

Peder Björn

2018-04-25

Deltagande i nämnd-
sammanträden på distans
i Samverkansnämnden
för Sydöstra
sjukvårdsregionen
RS 2018-190

§ 68
Regionstyrelsen

I Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen har frågan lyfts om beslutsfattande i nämndssammanträden på distans. Behov föreligger vid kommande sammanträden under 2018.

Fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Deltagandet ska i sådant fall ske genom ljud- och bildöverföring i realtid samt på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor.

En ledamot som deltar på distans ska anses vara närvarande vid nämndens sammanträde.

Regionstyrelsen tillstyrker regionfullmäktige BESLUTA

a t t medge ledamöter och ersättare att delta i Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionens sammanträden på distans.

Regionfullmäktiges behandling av ärendet

Regionfullmäktige BESLUTAR

a t t medge ledamöter och ersättare att delta i Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionens sammanträden på distans.

Vid protokollet

Peder Björn

Justerat

Eva Andersson
Ordförande

Ann-Cathrine Hjerdt
Justerare

Rätt utdrag intygas



Maud Jonsson



Ank 2018 -06- 14

Fredriksson Suzanne

Dnr *SVN 2018-17*

Från: Marie Nilsson <Marie.Nilsson@LTKALMAR.SE>
Skickat: den 14 juni 2018 08:06
Till: Lars Mattsson; Registrator
Ämne: 2018-05-29--30 LF § 24 årsredovisningar och revisionsberättelser.docx
Bifogade filer: 2018-05-29--30 LF § 24 årsredovisningar och revisionsberättelser.docx

För kännedom

MARIE NILSSON
Sekreterare
Kanslienheten

Landstinget i Kalmar län
Box 601, 391 26 Kalmar
0480-84148, 070-2238809
marie.nilsson@ltkalmar.se
Ltkalmar.se

Protokollsutdrag från landstingsfullmäktiges sammanträde den 29-30 maj 2018

§ 24

Diarienummer 180158

Årsredovisningar och revisionsberättelser för 2017 mm

Beslut

1. Landstingsfullmäktige godkänner årsredovisningarna för landstingsstyrelsen, övriga styrelser, patientnämnden, kulturnämnden, beredningar samt Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen och beviljar med notering av revisorernas synpunkter de förtroendevalda i dessa organ ansvarsfrihet.
2. Landstingsfullmäktige godkänner årsredovisningen för Stiftelsen i Kalmar läns museum och beviljar dess styrelse och ledamöter ansvarsfrihet.
3. Landstingsfullmäktige godkänner årsredovisningen för Jenny Nyströms och Curt Stoopendaals stiftelse och beviljar dess styrelse och ledamöter ansvarsfrihet.
4. Landstingsfullmäktige godkänner årsredovisningen för Kalmar läns musikstiftelse och beviljar dess styrelse och ledamöter ansvarsfrihet.
5. Landstingsfullmäktige noterar framlagda granskningsrapporter och revisionsberättelser avseende Kalmar Läns Beställningscentral AB, Kalmar Länstrafik AB, Almi Företagspartner Kalmar län AB och Kalmar Läns Pensionskapitalförvaltning AB.
6. Landstingsfullmäktige noterar revisionsberättelsen för Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg.

Jäv

Det noteras till protokollet att ledamöter och ersättare som varit invalda i berörda nämnder, styrelser och stiftelser under 2017 inte deltar i beslutet om ansvarsfrihet.

Bakgrund

Bokslutet för 2017 redovisas i Årsredovisning 2017. Under rubriken Förvaltningsberättelse beskrivs året som gått med utgångspunkt från de fyra

strategiska perspektiven Medborgare och kund, Verksamhet och process, Medarbetare samt Ekonomi. Här redovisas också uppföljningen av landstingets strategiska mål. I övrigt ingår rubrikerna Landstinget i siffror, Redovisningsprinciper, Miljöredovisning, Upphandlingsbokslut, Företag och kommunalförbund, Revisionsberättelse, Politisk organisation, Administrativ organisation och Ordlista.

Årsredovisningar och revisionsberättelser avseende landstinget (landstingsstyrelsen, övriga styrelser, patientnämnden, kulturnämnden, beredningar, Samverkansnämnden i sydöstra sjukvårdsregionen), Stiftelsen Kalmar läns museum, Jenny Nyströms och Curt Stoopendaals stiftelse och Kalmar läns musikstiftelse redovisas. Revisorerna tillstyrker att de förtroendevalda i dessa organ beviljas ansvarsfrihet.

Granskningsrapporter och revisionsberättelser avseende Kalmar Läns Beställningscentral AB, Kalmar Läns Trafik AB, Almi Företagspartner Kalmar län AB och Kalmar Läns Pensionskapitalförvaltning AB redovisas. Revisorerna tillstyrker att de förtroendevalda i dessa organ beviljas ansvarsfrihet.

Med beaktande av revisorernas granskning föreslår landstingsfullmäktiges presidium att landstingsfullmäktige beviljar de förtroendevalda i de olika organen ansvarsfrihet samt att landstingsfullmäktige godkänner framlagda årsredovisningar.

Anders Björkman (M), revisorernas ordförande, redogör i samband med § 22 även för revisionsberättelsen för landstinget för år 2017 med de bedömningar som gjorts av landstingets revisorer.

Överläggning

Anders Henriksson (S), Linda Fleetwood (V) och Katrin Stagnell (S) föreslår att landstingsfullmäktige ska bifalla redovisat förslag till beslut.

Det noteras att debatten rörande interpellation 2018:7 och 2018:10 hanteras under denna paragraf.

Överläggningen av ärendet Årsredovisningar och revisionsberättelser för 2017 mm pausas för att hantera den tidsatta behandlingen av medborgarförslag och återupptas efter § 30.

Handlingar

1. Landstingets revisionsberättelse och årsredovisning.
2. Granskningsrapport, revisionsberättelse och årsredovisning för Kalmar läns museum.
3. Granskningsrapport, revisionsberättelse och årsredovisning för Jenny Nyströms och Curt Stoopendaals stiftelse.
4. Granskningsrapport, revisionsberättelse och årsredovisning för Kalmar Läns Musikstiftelse.
5. Granskningsrapport och revisionsberättelse för Kalmar Läns Beställningscentral AB.
6. Granskningsrapport och revisionsrapport för Kalmar Läns Trafik AB.
7. Granskningsrapport och revisionsberättelse för Almi Företagspartner i Kalmar län AB.

8. Granskningsrapport och revisionsberättelse för Kalmar Läns Pensionskapitalförvaltning AB.
9. Granskningsrapport, revisionsberättelse och årsredovisning för Transitio AB.
10. Revisionsberättelse för Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg.

Henrik Yngvesson (M)
Ordförande

Margaretha Lööf-Johanson (S)
Justerare

Måns Linge (M)
Justerare

Rätt intygar: Marie Nilsson

Protokollsutdrag till: Revisionen, Ekonomienheten, Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen, Stiftelsen i Kalmar läns museum, Jenny Nyströms och Curt Stoopendaals stiftelse, Kalmar läns musikstiftelse, Kalmar Läns Beställningscentral AB, Kalmar Läns Trafik AB, Almi företagspartner Kalmar län AB, och Kalmar Läns Pensionskapitalförvaltning AB, Kommunalförbundet Svenskt ambulansflyg.

2018-08-20
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:

Regionstyrelsen
Regionutvecklingsnämnden

För kännedom till:


Hälso- och sjukvårdsnämnden
Patientnämnden
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjuk-
vårdsregionen
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

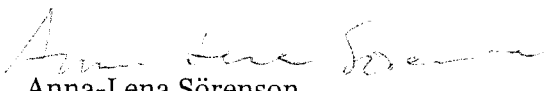
Granskning av kulturverksamheten - kulturplanens ändamålsenlighet och interna kontroll - REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av om regionutvecklingsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kulturplanen.

Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade bedömning är att regionutvecklingsnämnden i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kulturplanen.
- Planen som godkänts av Kulturrådet uppfyller de formella kraven i enlighet med riktlinjer och förordning. Samverkans- och samrådsfrågor är och har varit centrala vid framtagande av kulturplan.
- Avseende anvisningar för hantering av statsbidrag samt system för intern kontroll noteras att det finns behov av att stärka den interna kontrollen. Årlig struktur finns för uppföljning och utvärdering men överenskommelse saknas för Regionbiblioteket inom kultursamverkansmodellen. Det finns också behov av att dokumentera anvisningar kring hantering av statsbidrag samt enhetliggöra innehåll i överenskommelser och avtal. Nämnden har ingen intern kontrollplan för 2018 och har inte riskbedömt rutiner, processer och kontroll inom nämndens ansvarsområden eller avseende kulturplanen.


Anders Senestad
Ordförande


Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Revisionsrapport

Granskning av kulturverk- samheten - kulturplanens ändamålsenlighet och in- terna kontroll

*Karin Jäderbrink,
Certifierad kommunal
revisor*

Gabriel Uhlin

Region Östergötland

Innehåll

Sammanfattande bedömning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	4
1.3. Revisionskriterier.....	4
1.4. Kontrollmål	5
1.5. Metod och avgränsning	5
2. Granskningsresultat	6
2.1. Uppfyller kulturplanen de formella kraven enligt kulturrådets riktlinjer och de krav som finns i förordningen?.....	6
2.1.1. Iakttagelser.....	6
2.1.2. Bedömning	7
2.2. Finns en fungerande samverkans- och samrådsprocess?	7
2.2.1. Iakttagelser.....	7
2.2.2. Bedömning	9
2.3. Finns dokumenterade anvisningar kring hantering av statsbidragen?	10
2.3.1. Iakttagelser.....	10
2.3.2. Bedömning	11
2.4. Sker bidragsgivningen i enlighet med kulturplanen?.....	11
2.4.1. Iakttagelser.....	11
2.4.2. Bedömning	11
2.5. Finns ett system för uppföljning, utvärdering och intern kontroll gällande kulturplanen?	11
2.5.1. Iakttagelser.....	11
2.5.2. Bedömning	13

Sammanfattande bedömning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande kulturverksamheten, kulturplanens ändamålsenlighet och interna kontroll. Revisionsobjekt är regionutvecklingsnämnden. Uppdraget ingår som en del i revisionsplanen för 2018.

