Jämtlands Läns Landsting

Bilagor till landstings-styrelsens sammanträde den 24-25 januari 2012

Jämtlands läns landsting, ledningsstab hälso- och sjukvård
Anna Kerstin Lejonklou
Tfn: 063-153457
E-post: anna.k.lejonklou@jll.se

2012-01-04

Dnr LS 1542/2011

Landstingets revisorer

Svar på revisorernas granskning av vårdplatsutnyttjande (LS/1542/2011)

Revisionskontoret har granskat vårdplatsutnyttjande vid Östersunds sjukhus (rev. 9/201). Granskningen är en uppföljning av tidigare granskning från 2008.

De frågor som revisorerna ställer återges förkortade med kursiv stil och besvaras i anslutning till respektive fråga med kursiv stil.

Revisors sammantagna bedömning är att landstingsstyrelsens beslut från 2008 inte genomförts fullt ut.

De åtgärder som landstingsstyrelsen beslutade 2008 var utifrån de förutsättningar som var kända då. Behov av vårdplatser behöver prövas regelbundet, eftersom patientsammansättning och typ av vård som bedrivs ändras över tid. Eftersom länet har hög andel äldre, handlar det ofta om medicinsk behandling och omvårdnad av äldre patienter där slutenvård är enda alternativet just då.
När det gäller äldrevårdsteam finns detta som en åtgärd inom arbetet för Bättre liv för äldre som pågår i alla kommuner och landstinget. Bättre liv för äldre är ett nationellt arbete för att förbättra vården för äldre. Jämtlands läns landsting har tillsammans med länets kommuner fördel här, genom att processen äldres hälsa gjorts tidigare (2008 – 2009). I denna framkom bland annat att äldre önskar att få en kontakt (distriktssköterska) som de kan vända sig till då de har frågor. Det är ett sätt att kunna arbeta förebyggande, för att undvika att äldre personer måste söka akutmottagning då det egentligen inte är primära behovet.
Arbetet för att på bästa sätt ta hand om de äldre patienterna pågår på olika sätt. Ett exempel är att ortopeden anställt en specialist i allmänmedicin som avdelnings - ansvarig läkare. Denna funktion är internmedicinskt ansvarig, samt även ansvarig för andra icke ortopediska problem hos inneliggande patienter på ortopedavdelningarna.
Genom att det varit möjligt att kunna prova olika arbetssätt har de goda exemplen som nämns i rapporten vårdplaneringsteam, Lots – sjuksköterska och haverikommission först testats. Efter utvärderingar har beslut fattats att införa arbetssätten inom flera verksamheter än där de först prövades.
Patienthotell har inte startats eftersom det inte fanns tillräckligt antal patienter som skulle kunnat använda hotellet utifrån de förutsättningar som fanns på sjukhuset.

6:2

Revisors rekommendation att landstingsstyrelsen ska återuppta vårdplatsutredning
Ja, en vårdplatsutredning ska göras av flera skäl. I Sveriges Kommuner & Landstings årliga uppföljning, framgår att landstinget har fler vårdplatser inom somatisk specialiserad vård än genomsnittligt för riket, medan psykiatriska vården har strax under rikets nivå. När det gäller uppföljning från NySam visar jämförelser där t.ex. att ortopedi har flest vårdplatser per invånare av deltagande landsting. Landstinget behöver ha vårdplatser inom kirurgi för onkologiska patienter, eftersom sådan avdelning inte finns i landstinget. En uppgift blir att bedöma hur dimensionering behöver se ut med hänsyn till demografi, möjligheter att poliklinisera, bättre samordnat vårdplaneringsarbete, vårdtider för olika diagnoser samt olika beläggningsuppföljningar över tid för olika specialiteter.
I denna del ska revisorernas rekommendation angående mål för landstingets vårdplatsdimensionering behandlas.
Dimensioneringen av enkelrum behöver beaktas i översyn av vårdplatser.
Byggenskap och Vårdhygien är ett dokument upprättat av Svensk förening för vårdhygien, som behandlar vårdhygieniska aspekter vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler och då främst sådant som kan ha betydelse för smittspridning. Landstingsdirektör har beslutat att Byggenskap och Vårdhygien ska vara vägledande i val av byggnadslösningar och att dialog alltid ska ske med enheten för Smittskydd och Vårdhygien vid ny- och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler inom Jämtlands läns landsting (LS473/2011).

Revisors synpunkter avseende överbeläggning och satellitpatienter
I revisors enkät till sjuksköterskor (43 svarande) framgår självklart att överbeläggningar och att behöva vårda patienter som inte tillhör egna specialiteten som en risk. Frågorna är i vissa fall utformade så att det blir ledande svar, t.ex. "kan överbeläggningar leda till brister i arbetsmiljön". Sjuksköterskor är en professionell yrkeskategori som vet vad en risk är och därmed hur de behöver förhålla sig till en sådan i omhändertagandet av patienter. Risker finns i specialiserade vården idag, det är viktigt att vara medveten om det. Det är en uppgift i patientsäkerhetsarbetet att utforma förutsättningarna för arbetet så att risk för vårdskada blir lägre.
Ett sätt att få mer komplett bild vore att även lämna enkät till läkare. I enkätsvaren har t.ex. kommit fram att följsamheten till framtagna rutiner är låg. Rutinerna för satellitpatienter är framtagna av berörda verksamhetsområdeschefer. Det är läkare som fattar beslut om patient ska läggas in och även på vilken avdelning. Läkarna ska tillsammans med sjuksköterskorna ska följa den framtagna rutinen, då borde båda yrkeskategorierna tillfrågats.
Det finns också risk för att sammanställningen av antal satellitpatienter kan vara falskt för hög, t.ex. då medicinpatient vårdats på lungavdelningen kan denna blir registrerad som satellitpatient trots att patienten vårdats inom egna verksamhetsområdet..Även inom kirurgi kan detta inträffa då kirurgiska patienter våras inom den avdelningen som har både kirurgiska och öron/ögon vårdplatser. Patienterna sköts i båda exemplen av personal som är väl förtrogna med patientgrupperna.

