

## **Avtal om samverkan i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion**

### **Bakgrund och syfte**

Genom ett riksdagsbeslut 1960 indelades landet i sju sjukvårdsregioner för att samverka kring den högspecialiserade vården. En innebörd av beslutet var att en distinktion gjordes mellan regionspecialiteter och länsspecialiteter.

En översyn av regionindelningen gjordes i den så kallade Regionssjukvårdsutredningen 1974. Utredningen föreslog bland annat att formerna för samarbetet inom sjukvårdsregionerna skulle ändras mot en mer kontinuerlig planering för att ersätta de bindningar som via avtal fanns för utnyttjande av ett visst antal vårdplatser vid regionsjukhusen. Utredningen föreslog även vissa justeringar i dåvarande indelning i sjukvårdsregioner, bland annat en sammanslagning av Örebro- och Uppsalaregionerna och att Jämtlands län och landskapet Medelpad skulle överföras till Norra regionen från Uppsalaregionen. Riksdagen antog förslaget 1980, varefter Sverige indelas i sex sjukvårdsregioner; Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, Norra sjukvårdsregionen, Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion, Sydöstra sjukvårdsregionen, Västra sjukvårdsregionen och Södra sjukvårdsregionen.

Tre statliga utredningar har under 2000-talet föreslagit landstings- och länsammanslagningar i Sverige i syfte att bilda storregioner. Parlamentariskt stöd har inte erhållits för något av förslagen. Parallellt med de statliga utredningarna har samtliga landsting i Sverige ansökt om och beviljats regionbildning med regionparlament. De sista per den 1 januari 2019.

Sjukvårdsregionernas indelning styrs av hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) där anges i 3 kap. 2 § att för hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i samverkansregioner. Kravet på samverkan regleras i hälso- och sjukvårdslagen 7 kap. 8 § där det anges att i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka. Lag (2019:973).

### **Vilka utmaningar står svensk hälso- och sjukvård inför?**

Sveriges hälso- och sjukvård är högkvalificerad, når goda medicinska resultat och har en stabilt hög ställning i internationell jämförelse. Medicinska och tekniska framsteg har bidragit till att överlevnaden har ökat och människors livskvalitet förbättrats.

Samtidigt har utvecklingen inom vården bidragit till att allt fler lever längre med flera kroniska sjukdomar än tidigare. Den demografiska kurvan visar dessutom att andelen äldre ökar kraftigt de kommande decennierna. Detta ställer höga krav på en snar omställning till en optimerad och resurseffektiv vård vid rätt tillfälle och på rätt nivå.

En ökad andel äldre och möjligheten att leva längre med kroniska sjukdomar driver på kostnaderna i hälso- och sjukvården. Samtidigt minskar den arbetande andelen av befolkningen vilket gör att skatteunderlaget sjunker. Ekvationen riskerar att inte gå ihop när färre måste täcka kostnaderna inte bara för vården utan för svensk välfärd i stort.

I Sverige råder stor brist på personal inom många yrkeskategorier i hälso- och sjukvården. Arbetet med en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning är prioriterat område för alla regioner i landet, parallellt med justeringar i utbudet och utformningen av utbildningar, samt antalet utbildningsplatser som motsvarar framtidens resursbehov.

Teknikutvecklingen i samhället rusar. Hälso- och sjukvården har en stor uppgift i att hinna med att utvecklas i samma takt. Digitaliseringen är inte längre en framtidsfråga, digitala vårdverktyg i form av e-tjänster och appar har brutit igenom på bred front. Nya, moderna informationsstöd är på väg att införas som förväntas effektivisera mycket av vårdadministrationen. Samtidigt kan de underlätta samverkan mellan vårdaktörer och göra patienterna mer informerade och delaktiga i sin egen vård. Här finns även en utmaning i att uppfylla de höga förväntningarna hos den digitalt mogna delen av befolkningen och samtidigt bevara en hög nivå av tillgänglighet för dem som inte har förmåga eller möjlighet att använda digitala verktyg.

Hälso- och sjukvården ska enligt lag vara jämlik. Men patienter behandlas inte alltid lika. Sveriges regioner har tillsammans antagit utmaningen att genom ett gemensamt system för nationell kunskapsstyrning införa sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp för ett stort antal diagnoser, samt skapa ett samlat kunskapsstöd för vårdpersonal.