Granskningens revisionsfråga besvaras enligt följande:

Har regionutvecklingsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kulturplanen?

Vi bedömer att regionutvecklingsnämnden i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kulturplanen.

Den samlade bedömningen grundar sig på de iakttagelser med efterföljande bedömningar som gjorts för följande antagna kontrollmål:

Uppfyller kulturplanen de formella kraven enligt kulturrådets riktlinjer och de krav som finns i förordningen?

Kontrollmålet är uppfyllt.

Östergötlands kulturplan uppfyller de formella kraven enligt förordning och Kulturrådets riktlinjer och har godkänts av Kulturrådet. Kulturplanen innehåller en beskrivning av de prioriteringar som Region Östergötland vill göra inom den regionala kulturverksamheten under perioden. Planen har utarbetats i samverkan med länets kommuner, professionella kulturliv och det civila samhället.

Finns en fungerande samverkans- och samrådsprocess?

Kontrollmålet är i allt väsentligt uppfyllt.

Det finns en beslutad struktur för hur samverkan och samråd ska ske. Strukturen skapar förutsättningar för samverkan på både politisk och tjänstepersonsnivå samt med civilsamhället och med de professionella kulturutövarna. Samverkans- och samrådsfrågor är och har varit centrala vid framtagande av kulturplan med mera.

Enkätrespondenter och intervjuade bekräftar i allt väsentligt en fungerande samverkans- och samrådsprocess och att den har förbättrats. Vissa synpunkter finns dock på innehåll, frekvens, deltagare på olika nivåer samt att samverkansmodellen inte lett till någon större förändring av bidragen. Detta är områden som regionutvecklingsnämnden kan hantera i sitt fortsatta utvecklingsarbete med kulturplanen.

Finns dokumenterade anvisningar kring hantering av statsbidragen?

Kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Samlade anvisningar för hantering av statsbidrag inom kultursamverkansmodellen finns ej. Dock framgår det delvis av krav och riktlinjer från Kulturrådet, regionens budgetprocess, överenskommelser, utbetalningssammanställning med mera hur statsbidragen hanteras.

Det finns behov av att säkerställa överenskommelse för Regionbiblioteket, dokumenterade anvisningar kring hanteringen av statsbidrag samt enhetliggöra innehåll i överenskommelser och avtal.

Sker bidragsgivningen i enlighet med kulturplanen?

Kontrollmålet är **i allt väsentligt uppfyllt**.

Beslut tas i nämnd gällande uppdrag och överenskommelser efter beslut från Kulturrådet. Koppling bedöms finnas mellan kulturplan och antagna överenskommelser även om det kan förtydligas. Utbetalning sker i enlighet med budgeterad och beslutad nivå.

Finns ett system för uppföljning, utvärdering och intern kontroll gällande kulturplanen?

Kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Det finns en årlig struktur för vilken uppföljning och utvärdering som skall ske till nämnden och till Kulturrådet. Att uppföljning och utvärdering sker bekräftas i vår protokollsgenomgång samt intervjuer och enkäter. Uppföljningsdialoger sker och dokumenteras.

Vi kan samtidigt konstatera att det inte finns överenskommelse för Regionbiblioteket inom kultursamverkansmodellen. Det finns också behov av att överväga förtydliganden i de ettåriga samarbetsavtalen gällande uppdraget och dess innehåll.

Nämnden har ingen intern kontrollplan för 2018 och har inte riskbedömt rutiner, processer och kontroll inom nämndens ansvarsområden eller avseende kulturplanen.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Kulturfrågorna hanteras av regionutvecklingsnämnden på uppdrag av regionfullmäktige.

I revisorernas riskanalys för 2018 framgår att området kultur och kreativitet står för merparten av kostnaden inom regional utveckling (72 %). Där ingår kostnader exempelvis för Östgötateatern, Symfoniorkestern i Norrköping samt andra regionala uppdrag.

Regionutvecklingsnämndens budget för 2018 framgår i strategisk plan och motsvarar totalt 237,4 mnkr i regionbidrag. Finansiering sker delvis via statsbidrag från Kulturrådet enligt kultursamverkansmodellen (ca 140 mnkr). Sedan 2012 ingår Östergötland i den nationella kultursamverkansmodellen. Den regionala kulturplan som ska tas fram i samverkan med kommunerna och i samråd med kulturlivet, är det beslutsunderlag som både Statens kulturråd och regionutvecklingsnämnden använder för att fördela de ekonomiska medlen. Kulturplan för Östergötland 2016-2019 finns antagen. Planen skall följas upp årligen av regionen och av kulturrådet. Regionen är återbetalningsskyldig om fördelning av statsbidraget skett på felaktiga grunder.

Kulturplanen omfattar åtta områden; professionell teater-, dans- och musikverksamhet, regional museiverksamhet, regional biblioteksverksamhet, konst- och kulturfrämjande (bild- och form)verksamhet, regionalt enskilt arkiv, filmkulturell verksamhet, främjande av hemslojd samt litteratur och läsfrämjande.

Revisorerna har sin riskbedömning beslutat att som en del i revisionsplanen för 2018 genomföra en fördjupad granskning inom kulturverksamheten utifrån ändamålsenlighet och intern kontroll.

Två förtroendevalda revisorer, Monica Brodén och Agneta Tillmar, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Granskningen syftar till att bedöma om regionutvecklingsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kulturplanen och dess bidrag hänförliga till kultursamverkansmodellen.

Revisionsfråga:

Har regionutvecklingsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kulturplanen?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande lagar, föreskrifter, beslut med mera utgör underlag för bedömning i granskningen;

- Strategisk plan med treårsbudget 2018-2020

- Förordning om fördelning av vissa statsbidrag till regional kulturverksamhet (2010:2012)
- Kulturplan för Östergötland 2016-2019
- Regionalt utvecklingsprogram >2030 för Östergötland
- Regionutvecklingsnämndens verksamhetsplan 2018
- För området relevanta styrande dokument, beslut och riktlinjer

1.4. Kontrollmål

Utifrån ovanstående revisionskriterier är följande kontrollmål antagna;

- Uppfyller kulturplanen de formella kraven enligt kulturrådets riktlinjer och de krav som finns i förordningen?
- Finns en fungerande samverkans- och samrådsprocess?
- Finns dokumenterade anvisningar kring hantering av statsbidragen?
- Sker bidragsgivningen i enlighet med kulturplanen?
- Finns ett system för uppföljning, utvärdering och intern kontroll gällande kulturplanen?

1.5. Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier (protokoll, styrdokument, överenskommelser, avtal, uppföljningar som knyter an till kulturplanearbetet)
- Genomgång av ekonomi och statistik (budget och nyckeltal)
- Analys av beslutsunderlag, genomförda uppföljningar och kontroller
- Intervjuer samt enkät

Intervjuer har inom Region Östergötland genomförts med regionutvecklingsnämndens presidium samt tjänstepersonsföreträdare för de olika uttrycksformerna inom enheten kultur- och kreativitet. Intervjuer har även skett med kulturchefer i Boxholm, Söderköping, Mjölby, Vadstena och Valdemarsviks kommuner samt med ansvariga chefer för kulturinstitutionerna Östgötateatern, Regionbiblioteket och Östergötlands länsmuseum.

Webbenkät har skickats till 13 kulturchefer i Östergötlands kommuner samt till åtta företrädare för det professionella kulturlivet enligt nedan;

- Regionbiblioteket Östergötland
- Östgötateatern
- Östergötlands Läns Hemslöjdsförening
- Riksteatern i Östergötland
- Symfoniorkestern i Östergötland
- Östergötlands arkivförbund
- Östergötlands museum
- Östgötamusiken

Rapporten har sakavstämmts med intervjuade personer.

2. Granskningsresultat

2.1. Uppfyller kulturplanen de formella kraven enligt kulturrådets riktlinjer och de krav som finns i förordningen?

2.1.1. Iakttagelser

En **definition av de krav** som ställs på en regional kulturplan finns i förordning (2010:2012) om fördelning av vissa statsbidrag till regional kulturverksamhet. Där framgår att regional kulturplan är en beskrivning av de prioriteringar som landsting eller region vill göra inom regional kulturverksamhet och prioriteringarnas förhållande till de nationella kulturpolitiska målen. Vidare ska planen avse tre år och kulturplanen ska utarbetas i samverkan med länets kommuner och professionella kulturliv och det civila samhället.

Den obligatoriska delen av kulturplanen ska innehålla en beskrivning av verksamhetsområden såsom professionell teater-, dans- och musikverksamhet, regional museiverksamhet, regional biblioteksverksamhet, läs- och litteraturfrämjande verksamhet, konst- och kulturfrämjande verksamhet, regional enskild arkivverksamhet, filmkulturell verksamhet, samt hemslöjdsfrämjande verksamhet.

Vidare ska kulturplanen även innehålla beskrivningar av de nationella kulturpolitiska prioriterade områdena, regionala förutsättningar, ekonomiska utgångspunkter och arbetsmetod för hur den regionala kulturplanen arbetas fram.

Kulturplan för Östergötland 2016 – 2019 beslutades av regionutvecklingsnämnden september 2015, regionstyrelsen i oktober och regionfullmäktige i november 2015. Planen är ett omfattande dokument i två delar. Planen inleds med en genomgång av de nationella kulturpolitiska målen, regionens mål för kultur i det regionala utvecklingsprogrammet och regionens strategiska treårsplan samt en redovisning av regionens strategiska prioriteringar inom området den aktuella perioden. Planen innehåller också en beskrivning av den regionala kulturens organisation och infrastruktur. Här beskrivs vilka samråd och metoder för samverkan som finns inom kultursamverkansmodellen i Östergötland. Beskrivningar av insatser inom nationella prioriterade områden och regionala insatsområden och prioriteringar redovisas också.

I planen presenteras de kulturverksamheter som får statligt stöd genom kultursamverkansmodellen. I respektive avsnitt redovisas regionens prioriteringar för de verksamheter som får statligt stöd.