6:3

Revisors bedömning av uppföljning

Revisorerna gör bedömningen att det behövs en översyn av rutiner för registrering av beläggningsstatistik och definition av nyckelbegrepp.

De sjuksköterskor som besvarat enkäten kan ha gjort detta utifrån ganska vaga definitioner av de begrepp de ska förhålla sig till. Exempel på detta är att ibland svaren finns markerat överbeläggning, trots att vårdrum använts och att personalstyrkan förstärkts.

Tyvärr har hittills både vedertagna och ibland eget utformade begrepp angående vårdplatser använts, som gör att svaren kan tolkas på olika sätt. Detta är inget unikt för Jämtlands läns landsting utan förekommer i hela landet, vilket gör att nationella jämförelser inte kunnat göras fullt ut.

Socialstyrelsen har nyligen givit landstingen möjlighet att lämna synpunkter på förslag till gemensamma definitioner av termer att använda.

Viktiga sådana termer blir;

- vårdplats
- fastställd vårdplats
- disponibel vårdplats
- teknisk vårdplats
- utlokaliserad patient (=satellitpatient)
- överbeläggning

De termer som fastställs kommer landstingen att använda, vilket gör jämförelser inom och mellan landsting möjliga över tid. Enligt information landstingen har fått angående krav för prestationsbaserad ersättning inför 2012 gäller att landstingen ska skapa system att följa överbeläggningar i enlighet med de definitioner som beslutas på alla slutenvårdsavdelningar på alla sjukhus och rapportera data till nationell databas.

Således kommer landstinget att göra de konsekvensändringar som behövs för att anpassa uppföljning enligt nationella krav.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

6:4

Jämtlands Läns Landsting

Missiv

Landstingets revisorer

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

2011-10-03

Dnr REV/9/2011

Landstingsstyrelsen

Granskning av vårdplatsutnyttjande

På vårt uppdrag har revisionskontoret utfört en granskning av vårdplatsutnyttjande inom specialistsjukvården. Granskningen är dels en uppföljning av granskningen "Vårdplatser inom Östersunds sjukhus" från 2008 och dels en granskning av landstingsstyrelsens uppföljning och kontroll för att säkerställa en ändamålsenlig vårdplatsdimensionering.

Genomförandet har omfattat dokumentstudier, intervjuer och en enkätundersökning. Granskningen har avgränsats till verksamhetsområdena Kirurgi, Medicin och Ortopedi.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Sammanfattningsvis visar resultatet att det skett förbättringar för att komma tillrätta med de brister som redovisades i granskningen från 2008. Granskningen visar att vårdplatstillgången inom område Ortopedi inte längre är ett hinder för att klara vårdgarantin i egen regi, vilket det var 2008. Åtgärder har vidtagits, inom de granskade områdena, för att förbättra vårdplaneringsprocessen och arbete pågår för att korta vårdtiderna.

I det följande redovisas de förbättringsområden som framkommit i granskningen:

- De negativa effekter som överbeläggning, förekomsten av satellitpatienter och brist på enkelrum, som redovisades i granskningen från 2008, kvarstår dock. De negativa effekter det handlar om är brister i patientens integritet, att sekretessen för patienten inte kan säkerställas samt en ökad risk för vårdskador. Vi anser också att det finns risk för en ökad stress hos personalen och därmed brister i personalens arbetsmiljö. Vi anser att landstingsstyrelsen bör vidta ytterligare åtgärder för att komma tillrätta med ovan nämnda brister.

- Granskningen visar att det finns brister i underlaget för vårdplatsdimensioneringen och föreslår därför landstingsstyrelsen att kvalitetssäkra beläggningsstatistiken och att tydliggör nyckelbegrepp i sammanhanget som överbeläggning, "överbeläggningsbara vårdplatser", satellitpatienter etc. Vi anser också att rapporter över satellitpatienter bör tas fram som en del av landstingsstyrelsens uppföljning och kontroll. Det bör säkerställas att registreringen i landstingets avvikelserapporteringssystem görs regelmässigt så att information från nämnda system i högre grad ska kunna användas som underlag för riskanalyser kopplade till vårdplatsdimensionering.

6:5

- Granskningen visar att det saknas fastställda mål och eller riktlinjer som tydliggör landstingsstyrelsens övergripande ansvar för vårdplatsdimensioneringen.

Vi emotser senast den 1 december 2011en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