Sverige når höga medicinska resultat. Men när det gäller samordning mellan vårdens olika aktörer vittnar många patienter om brister. Det gäller främst kontakterna mellan primärvård och specialistvård, samt mellan regional och kommunal vård. 2018 års nya lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har bidragit till en förbättring, men utskrivningsprocessen behöver utvecklas ytterligare och det behövs mer kunskap om hur lagen påverkar vård- och omsorgskvaliteten för patienter och brukare.

Även kontinuiteten och delaktigheten lyfts i patientenkäter fram som förbättringsområden i vården. Att inte få tillräcklig information, inte bli lyssnad på eller inte bli sedd som en person med individuella behov och unika bekymmer leder i många fall till osäkerhet i vårdmötet och ett missnöje med vården. Här behövs insatser för att systematiskt stärka den personcentrerade vård som uppfyller Patientlagens krav på integritet, självbestämmande och delaktighet.

## **Utveckling av sjukvårdsregionalt samarbete**

Sedan 1993 finns inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion ett övergripande avtal som reglerar formerna för regionsamarbetet och finansieringen av vissa regiongemensamma verksamheter. Det finns också samarbete med regioner i andra sjukvårdsregioner.

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar sedan nuvarande sjukvårdsregionindelningens tillkomst. En utveckling mot avreglering har skett, en ökad valfrihet har införts för patienterna. I patientlagen från 2015 stärks patienternas ställning med full valfrihet att söka i hela landet till all öppenvård inklusive högspecialiserad öppenvård.

Möjligheter att välja slutenvård utanför den egna regionen regleras i riksavtalet för utomlänsvård. Där anges att patienter ska erbjudas möjlighet att välja att få sin behandling i slutna vård i andra regioner efter att behovet har fastställts i hemregionen.

Det finns en medvetenhet om att regionerna kan få positiva effekter av att samverkan utökas.

Mot bakgrund av detta har samverkan inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion vidgats till att omfatta samverkansaktiviteter utanför den högspecialiserade vården.

De sju regionerna i sjukvårdsregionen står alla inför utmaningar gällande såväl geografi, demografi, kompetensförsörjning, tillgänglighet och ekonomi. En av utmaningarna är att hantera möjligheterna med vårdens strukturering inom sjukvårdsregionen. Breddad och fördjupad samverkan inom hälso- och sjukvårdens område ökar möjligheterna att skapa en mera jämlik vård.

Regionerna har gemensamt ansvar för ett långsiktigt samarbete kring verksamhet och utveckling, forskning, kunskapsstyrning, utbildning och kompetensförsörjning samt digitalisering och e-hälsa. Samarbetet ska kännetecknas av gemensamt ansvarstagande, hög delaktighet, öppenhet och dialog. Samarbete inom sjukvårdsregionen ska prioriteras före samarbete med andra huvudmän.

## **Partnerskap**

På nationell nivå finns en överenskommelse om samarbete i ett s.k. partnerskap som stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Syftet är att åstadkomma en långsiktig samverkan mellan myndigheter och styrgruppen för kunskapsstyrning (SKS) för att vården ska bli kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. De myndigheter som ingår är e-Hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

## **Samverkansområden**

I avtalsförslaget redovisas olika områden inom vilka samverkan sker på olika sätt. Det gäller bland annat vård på universitetssjukhusen där parterna samverkar och utnyttjar gemensamma resurser, men även inom övrig vård inom hela sjukvårdsregionen, inom kunskapsstyrning, kompetensförsörjning, upphandling och andra områden. Avtalet ger också möjligheter för parterna att inrätta nya samverkansområden under avtalsperioden.

## **Fyra fokusområden för samverkan**

### **Verksamhet och utveckling**

Regionerna samverkar för att stärka det operativa samarbetet i sjukvårdsregionen och för att stödja klinisk och patientnära forskning inom sjukvårdsregionens hälso- och sjukvård.

Regionerna samverkar även i arbetsprocesserna för nationell högspecialiserad vård och sjukvårdsregional strukturering.

En ny arbetsprocess för nationell högspecialiserad vård beslutades av Socialstyrelsen 2018 och regleras i HSLF-FS 2018:48. Sakkunniggrupper, som skapas tillsammans med Nationella programområden, tar fram förslag på åtgärder som bör koncentreras till högst 5 enheter i landet. Förslagen remitteras och bereds av två beredningsgrupper innan Socialstyrelsen fastställer antal enheter som får bedriva den aktuella vården. Nämnden för nationell högspecialiserad vård fastställer sedan vilken eller vilka regioner som beviljas tillstånd att bedriva denna vård. I sakkunniggruppernas förslag finns ofta även förslag på vilka tillstånd som bör nivåstruktureras inom varje sjukvårdsregion. Rutin finns för att inom sjukvårdsregionen samordna eventuella ansökningar om nationell högspecialiserad vård.