För respektive område identifieras aktuella aktörer och samverkansgrupper samt hur och vad de arbetar med. Utmaningar för att nå målsättningarna inom respektive område beskrivs tillsammans med prioriterade insatser under perioden. Genomgående prioriteringar är att utöka eller utveckla samverkan inom insatsområdena och på olika sätt ge stöd till utövare, kommuner eller andra aktörer som arbetar inom det specifika området.

Vid genomförda intervjuer redovisas att framtagandet av kulturplanen delas upp på respektive strateg i regionen som ansvarar för samordningen inom respektive område. Kulturplanen sammanställs sedan på övergripande nivå. I processen med framtagandet av planen deltar även företrädare för kommuner, professionella kulturlivet samt förtroendevalda.

Vid intervjuer med ansvariga tjänstepersoner uppges kulturplanens upplägg varit uppskattat från Kulturrådets sida som också godkänt planen årligen. Regionen mottog dock viss kritik inledningsvis från Riksantikvarieämbetet kring avsaknad i planen av de nationella målen för kulturmiljöarbetet. Kulturrådet uppges inte i övrigt ha haft några synpunkter angående kulturplanens innehåll.

I kulturplanen framgår ej ekonomiska resurser. De resurser som avsätts årligen framgår i regionutvecklingsnämndens internbudget och årliga ansökningar till Kulturrådet. För 2018 motsvarar det ca 140 mnkr.

2.1.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **uppfyllt**.

Östergötlands kulturplan uppfyller de formella kraven enligt förordning och Kulturrådets riktlinjer och har godkänts av Kulturrådet. Kulturplanen innehåller en beskrivning av de prioriteringar som Region Östergötland vill göra inom den regionala kulturverksamheten under perioden. Planen har utarbetats i samverkan med länets kommuner, professionella kulturliv och det civila samhället.

Kulturplanen innehåller även beskrivningar av de nationella kulturpolitiska prioriterade områdena.

2.2. Finns en fungerande samverkans- och samrådsprocess?

2.2.1. Iakttagelser

I "Kulturplan för Östergötland 2016-2019" konstateras att kultursamverkansmodellen kräver en aktiv samverkan genom dialog, gemensamt arbete och ansvar för att nå längre i arbetet på kulturområdet. Varje kommun uppges själva lägga ambitionsnivån i arbetet med sitt lokala kulturliv men att regionen och kommunerna genom kultursamverkansmodellen ska samråda med olika kulturaktörer för att tillsammans utveckla kulturområdet. Framtagandet av planen uppges ha skett i samverkan med kommunerna och i samråd med Östergötlands kulturliv.

I kulturplanen och dokumentet "Arbetsplan samrådet för kultur 2017-2018" redogörs för ett antal olika forum på olika nivåer och med olika sammansättningar där arbete sker inom kultursamverkansmodellen. Nedan följer några exempel.

Regionen bjuder årligen in modellens alla aktörer till en **årlig regional konferens**. Konferenserna uppges baseras kring ett aktuellt tema som är angeläget för deltagarna. Till konferenserna bjuds relevanta talare in och syftet är att konferensen ska utgöra ett forum för information och nätverkande för modellens aktörer.

Samrådet för kultur är ett politiskt samråd mellan Region Östergötland och Östergötlands 13 kommuner. Samrådet har till uppdrag att vara politiskt forum med representanter från avtalsparterna inom sakområdet. I samrådet representeras regionen av regionutvecklingsnämndens presidium samt kulturansvarig tjänsteperson. Kommunerna representeras av sakområdesansvariga politiker. Ledningsgruppen för kultur har till uppgift att bereda samrådets arbete.

I dokumentet "Arbetsplan 2017-2018 Samrådet för kultur" förtydligas syfte, målbild, arbetsområden och arbetsformer för samrådet. Samrådet uppges konkret syfta till att bland annat säkerställa kommunernas delaktighet i regionala beslut och fungera som en samverkansarena för kulturområdet.

Vid intervjuerna framkommer att samrådet börjat fungera bättre och mer strukturerat nu men att deltagandet från kommunernas sida varierar.

Ledningsgruppen för kultur består av cheftjänstepersoner från avtalsparterna inom sakområdet och bereder samrådets arbete. Ledningsgruppen leds av Region Östergötlands chef för kultur och kreativitet. I Ledningsgruppen ingår även kommunernas kulturansvariga tjänstepersoner som bereder regionala kulturfrågor och ärenden till politiskt samråd. Funktionen är även tänkt att vara ett forum för erfarenhetsutbyte utifrån kommunernas behov, samt arena för strategiska frågor i syfte att skapa bättre möjligheter att nå ut till medborgaren med kultur i olika former. Nätverket träffas cirka fyra gånger per år och leds av ansvarig enhetschef på Region Östergötland.

Vid genomförda intervjuer med kulturcheferna framkommer en bild av att cheferna i Östergötlands mindre kommuner i viss mån har svårt att delta fullt ut vid dessa nätverksträffar. Detta uppges bero på att de mindre kommunerna har förhållandevis begränsade resurser och olika ambitionsnivå för arbetet.

Utöver nätverket för kulturchefer finns även ett **tjänstemannanätverk för kulturstrategier/kultursamordnare** i Östergötland. Nätverket har tonvikt på mer operativa frågor. Enligt arbetsplanen ska nätverket träffas cirka fyra gånger per år och ledas av strateger från Region Östergötland.

Utöver ovan nämnda nätverk finns ett antal **övriga nätverk för samverkan** i samrådsstrukturen för regelbundna möten etablerade. Dessa har inriktning mot de specifika kulturformerna eller områden som inkluderas i kultursamverkansmodellen. Exempel är enligt nedan;

- Nätverk för regionala främjare
- Nätverk för offentlig konst
- Dansens vecka i Östergötland
- Filmpedagogik och skolbio
- Nätverk för kulturarvssamverkan
- Nätverk för bibliotek/Götasamarbetet

Utöver samverkan i nätverken genomförs samrådsdialoger mellan strategerna på regionen och kulturaktörer i olika konstellationer. Dessa **samråd och dialoger** uppges syfta till att skapa förutsättningar för de professionella utövarna inom respektive område samt samråda inför framtagande av ny kulturplan. Sammansättning och upplägg för dessa dialoger ser lite olika ut beroende på hur förutsättningarna ser ut för utövarna inom det specifika området. Dialoger och samråd förs med kulturinstitutionerna med flera som Region Östergötland har samarbetsavtal och verksamhetsbeställningar med. Dessa dialoger regleras i treåriga respektive ettåriga, av regionutvecklingsnämnden, beslutade beställningar och överenskommelser. Dessa saknas gällande Regionbiblioteket samt för egna verksamheter.

Ett nytt forum uppges ha tillkommit samrådsprocessen under 2017 kallat "Plattform kultursamverkan". Till denna bjuds kommunernas politiker och tjänstemän, civilsamhället och andra involverade kulturutövare in. 2018 uppges plattformen utgå från resultatet i årets kulturvaneundersökning.

Vid intervjuerna uppges att det tidigare funnits ett regionalt råd för kulturskapare. Rådet bestod av representanter för olika professionella kulturskapare och tanken var att villkoren i Östergötland kopplat till kulturplanen skulle diskuteras. Rådet uppges även utgjort remissinstans för kulturplanen. Detta råd har avvecklats då det upplevts svårt att hitta gemensamma frågor att diskutera för olika kulturområden.

Generellt uppger tjänstepersoner i kommunerna och representanterna för kulturinstitutionerna vid intervjuerna att de är bekanta med de nätverk och de forum som de själva deltar i. Dock har det påpekats vid vissa av de genomförda intervjuerna att vissa aktörer saknar ett forum där kulturinstitutionerna kan mötas och samverka inom modellen. Det finns också vissa synpunkter på frekvens samt innehåll samt att det trots samverkan ej skett någon förändring i fördelning av bidragen.

Som en del i granskningen har **webbenkät** skickats till totalt 21 företrädare för kommuner och det professionella kulturlivet. Av dessa har 19 lämnat svar på frågeställningar kring samverkan, samråd och uppföljning i enlighet med kulturplanen.

Enkätsvaren redovisar generellt att samverkan sker i enlighet med planerad samverkan och samrådsprocess. Ett fåtal respondenter uppger att de är osäkra hur den planerad samverkan och samrådsprocessen ser ut.

Generellt upplevs samverkan med Region Östergötland fungera bra bland respondenterna. När det gäller samrådet för kultur uppger vissa kulturchefer att det i viss mån är för stort fokus på formalia samtidigt som andra upplever att det är svårt att få tiden att räcka till för att diskutera regionala frågor. Det har också lämnats kommentarer om att regionens strateger har väldigt god kompetens kring sakfrågorna men även på behov av att stärka kompetens och resurser.

2.2.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet **i allt väsentligt är uppfyllt**.

Det finns en beslutad struktur för hur samverkan och samråd ska ske. Strukturen skapar förutsättningar för samverkan på både politisk och tjänstepersonnivå samt med civilsam-

hället och med de professionella kulturutövarna. Samverkans- och samrådsfrågor är och har varit centrala vid framtagande av kulturplan med mera.

Enkät- och intervjurespondenter bekräftar i allt väsentligt en fungerande samverkans- och samrådsprocess och att den har förbättrats.

Vissa synpunkter finns dock på innehåll, frekvens, deltagare på olika nivåer samt att samverkansmodellen inte lett till någon större förändring av bidragen. Detta är områden som regionutvecklingsnämnden kan hantera i sitt fortsatta utvecklingsarbete med kulturplanen.

2.3. Finns dokumenterade anvisningar kring hantering av statsbidragen?

2.3.1. Iakttagelser

Region Östergötland har inga samlade dokumenterade anvisningar specifikt för hanteringen av statsbidragen gällande kultursamverkansmodellen.

I samband med granskningen har vi dock tagit del av krav och riktlinjer på kulturplanen samt de villkor som ges av Kulturrådet. Dessa framgår bland annat i årliga dokumenterade beslut av Kulturrådet som tagits efter årlig framställan och ansökan från regionutvecklingsnämnden. Exempel på vad som regleras är tidplan, återbetalningsskyldighet, budget och resurser, redovisning, tillgänglighet med mera.