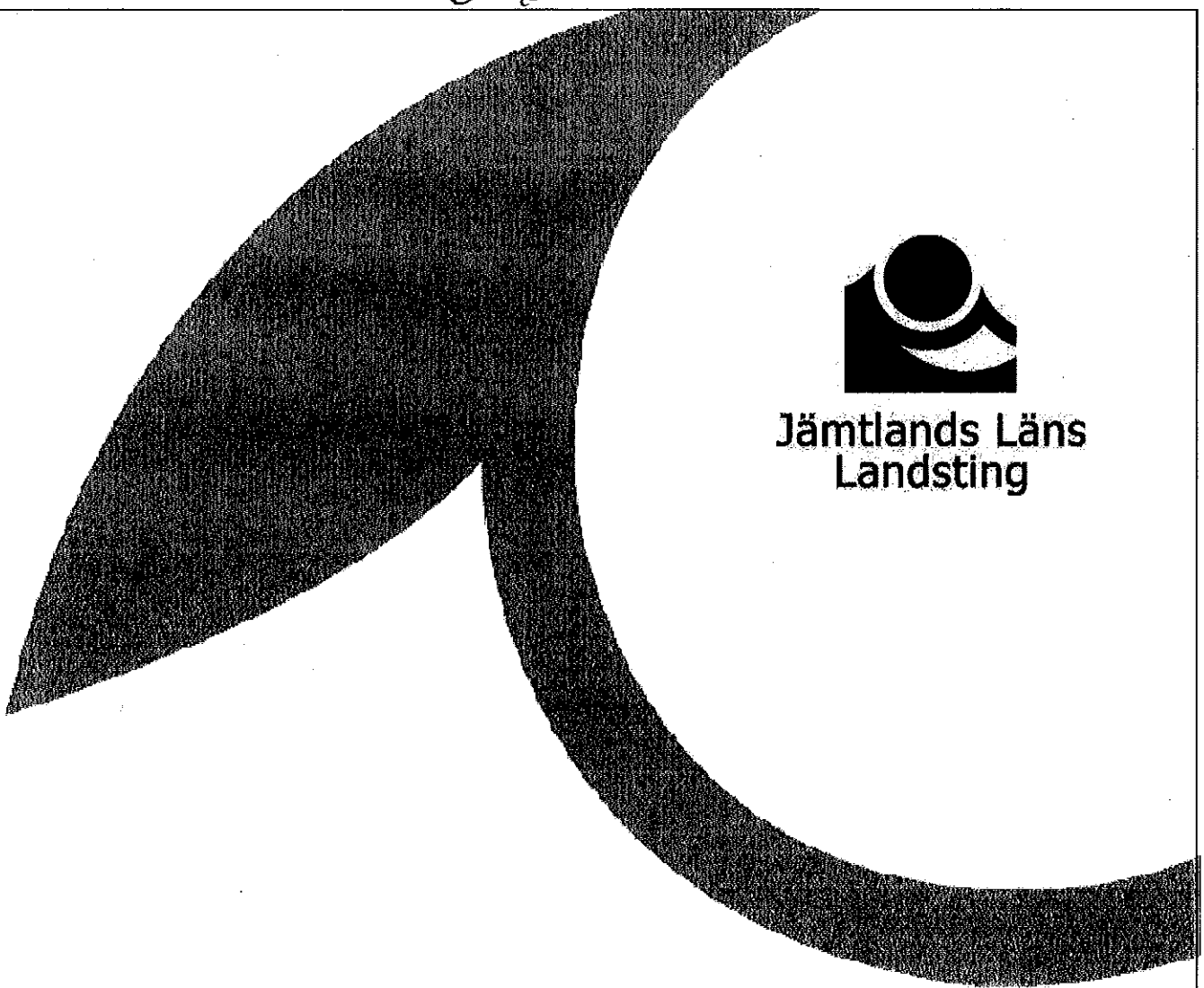
Mona Nyberg
Ordförande

Jöns Broström
V ordförande

Bilaga
Rapporten Granskning av vårdplatsutnyttjande

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för ledningsstab Hälso- och sjukvård
Verksamhetsområdescheferna för Kirurgi, Medicin och Ortopedi

6:6



Jämtlands Läns Landsting

GRANSKNING AV VÅRDPLATSUT-NYTTJANDE

Ansvarig: Jan-Olov Undvall

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
1.00	2011-10-03	Nyutgåva.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 SAMMANFATTNING 4
2 INLEDNING/BAKGRUND 5
3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 5
4 REVISIONSKRITERIER 6
5 GRANSKNINGSANSVARIG 6
6 METOD 6
7 RESULTAT 7
7.1 UPPFÖLJNING AV GRANSKNINGEN FRÅN 2008 7
7.1.1 Överbeläggningar 7
7.1.2 Landstinget avviker från rekommendationer om enkelrum 11
7.1.3 Vårdgarantin 14
7.1.4 Satellitpatienter 14
7.1.5 Utskrivningsklara patienter 16
7.2 STYRNING OCH KONTROLL AV VÅRDPLATSDIMENSIONERING 18
7.2.1 Mål/riktlinjer för vårdplatsdimensionering? 18
7.2.2 Uppföljning av för vårdplatsdimensionering 19
7.2.3 Ansvaret för vårdplatsdimensionering? 21
8 KÄLLFÖRTECKNING 23
9 BILAGOR 24

1 SAMMANFATTNING

Denna granskning är dels en uppföljning av en granskning av vårdplatsdimensionering från 2008 (dnr: Rev/8/2008) och dels en granskning av landstingsstyrelsens ledning och kontroll av vårdplatsdimensionering. Denna nu aktuella granskningen har avgränsats till verksamhetsområdena; Kirurgi, Medicin och Ortopedi. Nedan redovisas en sammanfattning av våra iakttagelser och bedömningar i rapporten.

- Granskningen visar att vårdplaneringsprocessen för utskrivningsklara patienter har förbättrats samt att tillgången på vårdplatser inom område Ortopedi inte längre är ett hinder för att klara vårdgarantin i egen regi, vilket det var 2008. Granskningen visar emellertid att det återstår en del åtgärder att genomföra m.a.a. det svar landstingsstyrelsen lämnade på vår tidigare granskning och den vårdplatsutredning som därefter följde. En del av dessa åtgärder har dock av förklariga skäl inte genomförts, som t.ex. inrättande av ett patienthotell på sjukhuset. Vi kan konstatera att överbeläggning fortfarande förekommer inom de undersökta klinikerna och att bristen på enkelrum kvarstår, på ungefär samma nivå som tidigare. Förekomsten av satellitpatienter är dock något bättre, men de negativa effekterna som förekomsten av satellitpatienter medför, kvarstår.

- För att komma tillrätta med de negativa effekter som överbeläggning, brist på enkelrum och förekomsten av satellitpatienter medför bör därför landstingsstyrelsen vidta ytterligare åtgärder. De negativa effekter som det handlar om är brister i patientens integritet, att sekretessen för patienten inte kan säkerställas samt en ökad risk för vårdskador. Det finns också en risk för ökad stress hos vårdpersonalen och därmed brister i personalens arbetsmiljö.

