produkterna enligt artikel 11.2 c i direktiv 2011/24/EU.
- (4) Läkemedel bör därför anges med den gängse benämningen för att underlätta korrekt identifiering av produkter som saluförs under olika varumärkesnamn i hela unionen och produkter som inte saluförs i alla medlemsstater. Denna gängse benämning bör vara antingen det internationella generiska namn som rekommenderas av Världshälsoorganisationen eller, om sådant inte finns, den vanligtvis använda benämningen. Ett läkemedels varumärkesnamn däremot bör endast användas för att tydligt identifiera biologiska läkemedel enligt definitionen i punkt 3.2.1.1 b i bilaga I till Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkeme-

del⁽²⁾, på grund av dessa produkters särskilda egenskaper, eller andra läkemedel i de fall där förskrivaren anser att det är nödvändigt av medicinska skäl.

- (5) Medicintekniska produkter har inga sådana gängse benämningar för läkemedel har. Därför bör receptet också innehålla direkta kontaktuppgifter till förskrivaren, så att den som expedierar produkten vid behov ska kunna ställa frågor om den förskrivna medicintekniska produkten och korrekt kunna identifiera den.
- (6) Den icke-uttömmande förteckningen över uppgifter som recept ska innehålla bör säkerställa att den information till patienterna som rör receptet och de medföljande anvisningarna för produktens användning är begripliga, enligt artikel 11.2 d i direktiv 2011/24/EU. Kommissionen kommer att se över situationen regelbundet för att avgöra om det krävs ytterligare åtgärder för att patienterna ska förstå anvisningarna om hur produkten ska användas.
- (7) För att patienterna ska kunna begära recept i lämplig form är det viktigt att de nationella kontaktpunkter som avses i artikel 6 i direktiv 2011/24/EU förser patienterna med tillräcklig information om innehållet i och syftet med den icke-uttömmande förteckning över uppgifter som recepten bör innehålla.
- (8) Eftersom gränsöverskridande hälso- och sjukvård totalt sett inte är särskilt omfattande bör den icke-uttömmande förteckningen endast gälla recept som är avsedda att användas i en annan medlemsstat.
- (9) Eftersom principen om ömsesidigt erkännande av recept följer av artikel 56 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt utgör detta direktiv inte något hinder för medlemsstaterna att tillämpa principen om ömsesidigt erkännande på recept som inte innehåller de uppgifter som anges i den icke-uttömmande förteckningen. Samtidigt hindrar direktivet inte heller medlemsstaterna från att föreskriva att recept som utfärdats på deras territorium och är tänkta att användas i en annan medlemsstat ska innehålla ytterligare uppgifter i enlighet med de regler som är tillämpliga på deras territorium, under förutsättning att dessa regler är förenliga med unionslagstiftningen.

⁽¹⁾ EUT L 88, 4.4.2011, s. 45.⁽²⁾ EUT L 311, 28.11.2001, s. 67.

- (10) De åtgärder som föreskrivs i detta direktiv är förenliga med yttrandet från den kommitté som inrättas genom artikel 16.1 i direktiv 2011/24/EU.

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

Artikel 1

Syfte

I detta direktiv fastställs åtgärder för ett enhetligt genomförande av artikel 11.1 i direktiv 2011/24/EU när det gäller erkännande av recept som utfärdats i en annan medlemsstat.

Artikel 2

Tillämpningsområde

Detta direktiv ska tillämpas på sådana recept enligt definitionen i artikel 3 k i direktiv 2011/24/EU som har utfärdats på begäran av en patient som avser att använda dem i en annan medlemsstat.

Artikel 3

Receptens innehåll

Medlemsstaterna ska se till att recepten innehåller minst de uppgifter som anges i bilagan.

Artikel 4

Informationskrav

Medlemsstaterna ska se till att de nationella kontaktpunkter som avses i artikel 6 i direktiv 2011/24/EU informerar patienterna om vilka uppgifter som enligt det här direktivet ska ingå i recept som utfärdats i en annan medlemsstat än den medlemsstat där de expedieras.