Vårdens strukturering inom sjukvårdsregionen och investeringssamverkan kommer att vara angelägna utmaningar under kommande avtalsperiod.

Coronapandemins stora påfrestningar på vårdens olika delar har uppmärksammat behovet av samordning varför uppföljning och analys av erfarenheterna kommer att påverka samarbetet inom sjukvårdsregionen avseende möjligheter att utbyta exempelvis personal, materiel, lager och vårdplatser under kommande avtalsperiod.

## **Kunskapsstyrning**

Sedan beslut 2017 etablerar Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning för att åstadkomma en mer 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 lätt tillgänglig och användas i varje patientmöte. Visionen är "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika". En viktig framgångsfaktor är samarbete med kommunerna. Strukturen innehåller c:a 25 s.k. nationella programområden och c:a 8 nationella samverkansgrupper som stöd till nationella programområden. Till stor del har motsvarande struktur skapats på sjukvårdsregional och lokal nivå, och utveckling pågår. Vår sjukvårdsregion har värdskap för fyra nationella programområden med tillhörande arbetsgrupper.

Som en särskild satsning inom kunskapsstyrningen pågår framtagande och införande av s.k. sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp. Dessa är ett resultat av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, och en konsekvens av erfarenheterna av standardiserade vårdförlopp för cancer. Ett vårdförlopp beskriver vården för en specifik patientgrupp och i nuläget pågår arbete med drygt 30 vårdförlopp. Ansvariga är respektive Nationellt programområde.

## **Kompetensförsörjning**

Regionerna samverkar kring utbildning och kompetensutveckling med syfte att underlätta och stödja regionernas arbete med kompetensförsörjning och påverka sjukvårdsregionens lärosäten vad avser vårdutbildningarnas utformning, dimensionering och innehåll. Samverkan omfattar även gemensamma arbetsgivarfrågor.

## **Digitalisering och e-hälsa**

Regionerna samverkar för att ta till vara på möjligheterna med digitalisering och e-hälsa samt för att öka informationssäkerheten genom att bland annat samverka vid incidenter, skydd av IT-strukturer och upphandlingar av IT-system.

Samverkan sker också i arbetet med framtidens vårdinformationssystem.

Nationellt samverkar sjukvårdsregionens regioner via Inera. Inera är ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Uppdraget är att skapa förutsättningar för att digitalisera välfärden, genom att förse ägarna med gemensam digital infrastruktur och arkitektur. Sjukvårdsregionen representeras i Ineras regionala beredningsgrupp, vilken bistår

Ineras ledning i strategiska vägval utifrån regionernas behov gällande verksamhetsutveckling genom digitalisering.

### **Gemensamt finansierade verksamheter**

I avtalsförslaget redovisas även verksamheter som finansieras gemensamt av alla eller några av avtalsparterna. Dessa, som anges i bilaga 4 samt 6-14, är:

- Regionala forskningsrådet
- Regionalt Cancercentrum,
- Regionalt biobankscentrum
- Arbets- och miljömedicinska kliniken i Örebro
- Arbets- och miljömedicin i Uppsala
- Hornhinnebanken
- Regionens donationsansvariga läkare och donationsansvariga sjuksköterska
- Regionalt registercentrum
- Samverkansnämndens kanslifunktion
- Regional HTA-enhet
- Regionalt centrum för sällsynta sjukdomar

Då det bedöms finnas fler verksamheter som skulle lämpa sig för sjukvårdsregional drift och sjukvårdsregional finansiering ger avtalet möjligheter till att inrätta nya gemensamt finansierade verksamheter under avtalsperioden.

### **Bilagor**

Förutom arbetsordning för nämnden och avtal om köp av vård vid universitetssjukhusen och vård vid andra sjukhus omfattar avtalets bilageförteckning avtal och uppdragsbeskrivningar för aktuella samverkansområden och gemensamt finansierade verksamheter.

Om det under avtalsperioden tillkommer fler samverkansområden eller gemensamma verksamheter får samverkansavtalets bilageförteckning kompletteras med nya avtal eller uppdragsbeskrivningar.

### **Namn på sjukvårdsregionen**

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) anger att för hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i samverkansregioner, tidigare benämnt regioner. Alla samverkansregioner använder sig av sjukvårdsregion för att markera att samverkan omfattar hälso- och sjukvård. Samverkansregionernas namn anges i förordningen och utgår från var regionsjukhusen är lokaliserade, Samverkansregion Stockholm, Samverkansregion Linköping, Samverkansregion Lund/Malmö, Samverkansregion Göteborg, Samverkansregion Uppsala/Örebro, Samverkansregion Umeå.