För regionutvecklingsnämnden är det Region Östergötlands budgetprocess samt Kulturrådets tidplan som påverkar den årliga processen för statsbidragen. Nämndens och regionens årliga uppräkningsavtal till verksamheterna antas och framgår i nämndens budget för 2018. De intervjuade beskriver dock viss problematik med nivå på indexuppräkningsavtal samt med tidplaner då Region Östergötlands budgetbeslut sker före beslut om fördelning av statsbidrag. Regionutvecklingsnämnden antar sin budget i november och Kulturrådet beslutar om bidragen i januari året därpå.

Nämnden antar treåriga och årliga samarbetsavtal, överenskommelser och verksamhetsbeställningar. Där framgår exempelvis finansiering, innehåll, uppdrag och former för uppföljning och samverkan. Utbetalningsrutiner framgår ej. Vi har dock erhållit excelsammanställning som underlag för utbetalning till avtalsparterna som nämndens förvaltning utarbetat. Denna är i enlighet med antagen budget och gjorda överenskommelser. Utbetalning/utanordning sker med olika intervall och verkställs av produktionsenheten Centrum för verksamhetsstöd och utveckling inom Regionen.

Vid genomgång av budget och gjorda samarbetsavtal med mera kan följande konstateras;

- Samarbetsavtal eller överenskommelse saknas för biblioteksverksamheten
- Ej tydligt i budget och avtalsnivå gällande statsbidrag respektive regionens ersättningsnivå
- Hur uppföljning skall ske under året av samarbetsavtal, verksamhetsbeställning eller överenskommelse framgår i treåriga respektive årliga avtal
- Ingen reglering om återkrav framgår

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet är **delvis uppfyllt**.

Samlade anvisningar för hantering av statsbidrag inom kultursamverkansmodellen finns ej. Dock framgår det delvis av krav och riktlinjer från Kulturrådet, regionens budgetprocess, överenskommelser, utbetalnings-sammanställning med mera hur statsbidragen hanteras.

Det finns behov av att säkerställa skriftlig överenskommelse för biblioteksverksamheten, dokumenterade anvisningar samt enhetliggöra innehåll i överenskommelser och avtal.

2.4. Sker bidragsgivningen i enlighet med kulturplanen?

2.4.1. Iakttagelser

Nämnden antar som redovisats ovan treåriga regionala uppdrag samt årliga samarbetsavtal, överenskommelser och verksamhetsbeställningar för verksamhet bland annat kopplat till samverkansmodellen. I dessa framgår finansiering, innehåll i uppdrag m.m. Vid vår genomgång av överenskommelser kan konstateras att dessa är i enlighet med antagen budget och gjorda överenskommelser. Utbetalningsunderlag/excelsammanställning är i enlighet med gjorda överenskommelser.

Kulturplanen är som tidigare nämnts ett omfattande dokument och är regionens strategiska dokument som styr inriktningen för hur kulturområdet skall utvecklas. Vid vår genomgång av kulturplan kopplat till antagna överenskommelser kan konstateras att det finns en koppling men att denna kan tydliggöras.

De intervjuade beskriver att de inte ser någon direkt risk att pengarna som fördelats går till något annat än det som fastställs i kulturplanen när det gäller verksamheterna. Enligt uppgift har regionen ej krävt tillbaka medel från utförare eller blivit återbetalningsskyldig till Kulturrådet. De intervjuade poängterar dock att det i dessa situationer är viktigt att problemen fångas upp i de olika forumen för samverkan och dialog så tidigt som möjligt. Ett antal dialoger och diskussioner har skett kring insatser som inte verkställts av olika anledningar.

2.4.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet **i allt väsentligt är uppfyllt**.

Beslut tas i regionutvecklingsnämnd gällande uppdrag och överenskommelser efter beslut från Kulturrådet. Koppling bedöms finnas mellan kulturplan och antagna överenskommelser även om det kan förtydligas. Utbetalning sker i enlighet med budgeterad och beslutad nivå.

2.5. Finns ett system för uppföljning, utvärdering och intern kontroll gällande kulturplanen?

2.5.1. Iakttagelser

Kulturrådet ställer i kultursamverkansmodellen **krav på uppföljning** av utbetalade medel och genomförda insatser i linje med kulturplanen. Rådet fattar årligen beslut om

statsbidrag för den regionala kulturverksamheten och kräver ärligen både kvalitativ samt kvantitativ uppföljning på områdes- och enhetsnivå.

I Kulturrådets *"Riktlinjer för uppföljning av vissa statsbidrag till regional kulturverksamhet"* framgår att regionerna ärligen ska redovisa kvalitativt, med beskrivande text, hur regionen och de kulturverksamheter som erhållit statliga medel inom kultursamverkansmodellen använt dessa. Krav finns även på redogörelser för vilken samverkan som skett tillsammans med kommunerna samt samråden med civilsamhället och det professionella kulturlivet det gångna året. En redogörelse av den verksamhet som aktörer bedrivit med tilldelade medel ska också lämnas.

Vidare krävs en kvantitativ redovisning på både områdes- och enhetsnivå. Detta inkluderar antalet genomförda aktiviteter inom varje område, hur många som deltagit, deras ålder, intäkter, kostnader, geografisk placering, personal och information om regionens organisation för arbetet. Inför varje år ska regionen också rapportera nuläget i arbetet med kulturplanen till Kulturrådet om någon revidering har skett av innehållet i planen eller om regionens organisation ändrats på något sätt.

Den uppföljning som regionen ska rapportera till Kulturrådet ska redovisas i kulturdatabasen som Myndigheten för kulturanalys ansvarar för. Myndigheten för kulturanalys har ansvaret för att utvärdera och analysera kultursamverkansmodellen.

Uppföljning av kulturplanen i Region Östergötland sker två gånger per år och rapporteras till regionutvecklingsnämnden. Nämnden tar del och beslutar om överlämnande av uppföljningen uppdelat i två olika underlag. Dessa underlag utgörs av den kvalitativa uppföljningen samt en sammanställning av den statistik som rapporterats in i kulturdatabasen. Vi har tagit del av dessa och konstaterar att de i allt väsentligt innehåller det som efterfrågats av Kulturrådet.

Nulägesbeskrivning och uppföljning av kulturplanen skickas till Kulturrådet i slutet av varje år även om ingen direkt revidering har skett av kulturplanen. Nulägesbeskrivningen innehåller en redogörelse för vilket arbete som genomförts under året med koppling till planen. Vi har även tagit del av nulägesbeskrivningen som redogör för den samverkan som skett i olika forum under året samt en beskrivning av strategiska prioriteringar och övergripande utvecklingsinsatser som genomförts inom respektive område.

Respektive utförare registrerar efterfrågad statistik och resultat i kulturdatabasen. Inom Region Östergötland finns en samordnare med övergripande ansvar för detta. Den regionala samordnaren är behjälplig med de tekniska detaljerna kring återrapporteringen och sammanställer det slutliga underlaget. Enligt intervjuerna specificerar kulturinstitutionerna och övriga utförare vad erhållna medel har använts till i kulturdatabasen. Detta innefattar en mängd olika nyckeltal såsom kostnader, intäkter, antal deltagare och personal.

Det uppges inte längre finnas krav från statens sida att statistik på kommunnivå ska rapporteras in. Regionutvecklingsnämnden följer dock upp på denna nivå utifrån de nyckelindikatorer som antagits i nämndens verksamhetsplan för 2018. Där framgår geografisk spridning av arrangemang och arrangörstöd samt andel av stöd som utdelas utanför institutionerna.

Den nationella nivåns analyser av mätningarna uppges vid intervjuerna vara väldigt viktiga för tjänstepersonerna inom Region Östergötland då de bedömer att de inte har tillräckliga resurser för analys eller resurser i form av statistiker. Remissvar till Kulturdepartementet har lämnats från Regionen 2017 där det bland annat påtalats behov av ökade resurser kopplat till utökad uppföljning av kultursamverkansmodellen. Vissa svårigheter som uppstår vid inrapportering enligt de intervjuade är bl.a. viss osäkerhet kring uppdelning av medel och insatser mellan kultursamverkansmodellen och annat regionalt stöd.

Från och med 2018 uppges det ha skett förändringar i vad som ska rapporteras in för det kvalitativa underlaget. Underlagets omfattning har varierat något mellan åren och diskussioner har förts om hur omfattande den kvalitativa redovisningen ska vara då detta även hanteras i nämndens årsredovisning. Kulturrådet har nu bestämt att Region Östergötland med flera, vart tredje år, ska redovisa fler och större frågor. Den kvalitativa uppföljningen uppges följa en nationell mall som kan variera något från år till.

Utöver ovanstående beskrivningar genomförs följande uppföljningar med anknytning till kulturplanen;

- Uppföljningar sker med kulturinstitutionerna med flera som Region Östergötland har samarbetsavtal och verksamhetsbeställningar med. Uppföljningsdialogerna dokumenteras. Hur uppföljning skall ske under året av samarbetsavtal, verksamhetsbeställning eller överenskommelse framgår i treåriga respektive ettåriga avtal
- Delårsbokslut och årsbokslut
- Ekonomisk uppföljning och verksamhetsberättelser från utövare
- Uppföljning av nämndens verksamhetsplan

Regionutvecklingsnämnden har inte antagit någon intern kontrollplan för 2018 där kontroller av rutiner och processer kopplade till kulturplanen riskbedömts.

I webbenkäten redovisas att merparten av respondenterna bedömer att uppföljning av kulturplanen sker inom ramen för kultursamverkansmodellen. Dock var de kommunala respondenterna osäkra om vilken uppföljning som avsågs och redovisades.

2.5.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet **delvis är uppfyllt**.

Det finns en årlig struktur för vilken uppföljning och utvärdering som skall ske till regionutvecklingsnämnden, för verksamheterna i modellen och till Kulturrådet. Att uppföljning och utvärdering sker bekräftas i vår protokollsgenomgång samt intervjuer och enkäter. Uppföljningsdialoger sker och dokumenteras.

Vi kan samtidigt konstatera att det inte finns överenskommelse för Regionbiblioteket inom kultursamverkansmodellen. Det finns också behov av att överväga förtydliganden i de ettåriga samarbetsavtalen gällande uppdraget och dess innehåll.