- Granskningen visar att det finns brister i underlaget för vårdplatsdimensioneringen. Vi föreslår att landstingsstyrelsen utreder framtagandet av beläggningsstatistik och att tydliggöra nyckelbegrepp i sammanhanget, som t.ex. överbeläggning, "överbeläggningsbara vårdplatser", satellitpatienter etc. Vi föreslår vidare att rapporter tas fram för redovisning av satellitpatienter som en del av landstingsstyrelsens uppföljning och kontroll. Vi anser också att landstingets avvikelserapporteringssystem i högre grad bör kunna användas som ett underlag för riskanalyser kopplade till vårdplatsdimensionering. Detta förutsätter dock att rapporteringsbenägenheten ökar.

- Ansvaret för vårdplatsdimensioneringen har av landstingsstyrelsen överlåtits till respektive verksamhetsområdeschef. Landstingsstyrelsen har dock ett övergripande ansvar, dels utifrån kommunallagens krav, om en nämnds ansvar för verksamheten, och dels utifrån Hälso- och sjukvårdslagens krav om vårdgivarens ansvar. Vi anser att landstingsstyrelsen övergripande ansvar som vårdgivare inte har tydliggjorts, då det saknas fastställda mål och/eller riktlinjer för vårdplatsdimensioneringen samt avsaknaden av kontrollrutiner. Vi föreslår landstingsstyrelsen därför att fastställa mål eller riktlinjer samt kontrollrutiner eller på annat sätt tydliggöra sitt ansvarstagande avseende det ovan nämnda. Dock noterar vi att ansvaret för vårdplatsdimensioneringen upplevs vara tydligt hos VO- cheferna.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Landstingets revisorer har bedömt det angeläget att genomföra en granskning av vårdplatsutnyttjandet inom specialistsjukvården. Granskningen är en uppföljning av tidigare granskning av vårdplatser från 2008 som visade på överbeläggningar, förekomsten av satellitpatienter och brist på enkelrum, vilket innebar att patientsäkerheten, patienternas integritet och sekretesskyddet riskerade åsidosättas.

Granskningen från 2008 visade också att bristen på lediga vårdplatser var ett hinder för att klara vårdgarantin i egen regi, framförallt då inom verksamhetsområde Ortopedi. En orsak till bristen på vårdplatser var den relativt stora förekomsten av utskrivningsklara patienter.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen är att svara på om landstingsstyrelsen har en tillfredställande kontroll av att dimensioneringen av vårdplatser inom specialistsjukvården är ändamålsenlig. Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Har de åtgärder som framkom i landstingsstyrelsens svar på granskningen från 2008 genomförts?
- Finns det inom landstinget fastställda mål/riktlinjer för en ändamålsenlig vårdplatsdimensionering?
- Finns det en tillfredställande uppföljning och kontroll av att dimensioneringen av vårdplatser sker på ett ändamålsenligt sätt?
- Finns det en tydlig ansvarsfördelning när det gäller vårdplatsdimensionering?

Granskningen är avgränsad till verksamhetsområdena Kirurgi, Medicin och Ortopedi.

4 REVISIONSKRITERIER

- Landstingsstyrelsens svar på granskningen från 2008.
- Hälso- och sjukvårdslagen 2 a § 1:a punkten och 3:e punkten.
- Offentlighet och Sekretesslagen 25 kap. 1§.
- Svensk förening för vårdhygiens rekommendationer om fördelning av enkelrum.
- Kommunallagen 6 kap 7§
- Landstingsplanen 2011 målet om en patientfokuserad vård

5 GRANSKNINGSANSVARIG

Granskningen är gjord av Jan-Olov Undvall certifierad yrkesrevisor. Ansvarig för kvalitetsgranskning av iakttagelser och bedömningar är Majvor Enström revisionsdirektör och certifierad yrkesrevisor.

6 METOD

- Granskningen har utförts genom dokumentstudier, intervjuer och enkätundersökning.
- De intervjuade framgår av bilaga 1. Dokument som ligger till grund för iakttagelser och bedömningar i granskningen framgår av källförteckningen.
- En enkät har skickats till ett slumpvist urval av sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelningarna inom de verksamhetsområden som ingår i granskningen. Totalt har enkäten skickats till 61 sjuksköterskor och svarsfrekvensen blev drygt 70 %.

7 RESULTAT

Resultatavsnittet inleds med en uppföljning av granskningen från 2008. Därefter kommer ett avsnitt om styrning och kontroll av vårdplatsdimensionering. I slutet av båda dessa avsnitt finns våra bedömningar och rekommendationer.

Siffra inom parantes är referensangivelse till källförteckningen i slutet av rapporten.

7.1 UPPFÖLJNING AV GRANSKNINGEN FRÅN 2008

Följande avsnitt har delats in i underrubriker utifrån de iakttagelser och bedömningar som framkom i vår granskning som redovisades 2008, "Vårdplatser inom Östersunds sjukhus" dnr: Rev/8/2008. Avsnittet inleds sålunda med resultatet av granskning avseende vilka åtgärder som vidtagits utifrån landstingsstyrelsens svar om överbeläggningar. Avsnittet fortsätter sedan med underrubrikerna "*enkelrum*", "*vårdgaranti*", "*satellitpatienter*" samt "*utskrivningsklara patienter*". För dessa delar följer ordning med en kort beskrivning av våra iakttagelser från 2008, landstingstyrelsens svar och vilka åtgärder som genomförts samt en nulägesanalys.

7.1.1 Överbeläggningar

Granskningen från 2008 visade på förekomsten av överbeläggningar. De konsekvenser som överbeläggningar medförde var att patientens integritet och sekretess åsidosattes, samt en ökad risk för smittspridning. För personalen innebar överbeläggningar mer stress och därmed ökad risk för att göra fel.