Artikel 5

Införlivande

1. Medlemsstaterna ska senast den 25 oktober 2013 sätta i kraft de lagar och andra författningar som är nödvändiga för att följa detta direktiv. De ska genast överlämna texten till dessa bestämmelser till kommissionen.

När en medlemsstat antar dessa bestämmelser ska de innehålla en hänvisning till detta direktiv eller åtföljas av en sådan hänvisning när de offentliggörs. Närmare föreskrifter om hur hänvisningen ska göras ska varje medlemsstat själv utfärda.

2. Medlemsstaterna ska till kommissionen överlämna texten till de centrala bestämmelser i nationell lagstiftning som de antar inom det område som omfattas av detta direktiv.

Artikel 6

Ikraftträdande

Detta direktiv träder i kraft den tjugonde dagen efter det att det har offentliggjorts i *Europeiska unionens officiella tidning*.

Artikel 7

Adressater

Detta direktiv riktar sig till medlemsstaterna.

Utfärdat i Bryssel den 20 december 2012.

På kommissionens vägnar

José Manuel BARROSO

Ordförande

BILAGA

Icke-uttömmande förteckning över uppgifter som recept ska innehålla

De fetstilta rubrikerna i denna bilaga behöver inte anges i recept.

Identifiering av patienten

Efternamn

Förnamn (utskrivet, ej initialer)

Födelsedatum

Kontroll av receptets giltighet

Datum för utfärdande

Identifiering av förskrivaren

Efternamn

Förnamn (utskrivet, ej initialer)

Yrkeskvalifikationer

Direkta kontaktuppgifter (e-postadress och telefon- eller faxnummer med utlandsprefix och landsnummer)

Arbetsadress (även medlemsstat ska anges)

Namnteckning (handskriven eller elektronisk, beroende på vilket medium som valts för att utfärda receptet)

Identifiering av den förskrivna produkten, om det är tillämpligt

Gängse benämning, enligt definitionen i artikel 1 i Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG av den 6 november 2001 om upprättande av gemenskapsregler för humanläkemedel.

Varumärkesnamn, om

a) den förskrivna produkten är ett biologiskt läkemedel, enligt definitionen i punkt 3.2.1.1 b i bilaga I (del I) till direktiv 2001/83/EG, eller

b) förskrivaren anser att det är nödvändigt av medicinska skäl; i sådana fall ska det i receptet kortfattat anges varför varumärkesnamnet används.

Läkemedelsform (tablett, lösning osv.)

Mängd

Styrka, enligt definitionen i artikel 1 i direktiv 2001/83/EG

Dosering

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.

80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S
81. En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. N.
82. Säkerhetsprövning av totalförsvarspiktiga. Fö.
83. Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. U.
84. Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. Ju.
85. Vågar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. Ju.
86. ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. A.
87. Granskning av utländska direktinvesteringar. Ju.
88. Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. Ju.
89. Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd. Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. S.
90. En översyn av den straffrättsliga regleringen om preskription. Ju.
91. En ny rymdlag. U.
92. Åtgärder i gränsnära områden. Ju.
93. Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personalcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. S.
- 94 Ett utökat skydd mot diskriminering. A.
95. En möjlighet till småskalig gårdsförsäljning av alkoholdrycker. S.
96. Säkerhet och tillgänglighet vid val. Ju.
97. Säker och kostnadseffektiv it-drift – förslag till varaktiga former för samordnad statlig it-drift. I.
98. Ett förbättrat trygghetssystem för företagare – enklare och mer förutsägbart. N.
99. Rätt mottagare. Granskning och integritet. Ku.
100. Ny förverkandelagstiftning. Ju.
101. Träffsäkert. Införande av månadsuppgifter i bostadsbidraget och underhållsstödet. Volym 1. Ett nytt bostads- och familjestöd (Bofast) och statlig underhållsreglering. Volym 2. S.
- 102.E-recept inom EES. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. [86]
- Ett utökat skydd mot diskriminering. [94]