Nämnden har ej någon utarbetad intern kontrollplan för 2018 och har inte riskbedömt rutiner, processer och kontroll inom området.

2018-08-20
REVISIONSSKRIVELSE

Regionfullmäktige

För beaktande till:
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

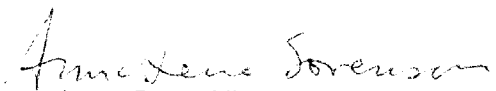
För kännedom till:
Patientnämnden
Samverkansnämnden för sydöstra sjukvårds-
regionen
Trafik- och samhällsplaneringsnämnden
Regionutvecklingsnämnden
samt i övrigt enligt bifogad sändlista

Remisshantering – REGION ÖSTERGÖTLAND

Regionens revisorer har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende remisshantering. Regionens revisorer har beslutat att ställa sig bakom PwC:s revisionsrapport och vill särskilt lyfta fram följande:

- Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i begränsad utsträckning har en ändamålsenlig remisshantering.
- På övergripande nivå finns skriftliga direktiv (riktlinjer) som följer Socialstyrelsens föreskrifter. Kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter uppfylls inte tillfullo i dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå, vilket är samma utfall som vid granskningen 2011.
- Regionövergripande riktlinjer och dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå är inte allmänt kända. Dokumenterade rutiner och avvikelshanteringssystem används inte i tillfredställande omfattning.
- Remisshanteringen följs inte upp i tillräcklig omfattning och riskbedömningar avseende remisshantering görs inte på ett systematiskt vis.


Anders Senestad
Ordförande


Anna-Lena Sörenson
Vice ordförande

Revisionsrapport

Remisshantering

Region Östergötland

Cecilia Claudelin

Karolin Hamnér

Matti Leskelä
Certifierad kommunal
yrkesrevisor

Augusti 2018

Innehåll

Sammanfattande bedömning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund.....	4
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	5
1.3. Revisionskriterier.....	5
1.4. Kontrollfrågor	5
1.5. Avgränsning	5
1.6. Metod	6
2. Granskningsresultat	7
2.1. Finns dokumenterade riktlinjer på övergripande nivå respektive dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå utifrån Socialstyrelsens föreskrifter?.....	7
2.1.1. Iakttagelser.....	7
2.1.2. Bedömning	8
2.2. Finns välfungerande processer, riktlinjer och system gällande remisshantering?	8
2.2.1. Iakttagelser.....	8
2.2.2. Bedömning	11
2.3. Följs remisshanteringen upp och används uppföljningen som en del i riskbedömning och underlag för utveckling inom regionen?	11
2.3.1. Iakttagelser.....	11
2.3.2. Bedömning	12
Bilaga 1	

Sammanfattande bedömning

PwC har på uppdrag av Region Östergötlands revisorer genomfört en granskning gällande remisshanteringen inom Region Östergötland. Granskningsobjekt är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Uppdraget ingår som en del av revisionsplanen för år 2018.

Granskningen syftar till att analysera och bedöma regionens remisshantering. Granskningens revisionsfråga besvaras enligt följande:

Är remisshanteringen inom Region Östergötland ändamålsenlig?

Vår samlade revisionella bedömning är att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i begränsad utsträckning har en ändamålsenlig remisshantering. På övergripande nivå finns skriftliga direktiv (riktlinjer) som följer Socialstyrelsens föreskrifter. Kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter uppfylls inte tillfullo i dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå. Granskningen har visat på brister av egenkontroll, riskanalys samt specifik uppföljning avseende remisshantering. Det finns risker kopplade till verksamheterna då de till övervägande del arbetar efter muntliga rutiner.

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

Finns dokumenterade riktlinjer på övergripande nivå respektive dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå utifrån Socialstyrelsens föreskrifter?

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt. Regionens övergripande riktlinjer för remisshanteringen följer i allt väsentligt Socialstyrelsens föreskrifter. Ingen av de utvalda klinikerna uppfyller kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter fullt ut

Finns välfungerande processer, riktlinjer och system gällande remisshantering?

Vi bedömer att kontrollmålet i begränsad utsträckning är uppfyllt. Bedömningen grundar sig på att granskningen inte har funnit tillräckligt välfungerande processer, riktlinjer och system gällande remisshanteringen. Regionövergripande riktlinjer och dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå är inte allmänt kända. Dokumenterade rutiner och avvikelshanteringssystem inte används i tillfredställande omfattning. Cosmic bedöms delvis bidra till en välfungerande remisshantering. Uppföljningen begränsas dock då inte alla arbetsmoment registreras i Cosmic.

Följs remisshanteringen upp och används uppföljningen som en del i riskbedömning och underlag för utveckling inom regionen?

Vi bedömer att kontrollmålet inte är uppfyllt. Vi bedömer att remisshanteringen inte följs upp i tillräcklig omfattning. Vidare bedömer vi att riskbedömningar avseende remisshan-

tering inte görs på ett systematiskt vis. Data avseende remisshantering som finns tillgänglig genom nationell uppföljning används inte som underlag för utveckling i verksamheten.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Enligt Socialstyrelsens definition är en remiss en förfrågan inom hälso- och sjukvården och tandvården om någon annan kan ta över ansvaret för en patient eller göra en viss undersökning.

Hantering av remisser har en central funktion inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) ansvarar vårdgivaren att det finns skriftliga direktiv samt att det säkerställs att det finns riktlinjer för hur remisshanteringen ser ut. Verksamhetschefen är den som är ansvarig för fastställande av riktlinjer för hanteringen av utgående och inkommande remissvar.

Det finns idag flera olika slags remisser som mottagande enheter har att hantera. Inom länet skickas remisser digitalt i journalsystemet, medan remisser till utomlänsvård fortfarande skickas i pappersform. Utöver detta finns även egen vårdbegäran (EVB)/privat vårdbegäran som innebär att en patient på eget initiativ söker öppen vård. En EVB kan inkomma via telefon, mail, brev eller formulär på www.1177.se. Det är viktigt att det finns riktlinjer för en effektiv och säker hantering av samtliga dessa tre former av remisser. Om en remiss eller ett remissvar försenas, eller inte alls skickas till mottagande funktion för utredning/behandling kan patientens hälsotillstånd förvärras. Utöver de medicinska konsekvenserna kan brister i remissförandet medföra att resurserna inom regionen inte används på ett kostnadseffektivt sätt. I nedanstående tabell förklaras de fyra olika remisstyper som används inom Region Östergötland.

Vårdbegärensremiss	Förfrågan om att överta vårdansvaret för patienten
Konsultationsremiss	Förfrågan om att få konsultation/råd avseende en patient men då remittenten har fortsatt vårdansvar
Egenvårdsremiss/privat vårdbegäran	När patienten själv inkommer med en remiss utan att gå via en klinik eller vårdcentral.
Utomlänsremiss	Remisser som skickas till eller inkommer från ett annat län.

Källa: Socialstyrelsen och 1177

Av Region Östergötlands Strategiska plan med treårsbudget 2018-2020 framgår det att vården behöver göra det enklare för patienterna att hitta och söka vård. Patienterna ska alltid få och uppleva känslan av att de "har kommit rätt". En effektiv vårdprocess kännetecknas bland annat av att övergångarna mellan vårdgivare sker lätt, onödigt väntetid elimineras och patienten känner delaktighet och är välinformerad genom hela processen. Effektiva vårdprocesser är grunden för effektiv och högkvalitativ vård.

Remisshanteringen har granskats flera gånger inom Region Östergötland, senast 2011. Där framkom det att remisshanteringen inte var tillräckligt tillförlitlig. Kraven uppfylldes inte i tillräcklig omfattning på enhetsnivå (verksamhetsnivå) utifrån kraven i Socialstyrelsens föreskrifter. Liknande resultat framkom vid en granskning år 2002.

Revisorerna har i sin riskbedömning lyft fram att det är väsentligt att granska området. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2018.

Två förtroendevalda revisorer, Gunnar Asserhed och Agneta Tillmar, har följt granskningen.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Granskningen syftar till att analysera och bedöma regionens remisshantering. Granskningen ska besvara följande revisionsfråga:

- Är remisshanteringen inom Region Östergötland ändamålsenlig?

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i denna granskning utgörs i huvudsak av:

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientdatalag (2008:355)
- Patientlag (2014:821)
- Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Hälso- och sjukvårdsförordningen kap. 6 vårdgaranti (2017:80)

1.4. Kontrollfrågor

Som underlag för att besvara den övergripande revisionsfrågan har följande kontrollfrågor formulerats utifrån revisionskriterierna:

- Finns dokumenterade riktlinjer på övergripande nivå respektive dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå utifrån Socialstyrelsens föreskrifter?
- Finns välfungerande processer, riktlinjer och system gällande remisshantering?
- Följs remisshanteringen upp och används uppföljningen som en del i riskbedömning och underlag för utveckling inom regionen?

1.5. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till att omfatta inkommande läkarremiss inom specialistvården till följande kliniker:

- Sinnescentrum (SC)– Ögonkliniken i Linköping och Motala

- Närsjukvården i centrala Östergötland (NSC) – Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping (BUP) samt Enheten för samordnad cancerutredning (ESCU)
- Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård (CKOC) – Onkologiska kliniken US samt Urologiska kliniken i Östergötland

1.6. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer samt stickprov via journalgranskning.

Genomgång har gjorts av regionens riktlinjer, avtal och andra relevanta dokument.

Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer, läkare samt vårdadministratörer inom utvalda sjukvårdande produktionsenheter och berörda tjänstepersoner inom Centrum för verksamhetsstöd och utveckling (CVU). Antalet intervjuade har uppgått till 18 stycken.

Granskningen bygger på underlag och intervjuer som inkommit under perioden mars till maj år 2018.

Ett utkast till revisionsrapport har översänts till de intervjuade för sakavstämning.

Journalgranskning

Remissflödet har granskats genom stickprov av journaler. Remisser har granskats enligt följande fördelning:

- Fem inkomna vårdbegäransremisser per klinik och år (2014 och 2017). Sammanlagt 40 vårdbegäransremisser.
- Fem inkomna egenvårdsremisser (EVB) per klinik och år (2014 och 2017). Sammanlagt 40 EVB.