Landstingsstyrelsens svar

Enligt landstingsstyrelsens svar skulle en vårdplatsutredning genomföras i syfte att se över behovet av vårdplatser under en 5-10 års period. Vårdplatsutredningen resulterade i ett antal förslag för att bättre komma i balans mellan utbud och efterfrågan på vårdplatser. Några av dessa förslag fastställdes därefter av landstingsdirektören(1). Enligt landstingsdirektörens beslut framgick att vårdplatstillgången inom specialistsjukvården bedömdes vara tillräcklig under förutsättning att ett antal åtgärder genomfördes. Införandet av ett patienthotell var en sådan åtgärd. Detta skulle underlätta utvecklingen av dagkirurgin och därmed minska behovet av slutenvårdsplatser. Andra åtgärder som planerades var upprättande av äldrevårdsteam, bättre samarbete med kommunerna samt inskrivningssluss inom andra verksamheter än Kirurgi.

När det gällde införande av ett patienthotell skulle först en vidare utredning ske avseende lokal, antal platser, regelverk samt en kostnadsberäkning.

Vad har gjorts?

Samarbetet med kommunerna fungerar enligt uppgift bättre, se även avsnittet om utskrivningsklara patienter. Riktlinjer för hantering av satellitpatienter har tagits fram, se avsnittet om satellitpatienter.

Det har inte införts något patienthotell på sjukhuset och enligt uppgift finns det heller inga planer på att göra det. Framförallt beror detta på platsbrist inom sjukhuset, plan 12 som var påtänkt behövs som evakueringsutrymme i samband med ombyggnationer på sjukhuset. Enligt uppgift gjordes en förnyad

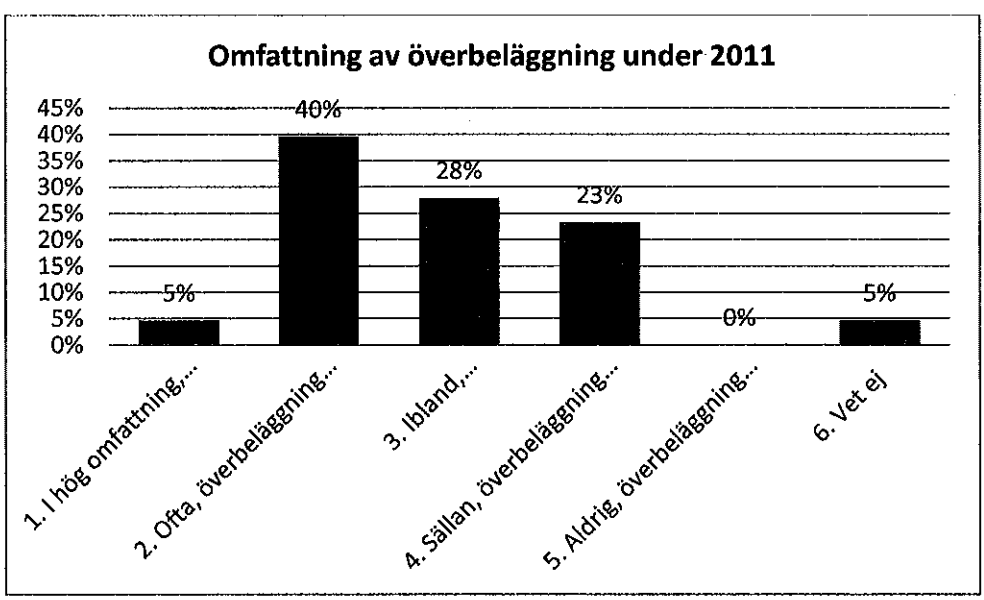
intern utredning av vårdplatser 2009. I denna utredning framkom att de områden som kunde använda ett patienthotell inte hade tillräckligt antal patienter aktuella för sådan vård.

Andra åtgärder som inte har genomförts är utvidgad inskrivningssluss och äldrevårdsteam. Ett äldrevårdsteam inom öppenvården, skulle arbeta för att minska inläggningar inom den slutna vården. Äldrevårdsteam planeras emellertid att införas i samband med det nationella projektet om bättre liv för sjuka äldre, enligt landstingets vårdstrateg.

Nuläge avseende förekomsten av överbeläggningar

Enligt beläggningsstatistik förekommer överbeläggningar fortfarande inom de granskade klinikerna, se bilaga 2. Det vanligaste sättet att överbelägga är att lägga patienten i en extra säng på ett fyrbäddsrum, enligt enkätresultatet. Det förekommer, enligt enkätsvaren, att patienter fortfarande läggs i dagvårdsrum, behandlingsrum och läkarexpeditioner. Att lägga en patient på ett behandlingsrum uppges av kommentarerna i enkäten medföra en risk om annan patient blir akut sjuk och behandlingsrummet behövs för detta. Dock är det ingen som svarat att patienter läggs i korridoren, vilket framkom i enkätsvaret i granskningen från 2008.

Enkätbesvararnas uppfattning om överbeläggning under 2011 framgår av nedanstående diagram. Att överbeläggning förekommer i hög omfattning innebär att överbeläggning sker nästan dagligen, ofta innebär några dagar per vecka, överbeläggning ibland innebär några dagar per månad och sällan innebär några gånger per år.



Enligt enkätresultatet är det stor skillnad i förekomsten av överbeläggning mellan de olika verksamhetsområdena. Det är framförallt inom område Medicin som överbeläggning förekommer ofta och i hög omfattning. Inom område Medicin uppger 74 % att överbeläggning förekommer ofta och 11 % uppger att överbeläggning förekommer i hög omfattning. Inom Ortopedi är det 70 % som svarat ibland och 23 % ofta. Inom område Kirurgi har i stort sett samtliga av enkätbesvararna uppgett att överbe-