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]
- Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]
- Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]
- Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]
- Mikroföretagarkonto
 - schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]
- Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]
- En god kommunal hushållning.
 - + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]
- En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

- Sveriges säkerhet
 - behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]
- Säkerhetsprövning
 - av totalförsvarspflichtiga. [82]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
 - rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

- Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

- Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

- Kontroller på väg. [31]

- Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

- Regler för statliga elvägar. [73]

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
 - förslag till varaktiga former för samordnad statlig it-drift. [97]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röst-mottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag
 - En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]
- Bolags rörlighet över gränserna.
 - Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]
Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]
Snabbare lagföring
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]
Kommuner mot brott. [49]
Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]
Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]
Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]
Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]
Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]
Ersättning till brottsoffer. [64]
Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]
Ett modernt belöningsssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]
EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]
Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. [84]
Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. [85]
Granskning av utländska direktinvesteringar. [87]
Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. [88]
En översyn av den straffrättsliga regleringen om preskription. [90]
Åtgärder i gränsnära områden. [92]
Säkerhet och tillgänglighet vid val. [96]
Ny förverkandelagstiftning. [100]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]
Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]
Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]
Rätt mottagare. Granskning och integritet. [99]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]
En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]
Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]
Använd det som fungerar. [26]
I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]
Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]
En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]
Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]
Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]
En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. [81]
Ett förbättrat trygghetssystem för företagare – enklare och mer förutsägbart. [98]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]
När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfatning (häfte). [8]
Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

- Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]
- Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]
- VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]
- Tillgänglighetsdirektivet. [44]
- Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]
- Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]
- En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet.
Volym 1 och 2. [69]
- Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]
- Börja med barnen!
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]
- Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]
- Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. [89]
- Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. [93]
- En möjlighet till småskalig gårdsförsäljning av alkoholdrycker. [95]
- Träffsäkert.
Införande av månadsuppgifter i bostadsbidraget och underhållsstödet. Volym 1. Ett nytt bostads- och familjestöd (Bofast) och statlig underhållsreglering. Volym 2. [101]
- E-recept inom EES. [102]
- Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]
- Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]
- Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]
- En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]
- Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]
- Läromedelsutredningen
– böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]
- Högskoleprovets organisation och styrning. [72]
- Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. [83]
- En ny rymdlag. [91]

Utbildningsdepartementet

- Skolbibliotek för bildning och utbildning.
[3]



Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård, Hälsa, sjukvård
och patientsäkerhet

Omid Mavadati

Remiss av betänkandet E-recept inom EES (SOU 2021:102)

Remissinstanser

Almega

Apotekarsocieteten

Astma- och Allergiförbundet

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Funktionsrätt Sverige

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Luleå

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

Justitiekanslern (JK)

Justitieombudsmannen (JO)

Kammarrätten i Stockholm

Kommerskollegium

Läkemedelsindustriföreningen (LIF)

Läkemedelsverket

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Post- och telestyrelsen (PTS)
Praktikertjänst
Regelrådet
Region Blekinge
Region Dalarna
Region Gotland
Region Gävleborg
Region Halland
Region Jämtland Härjedalen
Region Jönköpings län
Region Kalmar län
Region Kronoberg
Region Norrbotten
Region Skåne
Region Stockholm
Region Sörmland
Region Uppsala
Region Värmland
Region Västerbotten
Region Västernorrland
Region Västmanland
Region Örebro
Region Östergötland
Reumatikerförbundet
Riksdagens ombudsmän (JO)
Sjukhusläkarna
Socialstyrelsen
SPF Seniorerna
Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktläkarföreningen
Svenska Läkaresällskapet
Svenskar i världen
Sveriges Apoteksförening
Sveriges Farmaceuter
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Sveriges läkarförbund
Sveriges Oberoende Apoteksaktörers Förening (SOAF)
Sveriges Psykologförbund
Sveriges Standardiseringsförbund
Sveriges Tandläkarförbund
Swedish Medtech
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
Unionen
Vårdförbundet
Vårdföretagarna
Västra Götalandsregionen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 3 juni 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till omid.mavadati@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2022/00623 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

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

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i

remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

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

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

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com