Urvalet av remisser har gått till enligt följande: Projektteamet har till Region Östergötland efterfrågat remisser som inkommit till de utvalda klinikerna under olika tidsperioder 2014 och 2017. Remisserna har sedan avidentifierats. De avidentifierade remisserna har granskats av projektledaren tillsammans med en tjänsteperson på CVU utifrån en checklista som PwC tagit fram med kontrollområden kopplat till granskningens revisionskriterier.

2. Granskningsresultat

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:11) *Ansvar för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.* är det vårdgivarens ansvar (Region Östergötland, regionstyrelsen) att se till att det finns skriftliga direktiv för hur remisser ska utformas och hanteras. Av föreskriften framgår också att verksamhetscheferna på mottagande enhet har ansvar för att dokumenterade rutiner finns för följande moment:

- Hur remisser skall tas emot och registreras,
- Hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten skall få besked om att remissen mottagits och när den kommer att åtgärdas,
- Vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss inte kan ges inom meddelad tid, och
- Hur remissvaren skall registreras och sändas.

Enligt föreskriften ska inkommande remisser bedömas och prioriteras av personal med för uppgiften formell och reell kompetens.

På sjukvårdsrådgivningens hemsida www.1177.se via funktionen *Journalen* kan privatpersoner se sina egna remisser.

2.1. **Finns dokumenterade riktlinjer på övergripande nivå respektive dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå utifrån Socialstyrelsens föreskrifter?**

2.1.1. *Iakttagelser*

Regionövergripande riktlinjer

I Region Östergötlands Strategiska plan med treårsbudget 2018-2020 samt i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2017 kan regionens strategiska mål "Hög tillgänglighet till Region Östergötlands verksamheter" kopplas till regionens remisshantering.

Vi har tagit del av de regionövergripande dokumenten "Remisshantering praxis och rekommendationer i Region Östergötland" och "Remissrutiner inom Region Östergötland". Det förstnämnda dokumentet innehåller övergripande praktisk hantering för remisser i IT-systemet Cosmic samt begreppsförklaring. Viss beskrivning av roller och ansvar i remissflödet från remittent till mottagare finns. I det andra dokumentet återfinns allmän information om remisser samt förtydliganden av verksamhetschefers ansvar för remisshantering på enhetsnivå, i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter.

Vi har även tagit del av andra regionövergripande dokument som avser remisshantering bland annat riktat mot mätpunkter i väntetider (se avsnitt 2.2.1). Se bilaga 1 för regionens skriftliga direktiv över vad som ska inkluderas i verksamhetschefens dokumenterade rutiner.

Dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå

Vi har tagit del av dokumenterade rutiner hos samtliga kliniker som ingår i granskningen. Under granskningens gång framkom uppdaterade rutiner för remisshantering inom ESCU. Flertalet rutiner är godkända av verksamhetschef eller vårdenhetschef. Information om vem eller vilken profession som ansvarar för vilket moment i remisshanteringens framgång i viss utsträckning.

Varken Socialstyrelsens föreskrifter eller de regionövergripande riktlinjerna efterlevs till fullo. Regionens riktlinje om att signering av remisser och remissvar bör utföras inom två dagar finns inte dokumenterat hos någon av de utvalda klinikerna. Rutiner för att skicka remissbekräftelse saknas hos flertalet utvalda kliniker. Ingen av de utvalda klinikerna följer regionens riktlinje om att det ska finnas en förteckning över anställda som har rätt att bedöma remisser och vem som tar över vid avslut av anställning. Hos flera kliniker finns dock rutiner för hur praktisk hantering av olika remisstyper på kliniken och i remisshanteringssystemet Cosmic ska gå till.

2.1.2. *Bedömning*

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Regionens övergripande riktlinjer för remisshantering följer i allt väsentligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Ingen av de utvalda klinikerna uppfyller kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter fullt ut.

2.2. *Finns välfungerande processer, riktlinjer och system gällande remisshantering?*

2.2.1. *Iakttagelser*

Processer och riktlinjer

Ett fåtal av de intervjuade känner till de regionövergripande dokumenten om remisshantering. Två kliniker betonar istället vikten av att arbeta enligt nationella riktlinjer för standardiserat vårdförlopp (SVF) som ges ut av Regionalt Cancercentrum (RCC). De intervjuade framhåller att den egna kliniken har ändamålsenlig remisshantering och att arbetssättet minimerar risken för att remisser försvinner eller glöms bort.

I regionens riktlinje "Riktlinjer för hantering av tillgänglighet inom specialiserad somatisk vård i Östergötland" framgår att rutiner ska finnas på kliniken för att säkerställa att remisser signeras inom högst en vecka. Remissen bör signeras inom två dagar enligt regionens dokument "Remissrutiner inom Region Östergötland". Genomförda intervjuer indikerar att riktlinjer och rutiner för signering inte är allmänt kända i verksamheten. Vidare framkommer det att dokumenterade rutiner används i varierande utsträckning. Medarbetare tenderar att fråga varandra om gällande praxis hellre än att läsa klinikens rutiner. Vissa intervjuade menar att befintliga riktlinjer och rutiner är tillräckliga och fullständiga. Andra menar att de behöver uppdateras och inte är uppföljningsbara.

Två kliniker uppger att de helst avstår ifrån dokumenterade rutiner för att minimera administrativt arbete som uppkommer vid stort inflöde av remisser. I intervjuerna framhålls att den egna kliniken har kontroll på remisserna och att avvikelser är ovanliga. Regelbundna interna möten och små arbetsgrupper uppges vara nyckeln till en välfungerande

remisshantering, även där dokumenterade rutiner saknas. Samtidigt framkommer att kommunikationen mellan läkare och vårdadministratörer kan förbättras. Remissbedömande läkare önskas vara tydligare i högprioriterade fall och vid användandet av medicinska förkortningar. Det beskrivs också vara svårt att få kontakt med läkare vid frågor om skrivna remisser vilket förlänger ledtider.

Av intervjuer framgår att patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal i regel har låg kännedom om EVB. Pappersremisserna skannas in i komplementjournalen och registreras i Cosmic i enlighet med regionens riktlinjer. Inkomna remisser via Vårdguiden 1177 där patienter skriver egna remisser kontrolleras regelbundet hos alla utvalda kliniker. Några kliniker önskar bättre samarbete inom sydöstra sjukvårdsregionen i form av krav på användandet av elektroniska remisser. Utomlänskliniker använder Cosmic för remisshantering i begränsad omfattning, trots att kapacitet finns enligt de intervjuade. Det uppges finnas önskemål om att fler kliniker använder Nationell patientöversikt (NPÖ)¹ för kompletterande journalkopior. Vid intervjuer framkommer en bristande kännedom om NPÖ.

I granskningen framkommer viss kritik av regionens remisshantering. Kliniker uppges ibland omprioritera remisser för att få bättre utfall mot regionens tillgänglighetsmål och krav enligt nationell vårdgaranti. Vissa patienter beskrivs ha väntat länge på bland annat undersökningar. Ansvar och roller i remisshanteringens beskrivs vara otydliga.

IT-system

I Cosmic finns remissmallar med tvingande fält och för fritextremisser. Nackdelen med fritextremisser är enligt uppgift att slarvigt skrivna remisser kan skickas och är tidsödande för mottagande klinik att bedöma. Ibland skickas fler remisser med samma frågeställning vilket kan göra remisshantering ineffektiv. Det finns en funktion i Cosmic att sammankoppla remisserna, dock framkommer det i intervju att kunskapen om denna funktion kan förbättras. Remissmallarna som används för SVF uppges fungera bra. Överlag beskrivs Cosmic i intervjuerna som ett bra verktyg för en välfungerande remisshantering.

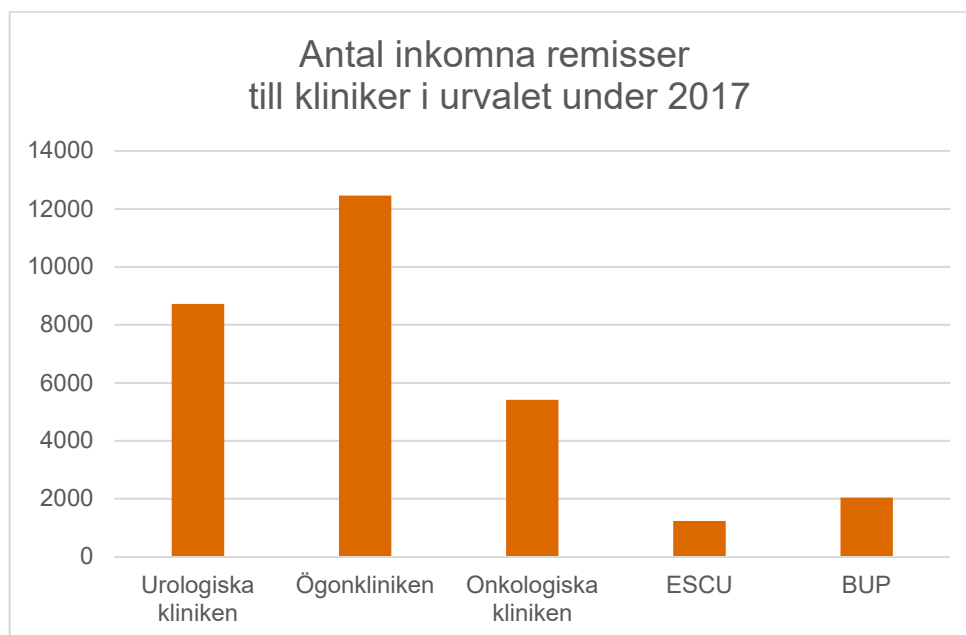
Avvikelsehantering

Avvikelse- och tillbudsrapportering för remisser sker enligt intervjuer i begränsad utsträckning. Avvikelsehanteringssystemet "Synergi" används inte på avsett vis för remissavvikelse då det upplevs krångligt. Remissavvikelse som direkt kan åtgärdas anses inte behövas registreras. Urologiska kliniken har utvecklat en loggbok där avvikelser registreras vilket beskrivs fungera bra.