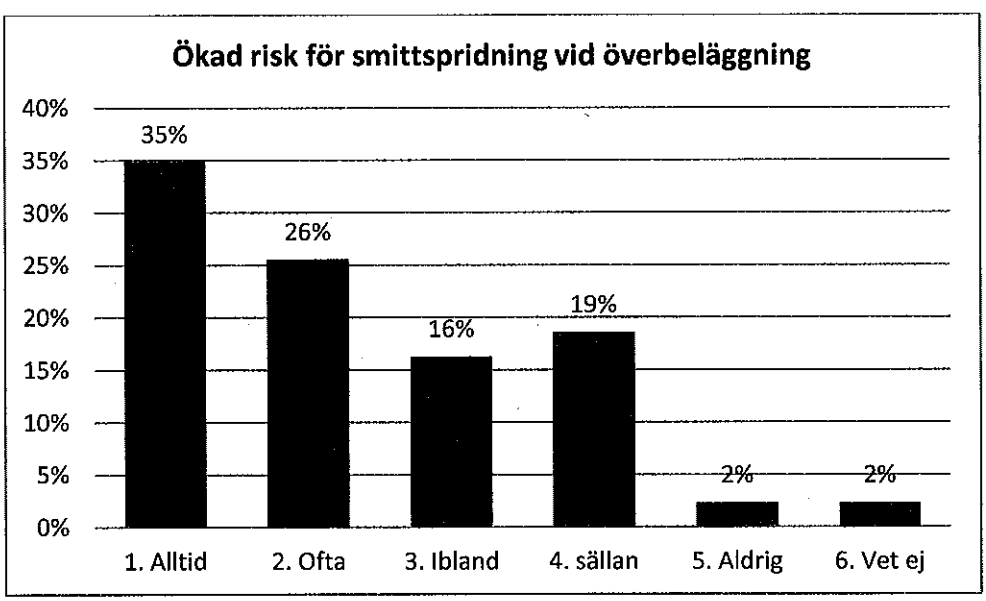
läggning förekommer sällan (82%). Uppfattningen hos enkätbesvararna inom område Kirurgi skiljer sig därmed markant mot vad beläggningsstatistiken visar för området.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall en god hälso- och sjukvård bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. I landstingsplanen finns ett mål om att vården skall vara patientfokuserad, vilket innebär bl.a. att den skall bygga på respekt för patientens medbestämmande och integritet. Patientfokuserad vård är också en av de indikatorer som kännetecknar god vård enligt Socialstyrelsens definition.

Drygt 70 procent av enkätbesvararna anser att överbeläggning alltid eller ofta medför brister i patientens personliga integritet och 75 % anser att sekretessen försämras.

Även risken för smittspridning vid överbeläggning anses öka, se diagrammet nedan. Enkätbesvarare från Ortopedi anser i större utsträckning att risken för smittspridning alltid sker vid överbeläggning, jämfört med Medicin och Kirurgi. 62 % av enkätbesvararna från Ortopedi anser att risken för smittspridning alltid sker vid överbeläggning.

Enligt förarbetena till Hälso- och sjukvårdslagens 2a§ ska vårdgivaren så långt som möjligt förebygga och motverka vårdrelaterade sjukdomar. I detta ingår bl.a. att tillse att de lokaler som finns i vården förutsätts svara mot behovet av god vårdhygien(2).



Ett flertal kommentarer, som enkätbesvararna har lämnat i samband med frågan om risker vid överbeläggningar, handlar om en ohållbar arbetsmiljö för personalen, sämre omvårdnad och att patientsäkerheten äventyras, se kommentarerna i sin helhet i enkätbilagan i slutet av rapporten.

Vårdplatser inom respektive verksamhetsområden

Inom område Medicin har nio vårdplatser tagits bort sedan 2008. Skälet för denna minskning var att beläggningsgraden under 2009 var låg. En ökad polikliniserings inom område Medicin har också minskat behovet av vårdplatser, enligt verksamhetsområdeschefen (VO- chefen). En ökning av öppenvården har medfört att återinläggningarna har minskat.

På frågan om den demografiska utvecklingen, med en ökad ålderstigen befolkning, ökar behovet av vårdplatser, svarar VO- chefen att detta inte påverkar behovet så mycket. Inom Medicin ses den medicinska utvecklingen som den viktigaste faktorn för vårdplatsdimensionering.

En trend inom både Medicin och Kirurgi är att minska antalet fastställda vårdplatser. Vissa av de vårdplatser man dragit ner har dock fått finnas kvar som s.k. överbeläggningsbara platser eller med benämningen "dragspelsplatser". I samband med att dessa vårdplatser öppnats upp uppges att extra personal inkallats. Dock uppges i enkätundersökningen att så inte alltid varit fallet, vilket upplevs som ett arbetsmiljöproblem.

VO- chefen för Medicin upplever att vårdplatstillgången under somrarna blivit bättre.

Kirurgi

Inom område Kirurgi har fyra vårdplatser tagits bort 2010 av besparingsskäl. Detta har medfört fler satellitpatienter. Vårdplatserna som tagits bort finns dock kvar som s.k. "dragspelsplatser" dvs. att de finns kvar fysiskt, men använts normalt inte. VO- chefen upplever att ibland kan det vara svårt att få tag på personal när dragspelsplatserna skall öppnas upp.

Enligt VO chefen förekommer inte några överbeläggningar inom området eftersom fyrbäddsrummen tagits bort och då finns inte längre några överbeläggningsbara vårdplatser kvar.

Ökad andel polikliniska operationer har minskat och kommer att ytterligare minska behovet av vårdplatser. Inom området försöker man också minska vårdtiderna genom att skriva ut patienterna snabbare efter genomförd operation. VO- chefen följer antalet återinskrivningar för samma diagnos inom 14 dagar för att kontroller att patienterna inte skrivits ut för tidigt.

Verksamhetschefen för Kirurgi nämnder demografin, att länet får en mer ålderstigen befolkning, som en faktor som ökar behovet av vårdplatsbehovet. Inom område Kirurgi har operationspanoramat förändrats, numera opereras även prostatacancer och överviktsoperationer, operationer som förutsätter tillgång på vårdplatser.