I de flesta fall har samverkansregionerna bytt till andra namn än de som anges i förordningen för att markera den sjukvårdsregionala samhörigheten. Sjukvårdsregionerna heter idag: Stockholm-Gotland sjukvårdsregion, Sydöstra sjukvårdsregionen, Södra sjukvårdsregionen, Västra sjukvårdsregionen och Norra sjukvårdsregionen. Enbart Uppsala-Örebro sjukvårdsregion har behållit regionsjukhusorterna i namnet.

I arbete med att ta fram det nuvarande samverkansavtalet övervägdes om även vår sjukvårdsregion skulle byta namn för att mer markera den sjukvårdsregionala samhörigheten. I avvaktan på av regeringen då aviserade förändringar av landets regionindelning beslutades att behålla sjukvårdsregionens namn.



På uppdrag av Samverkansnämnden har regiondirektörsgruppen, med hjälp av kommunikationsdirektörsgruppen, under 2019 och 2020 utrett om sjukvårdsregionen bör byta namn. I uppdraget ingick att ge förslag till nytt namn om det visade sig finnas behov av namnbyte.

Utredningen visar att grunden till namnet, som bygger på de två universitetssjukhusen, kan upplevas som förlegad då samverkan sker på många olika håll i sjukvårdsregionen, precis som forskning. Fler och fler frågor styrs från nationell nivå till sjukvårdsregionerna. Namnet används därför nu i fler sammanhang och texter än tidigare, och behöver därför vara likvärdigt de övriga sjukvårdsregionerna i Sverige då de ofta beskrivs tillsammans. Namnet behöver vara enkelt att kommunicera, samt vara begripligt i sitt sammanhang. Som den sjukvårdsregion med flest medlemsregioner är det en utmaning med ett namn som dels är ett paraply för samverkan, dels lyfter fram de enskilda regionernas roll. Nuvarande namn Uppsala-Örebro sjukvårdsregion leder till otydlighet kring vilken regionnivå som åsyftas. Utredningen föreslår att det nya namnet blir Sjukvårdsregion Mellansverige med den engelska översättning, Healthcare region Mid Sweden. Föreslås även att domännamn [www.sjukvårdsregionmellan.se](http://www.sjukvårdsregionmellan.se) används.

Ett namnbyte innebär inga stora kostnader då sjukvårdsregionen inte är ett varumärke och hanteras främst av personer med uppdrag inom befintliga samarbeten.

Mallar och riktlinjer behöver förstås justeras så att korrespondens, presentationer och beslutsunderlag får en tydlig avsändare.

## **Pris- och ersättningsmodell i avtalet om köp av vård vid universitetssjukhus**

Samverkansnämndens arbetsutskott diskuterade på sitt möte den 18 september pris- och ersättningsmodellen för avtalet om köp av vård vid universitetssjukhus. Arbetsutskottet gav Regiondirektörsgruppen följande uppdrag:

- att utvärdera funktion och kostnadseffektivitet av Avtal om vård vid universitetssjukhus,
- att utvärderingen ska redovisas senast under hösten 2022, och vid behov innehålla förslag på förändringar av pris- och ersättningsmodellen från och med 2023-01-01,
- att senast den 31 december 2021 presentera en modell för ökad transparens och tillit inom ramen för Avtal om vård vid universitetssjukhus, bilaga 2 till Avtal om samverkan inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, och
- att utreda möjligheten till att införa en modell med incitament som stimulerar till ökad samverkan och samarbete inom sjukvårdsregionen vid köp av vård vid universitetssjukhus.

## **Förslag till beslut**

att byta namn till Sjukvårdsregion Mellansverige, med den engelska översättning, Healthcare region Mid Sweden,

att använda domännamn [www.sjukvårdsregionmellan.se](http://www.sjukvårdsregionmellan.se),

att ge regiondirektörsgruppen i uppdrag att genomföra namnbytet, samt

att godkänna Avtal om samverkan inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion för perioden 2021 och tillsvidare.

*Samverkansnämnden beslutar att rekommendera sjukvårdsregionens regioner*

att godkänna och realisera Avtal om samverkan inom Sjukvårdsregion Mellansverige för perioden 2021 och tillsvidare.

Rickard Simonsson  
Ordförande  
regiondirektörsgruppen

Jonas Claesson  
Ordförande ledningsgruppen

**Bilaga:** Avtal om samverkan inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion inklusive 15 bilagor.