Journalgranskning

Enligt framtagen statistik från regionen inkom totalt 265 569 st. remisser till regionen (exklusive remisser från vårdcentraler och EVB) under 2017. Av dessa inkom 29 861 st. till klinikerna i urvalet (figur 1).

¹ Elektronisk tjänst där behörig vårdpersonal kan ta del av vårdinformation om en patient som registrerats hos olika vårdgivare. <https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa/nationellpatientoversikt.1744.html>

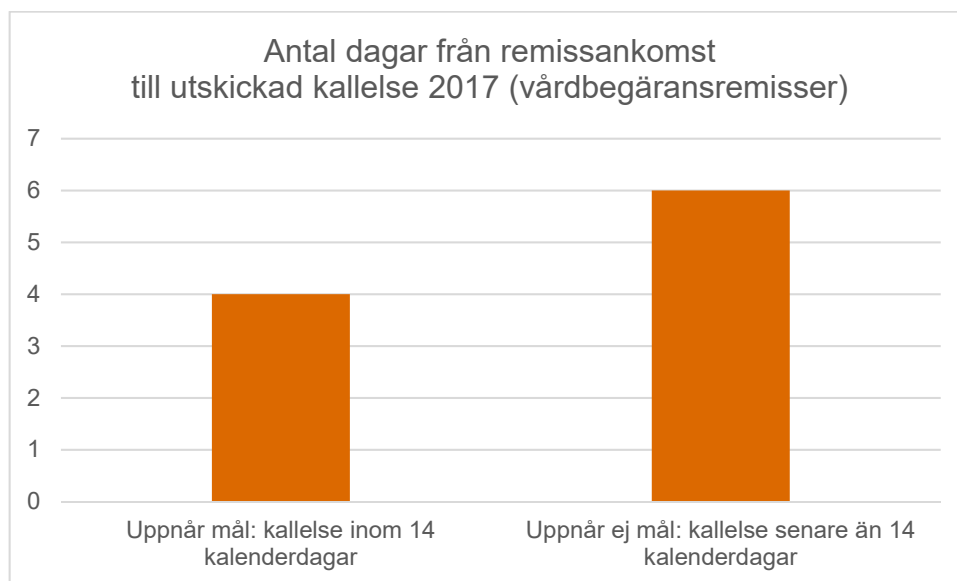


Figur 1. Källa: Journalgranskning

Enligt regionens riktlinjer ska remissbekräftelse skickas till patient i de fall patienten inte kallas direkt. Vid användandet av pappersremisser ska det i verksamhetens rutin framgå ett bestämt tidsintervall när remissbekräftelser ska skickas och hur det ska följas upp. Enligt intervjuer skickar de utvalda klinikerna remissbekräftelser i varierande utsträckning. Av stickprovet om totalt 80 journaler kunde remissbekräftelse hittas i ett fall. De intervjuade uppger att bekräftelse nästan alltid skickas eller meddelas patienten men då remissbekräftelsen sker per telefon, eller då ett separat remissbekräftelsebrev skickas till patienten, lämnas ingen notis i Cosmic kopplat till remissen.

Enligt produktionsenheternas överenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) ska leverantören erbjuda patienten datum och klockslag till besök eller undersökning och operation/åtgärd inom 14 kalenderdagar. Tiden räknas från remissankomst och/eller beslut om operation eller åtgärd. Enligt överenskommelsen mellan HSN och NSC ska dessutom leverantören kontakta patient och närstående inom tre kalenderdagar från det att remissen har bedömts och accepterats.

Ledtiden från inkommen vårdbegärensremiss år 2017 till utskick av kallelse granskades också genom stickprovet. Stickprovet innehöll sammanlagt 20 vårdbegärensremisser från 2017. Av dessa fanns registrering i Cosmic avseende kallelser i tio fall. Nedanstående figur visar att för fyra av de tio remisserna hade kallelse skickats inom 14 kalenderdagar. Enligt intervjuer kopplas inte alltid kallelsen till remissen i Cosmic. Stickprovet indikerar att kallelser registreras i begränsad utsträckning i Cosmic och att det finns risk för att resultatmättet enligt överenskommelserna inte uppfylls tillfullo.



Figur 2. Källa: Journalgranskning

Av journalgranskningen framgår att majoriteten inkommande remisser bedöms av en läkare inom sju kalenderdagar på mottagande klinik. Vid genomförda intervjuer beskrivs att majoriteten remisser blir bedömda redan samma dag eller nästkommande vardag.

2.2.2. *Bedömning*

Vi bedömer att kontrollmålet i begränsad utsträckning är uppfyllt.

Bedömningen grundar sig på att granskningen inte har funnit tillräckligt välfungerande processer, riktlinjer och system gällande remisshantering. Regionövergripande riktlinjer och dokumenterade rutiner på verksamhetsnivå är inte allmänt kända i verksamheterna. Dokumenterade rutiner samt avvikelshanteringssystem används inte i tillfredställande omfattning.

Cosmic bedöms delvis bidra till en välfungerande remisshantering. Uppföljningen begränsas dock då inte alla arbetsmoment registreras i Cosmic.

Vi bedömer vidare att befintligt remisshanteringssystem inom sjukvårdsregionen skapar ineffektiv kommunikation vilket ger upphov till risker i verksamheten och förlänger ledtider.

Stickprovet indikerar låg följsamhet till riktlinjer och rutiner.

2.3. *Följs remisshanteringens uppföljning som en del i riskbedömning och underlag för utveckling inom regionen?*

2.3.1. *Iakttagelser*

Uppföljning och återrapportering av verksamhet och ekonomi inom regionen sker främst via delårsrapportering och årsredovisning. I regionens årsredovisning 2017 återfinns uppföljning av SVF och dess ledtider men inte av remisshantering.

Följande resultatmätt specificeras i produktionsenheternas överenskommelser med HSN:

- Andel patienter som inom 14 dagar från remissankomst/beslut om åtgärd har erbjudits tid för besök, undersökning, operation eller åtgärd.

Uppföljning avseende ovanstående resultatmätt återfinns dock endast hos CKOC i delårsrapportering och årsredovisning 2017. I årsredovisningen bedöms målet som delvis uppfyllt då 70 % av patienterna får beslut om åtgärd inom 14 dagar.

Uppföljning avseende tillgänglighet och vårdgaranti som indirekt berör remisshantering- en finns hos samtliga utvalda klinikers produktionsenheter. Målet om tillgänglighet har i årsredovisningarna 2017 bedömts som ej uppfyllt hos SC och som delvis uppfyllt hos NSC samt CKOC. Det faktum att tillgänglighetsmålen inte uppnås förklaras i intervjuer inte bero på remisshanteringens utan av hög inströmning av patienter i kombination med få resurser.

För de kliniker som hanterar SVF ingår en obligatorisk nationell uppföljning av väntetider. Några av de intervjuade framhåller att SVF-processen är central och styr både vårdprocesser, utomlänskontakter och uppföljning och att annan uppföljning av remisshantering- en inte efterfrågas inom regionen. Granskningen har inte visat att uppföljning av remisshantering- en sker med hjälp av den nationella datan.

Enligt socialstyrelsens föreskrift "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" (SOSFS 2011:9) ska det fortlöpande göras bedömningar av risker i verksamheten. Egenkontroller ska genomföras vilket innefattar jämförelser, granskning av dokumentation och klagomålshantering. Enligt genomförda intervjuer har inte riskanalyser avseende remisshantering- en genomförts under 2017 eller 2018. Dock påpekar majoriteten av de intervjuade att risker och problem avseende remisshantering- en diskuteras på arbetsmöten och APT men inte dokumenteras.

2.3.2. Bedömning

Vi bedömer att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Vi bedömer att remisshantering- en inte följs upp i tillräcklig omfattning. Vidare bedömer vi att riskbedömningar avseende remisshantering- en inte görs på ett systematiskt vis. Data avseende remisshantering- en som finns tillgänglig genom nationell uppföljning används inte som underlag för utveckling i verksamheten.

Bilaga 1 - Regionens skriftliga direktiv över vad som ska ingå i verksamhetschefens dokumenterade rutiner.

Beställning, svarshantering och bevakning för remitterande enhet

Verksamhetschefen har ansvar för att fastställa vilka roller som ansvarar för följande moment	Bevakningsintervall
Behörighet att skicka remiss Vilka yrkesroller som har rätt att utfärda remisser inom enheten.	
Signera remiss	Signering bör utföras inom 2 dagar.
Behörighet att skicka osignerad remiss Vilka medarbetare som har rätt att skicka osignerade remisser	
Daglig bevakning av osignerade remisser Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten	I Cosmic kontrolleras dagligen översikten Utgående remisser (om utsökningen görs på ett status visas alla remisser i detta status).
Övrig bevakning av osignerade remisser Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten	Kontroll i översikten Utgående remisser – kontrolleras var 14:e dag
Ta emot Remissbekräftelse Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten	<u>Remissmottagare använder Cosmic</u> Då både beställare och mottagare använder Cosmic så sker bevakning av remissen hos remissmottagande enhet. Ingen remissbekräftelse skickas till remitterande enhet.
Ta emot Remissbekräftelse Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten	<u>Remissmottagare använder inte Cosmic</u> När en pappersremiss har skickats ska mottagande enhet kvittera med en remissbekräftelse. Att remissbekräftelse inkommit ska registreras på remissen i bedömningsfältet. Remissen nås via översikten Utgående remisser. Om remissbekräftelse inte har anlät en månad efter remissdatum ska mottagande enhet kontaktas.