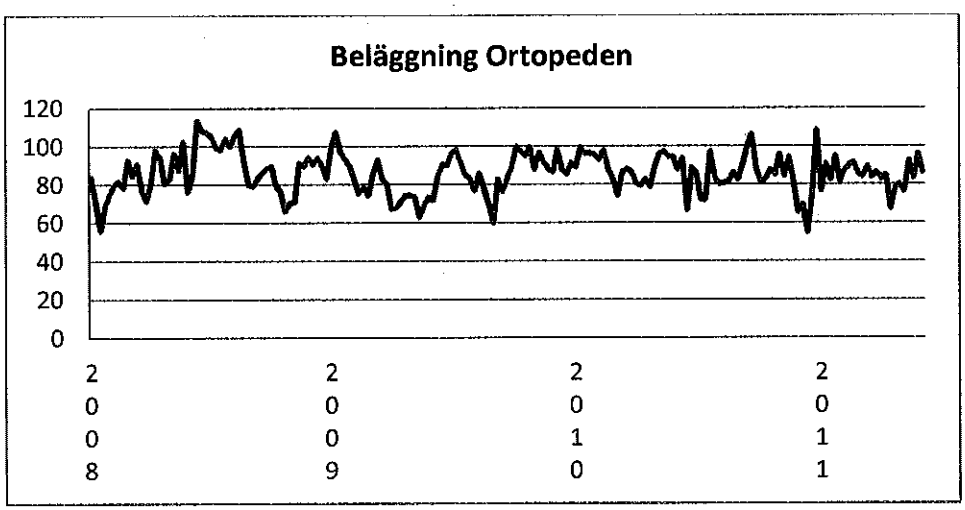
VO- chefen anser sammantaget att område Kirurgi klarar sig bra med befintligt antal vårdplatser under förutsättning att kommunerna tar hem sina utskrivningsklara patienter, att polikliniseringen ökar och att vissa rutiner införs inom området.

VO- chefen för Kirurgi uppger att området har något fler vårdplatser m.a.a. den tidvis höga förekomsten av utskrivningsklara patienter.

Ortopedi

Enligt VO- chefen för Ortopedi förekommer överbeläggningar inom området mer som regel än undantag, ca 1-2 gånger/vecka. Dock är situationen, enligt VO-chefen, bättre jämfört med 2008. Sommaren 2010 var en av de bästa avseende tillgången på vårdplatser. Inför sommaren 2011 kommer område Ortopedi att stänga två vårdplatser ytterligare, jämfört med 2010. VO- chefen anser inte att område Ortopedi kan dra ner på vårdplatser om man ska behålla nuvarande produktionskapacitet.

Nedanstående diagram visar den genomsnittliga beläggningsfrekvensen per vecka för område Ortopedi.



7.1.2 Landstinget avviker från rekommendationer om enkelrum

I granskningen från 2008 framkom att landstinget avvek från den rekommendation som föreningen Byggenskap och vårdhygien tagit fram om att 30% av vårdplatserna skulle utgöras av enkelrum. Rekommendationen från Byggenskap och vårdhygien har därefter reviderats. Gällande rekommendation är att majoriteten av vårdplatserna ska utgöras av enkelrum(3). Rekommendationen har fastställts av direktören att vara vägledande vid ny och ombyggnation av vårdavdelningar.

Granskningen från 2008 visade att bristen på enkelrum medförde svårigheter att säkerställa patienternas integritet, framförallt gällde det svårt sjuka patienter som måste ligga på flerbäddsrum. Bristen på enkelrum medförde också att det blev svårt att upprätthålla sekretessen, framförallt för de patienter som var för sjuka för att kunna förflytta sig till samtalsrum. Ett ytterligare problem, som förorsakades av bristen på enkelrum, var smittspridningen mellan patienter, bl.a. komplicerades hanteringen av utbrott av vinterkräksjuka.

Enligt landstingsstyrelsen svar från på det ovan nämnda framkom inga planer på att öka antalet enkelrum. Däremot svarade landstingsstyrelsen att man skulle öka andelen tvåbäddsrum och att vid behov använda dessa som enkelrum. Man avsåg att minska antalet fyrbäddsrum till förmån för fler tvåbäddsrum.

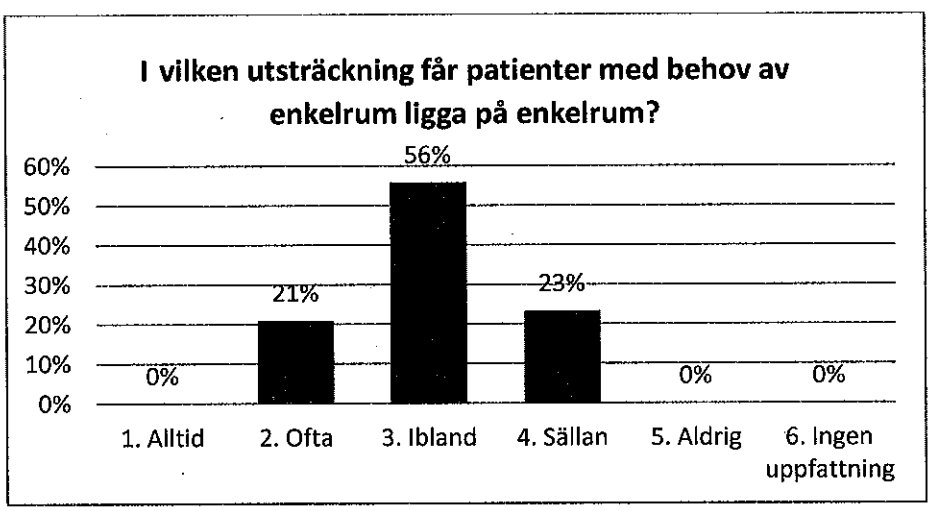
Övriga åtgärder som landstingsstyrelsens skulle vidta för att komma tillrätta med bristen på enkelrum var att arbeta för att minska andelen vårdrelaterade infektioner, då styrelsen förutsåg att en minskning av vårdrelaterade infektioner skulle minska efterfrågan på enkelrum.

Denna granskning visar att det finns ungefär samma antal enkelrum som vid tidpunkten för den förra granskningen. Antalet tvåsalar har däremot ökat inom Kirurgi och Medicin. Dock har ingen ökning av tvåbäddsalar skett inom område Ortopedi som har kvar alla sina fyrbäddsrum. Arbetet med vårdrelaterade infektioner uppges pågå.