Beställning, svarshantering och bevakning för remitterande enhet

<p>Bevakning av vidimeringsköer Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	<p>Rapport i InfoView saknas för kontroll av Vidimeringsköer. Ovidimerade svar kontrolleras via översikten Vårdgivare/Osignerat och därefter inom fliken ovidimerade. Extra kontroll av vidimeringsköer per signatur ska utföras var 14:e dag. Vid kontrollen används vårdgivarförteckningen. Observera att inkommande svar för vidimering kan anlända många månader efter det att en vårdgivare har slutat.</p>
<p>Bevakning av skickade remisser som inte har besvarats Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	<p>Kontroll i översikten Utgående remisser – kontrolleras var 14:e dag. Svar som inte inkommit inom sex månader efter remissdatum ska efterforskas.</p>
<p>Bevakning av remisser med delsvar Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	<p>Kontroll i översikten Utgående remisser – kontrolleras var 14:e dag Slutsvär som inte inkommit ett år efter remissdatum ska kontrolleras</p>
<p>Öppet vårdval</p>	<p>Kontroll i översikten Utgående remisser</p>
<p>Kompletterande bedömningsuppgifter</p>	<p>Kontroll i översikten Utgående remisser – bevaka önskan om kompletterande uppgifter</p>
<p>Daglig bevakning av bedömning och planering Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	<p>Bevakning att bedömning och planering har utförts av alla inkommande remisser ska ske dagligen via Översikten Inkommande remisser.</p>
<p>Skicka remissbekräftelse Vilken yrkesroll som ansvarar för att skicka remissbekräftelse ska vara fastställt inom enheten</p>	<p><u>Remitterande enhet använder Cosmic</u> Då både beställare och mottagare använder Cosmic så skickas ingen remissbekräftelse dem emellan. Remissbekräftelse skickas till patient i de fall patienten inte kallas direkt. Remittenten kan utifrån remissens status se när remissen är mottagen och prioriterad.</p>
<p>Skicka remissbekräftelse Vilken yrkesroll som ansvarar för att skicka remissbekräftelse ska vara fastställt inom enheten</p>	<p><u>Remitterande enhet använder inte Cosmic</u> I den lokala rutinen ska framgå ett bestämt tidsintervall när remissbekräftelser ska skickas och hur det ska följas upp.</p>

Beställning, svarshantering och bevakning för remitterande enhet

<p>Bevakning av remisser med status ”status obedömd, bedömning pågår och bedömd” Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	Remisser med denna status ska kontrolleras. Hur ofta beror på den vård som bedrivs inom enheten.
<p>Signera svar</p>	Signering bör ske inom 2 dagar.
<p>Daglig bevakning av osignerade svar Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	I Cosmic kontrolleras dagligen översikten ”Inkommande remisser” med urval på status Osignerat.
<p>Bevakning av remisser med endast delsvar Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	Kontroll i översikten Inkommande remisser - kontrolleras var 14:e dag. Slutsvar som inte inkommit ett år efter remissdatum ska kontrolleras.
<p>Bevaka att remiss besvaras inom rimlig tid Vilken yrkesroll som ansvarar för bevakningen ska vara fastställt inom enheten</p>	Kontroll i översikten Inkommande remisser - Remisser som inte besvarats inom sex månader efter Remissdatum ska efterforskas.
<p>Öppet vårdval – patient kommer med remiss öppet vårdval. Pappersremiss given till patienten för eget val av vilken rehabiliteringsenhet som väljs. Patienten dröjer flera veckor med att ta kontakt med vald rehabiliteringsenhet, varför tidsgränsen 14 dagar redan passerat.</p>	Väntetiden räknas i detta fall från den dag då patienten tar kontakt med vald rehabiliteringsenhet. Bokningsunderlag skapas när patienten tar kontakt, OBS koppla ej remissen till kontakten (remittentens ursprungliga remissdatum ska inte registreras



Vetenskapsrådet

Datum

Handläggare

Diarienummer



Region
Östergötland

Ank 2018 -08- 3 0

Dnr *SVN-2018-24*

Överenskommelse om samverkan inom ramen för nationell samordning av kliniska studier

1. Parter

Sydöstra sjukvårdsregionen bestående av Region Jönköpings län (org. nr 232100-0057), Landstinget i Kalmar län (org. nr 232100-0073) och Region Östergötland (org. nr 232100-0040), via samarbetsformen Forum Sydost, och Vetenskapsrådet (org.nr 202100-5208), nedan kallad VR.

2. Bakgrund

Regeringen beslutade i september 2014 att ge VR i uppdrag att stödja och utveckla förutsättningarna för kliniska studier i Sverige. Av beslutet framgick att det inom VR ska finnas en kommitté för nationell samordning av kliniska studier som fördelar de medel VR får för att genomföra uppdraget, härefter **Kommittén för kliniska studier**.

Som en del av genomförandet av uppdraget har VR etablerat ett nationellt samarbete, där aktörer inom hälso- och sjukvården utsett regionala funktioner som ska samverka för att stödja och utveckla förutsättningarna för kliniska studier i Sverige, härefter **Regionala noder**.

VR skickade i februari 2015 ut en inbjudan om att anmäla intresse för att delta med en regional nod för att stärka nationell samordning av kliniska studier. Inbjudan skickades till Norrlandstingens regionförbund, Stockholms sjukvårdsregion, Sydöstra sjukvårdsregionen, Södra sjukvårdsregionen, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och Västra sjukvårdsregionen.

Sydöstra sjukvårdsregionen, via samarbetsformen Forum Sydost, ansökte i augusti 2015 etablerings- och driftsbidrag för en Regional nod. VR beslutade i augusti 2015 att bevilja Forum Sydost ansökan om bidrag. Den Regionala noden finns i sydöstra sjukvårdsregionen och medelsförvaltare är Region Östergötland (org. nr 232100-0040).

För att närmare precisera hur Forum Sydost ska genomföra sitt uppdrag som Regional nod samt hur samverkan mellan Forum Sydost och Vetenskapsrådet ska fungera upprättar parterna nu denna överenskommelse.



3. Omfattning

Denna överenskommelse reglerar endast Forum Sydosts samverkan med VR vid utförande av arbete inom ramen för de bidrag som Forum Sydost mottagit genom beslut av Kommittén för kliniska studier.

4. Förutsättningar för samverkan

Parterna har ett gemensamt intresse av att stödja och utveckla förutsättningarna för kliniska studier i Sverige. Parterna ska samverka med varandra och med övriga Regionala noder. Parterna är eniga om att samverkan ska präglas av insikt i och förståelse för varandras olika uppdrag och förutsättningar inom arbetet med att stödja och utveckla förutsättningarna för kliniska studier i Sverige.

De bidrag som VR beviljar kan inte användas på sätt som gör att bidraget riskerar att bli ett otillåtet statsstöd enligt EU:s statsstödsregler.

5. Giltighet

Överenskommelsen gäller tillsvidare från den 2018-09-01. VR ansvarar för att en översyn av överenskommelsen utförs vart tredje år eller när en part initierar att det finns ett behov av att se över överenskommelsen. Båda parter har rätt att säga upp överenskommelsen med sex månaders uppsägningstid.

6. Uppdraget att delta med en regional nod i samverkan

Uppdraget att vara en Regional nod innebär att Forum Sydost ska arbeta med regional samordning av frågor som rör kliniska studier samt se till att den Regionala noden bidrar till den nationella samordningen kring dessa frågor.

Forum Sydost ska också tillse att den Regionala noden får förutsättningar för att kunna fullfölja uppdraget att vara en Regional nod i enlighet med beskrivningen ovan och utse en Nodföreståndare som är ansvarig för verksamheten vid den Regionala noden visavi VR.

7. Bidrag till Forum Sydost

Bidrag till arbetet med att delta i den nationella samordningen beslutas av Kommittén för kliniska studier. För beslutat bidrag gäller generella och särskilda villkor.

8. Förtida uppsägning

Part får säga upp denna överenskommelse med omedelbar verkan om den andra parten i väsentligt åsidosätter sina skyldigheter enligt överenskommelsen och inte vidtar full rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande.

Överenskommelsen får sägas upp i förtid om regeringen eller riksdagen fattar beslut som på ett väsentligt sätt rubbar förutsättningarna för överenskommelsen. Uppsägningen ska vara skriftlig.

Skada som uppkommit genom brott mot överenskommelsen ska gottgöras av den part som orsakat skadan.



9. Befrielsegrunder (force majeure)

Parterna ska inte vara bundna av åtaganden enligt denna överenskommelse om de väsentligen försvåras eller förhindras på grund av nya eller ändrade författningar, beslut av riksdagen eller regeringen eller på grund av annan omständighet som parterna inte kunnat råda över.

Part ska omedelbart skriftligen underrätta den andra parten om sådan befrielsegrund föreligger.

10. Ändringar och tillägg

Ändringar och tillägg till denna överenskommelse ska vara skriftliga och undertecknas av båda parter.

11. Överlåtelse

Part får inte utan skriftligt medgivande från den andra parten, överlåta rättighet eller skyldighet enligt denna överenskommelse eller sätta annan part i sitt ställe.

12. Tvist

Uppstår tvist mellan parterna med anledning av denna överenskommelse ska tvisten, om den inte kan lösas i samförstånd genom förhandling, hänskjutas till respektive myndighetschef eller motsvarande för slutligt avgörande.

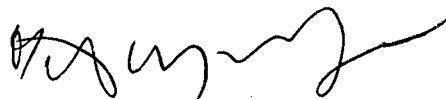
Denna överenskommelse har upprättats i tre likalydande exemplar av vilka parterna erhållit var sitt.

Kalmar den 27/8 2018



Karl Landergren
Regionsjukvårdsansvarig
Sydöstra sjukvårdsregionen

Linköping den 20/8-2018



Mats Ulfendahl
Forskningsdirektör
Region Östergötland

Stockholm den 13/8-18



Sven Stafström
Generaldirektör
Vetenskapsrådet



Från: Funk Maria
Skickat: den 14 september 2018 13:00
Till: 'Delic Edina (3050)'
Kopia: Registrator; Barkehed Cecilia
Ämne: Remiss: Ändring av FKFS 2013:7

Hej!

Region Östergötland ställer sig, tillsammans med Region Jönköpings län och landstinget Kalmar län (Sydöstra sjukvårdsregionen), positiva till förslaget kring ändring av Försäkringskassans föreskrift (FKFS 2013:7) om ersättningar för vissa vårdkostnader i internationella förhållanden. Sydöstra sjukvårdsregionen anser det även angeläget med ett ytterligare tillägg i föreskriften gällande vårdland.

Med vänliga hälsningar,

Maria Funk

Regionjurist

Ledningsstaben
Region Östergötland
S:t Larsgatan 49 B
581 91 Linköping
Direkt: 010-103 17 40
Mobil: 0722-02 44 99
maria.funk@regionostergotland.se
www.regionostergotland.se