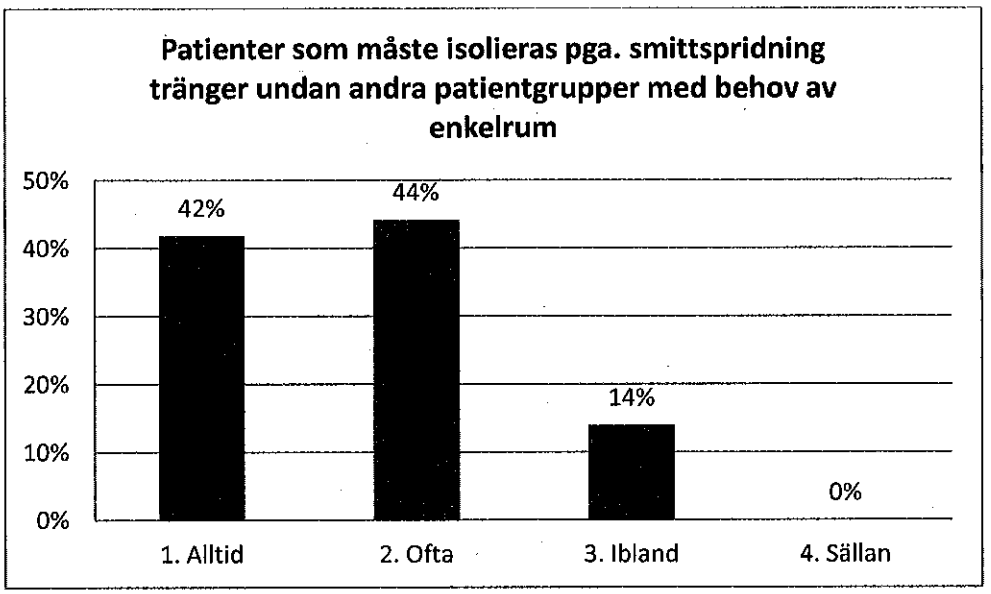
Enligt hygiensköterskorna är ombyggnationen av fyrbäddsrum till tvåbäddsrum ett steg i rätt rikting ur ett hygienperspektiv, men enkelrum med egen toalett och dusch är att föredra.

Vi kan konstatera att behovet av enkelrum är minst lika stor som vid granskning från 2008.

Enligt vårdplatskoordinatorerna är situationen som tidigare, dock får de leta enkelrum i högre grad jämfört med 2008.



Patienter som har eller misstänks bära på multiresistenta bakterier måste ofta ha enkelrum, enligt hygiensköterskorna. Detta innebär att för de patienter som har andra behov av enkelrum har konkurrensen hårdnat. Detta påstående bekräftas av följande diagram.



77 % av enkätbesvararna anser att bristen på enkelrum alltid/ofta innebär en ökad infektionsspridning.

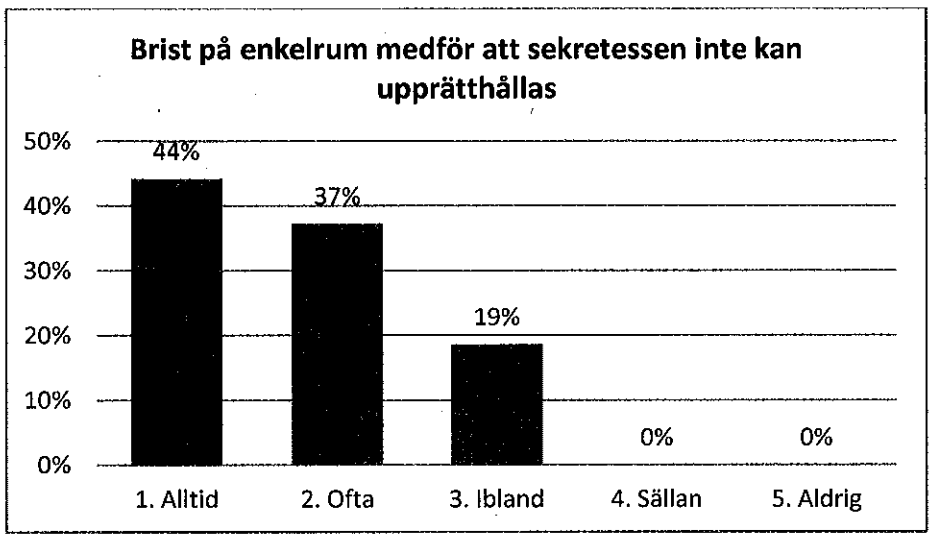
Enligt enkätbesvararna är det inte heller alltid som döende patienter kan erbjudas enkelrum, 28% svarar att döende patienter alltid får enkelrum, 58% ofta och 14% svarar ibland.

Av enkätbesvararna är det 80 % som anser att bristen på enkelrum alltid/ofta medför brister i patientens personliga integritet.

Enligt Offentlighet och Sekretesslagen gäller sjukhussekretess för den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde lider men.

Enligt resultat från den nationella patientenkäten inom specialistsjukvården uppgav 40 % att de delvis eller inte alls fått tillräckligt med avskildhet vid samtal om tillstånd eller behandling(4).

Av enkätbesvararna är det 81% som uppger att bristen på enkelrum medför ofta/alltid att sekretess inte kan upprätthållas, se följande diagram.



7.1.3 Vårdgarantin

Granskningen från 2008 visade att bristen på vårdplatser utgjorde ett problem för att klara vårdgarantin inom område Ortopedi, framförallt gällde det ingrepp där behandling förutsätter tillgång på vårdplatser som knä- och höftprotesoperationer. Vårdplatsbristen berodde till stor del på att vårdplatserna upptogs av utskrivningsklara patienter.

Enligt landstingsstyrelsens svar skulle en temporär ökning av vårdplatser inom Ortopeden ske för att klara vårdgarantin.

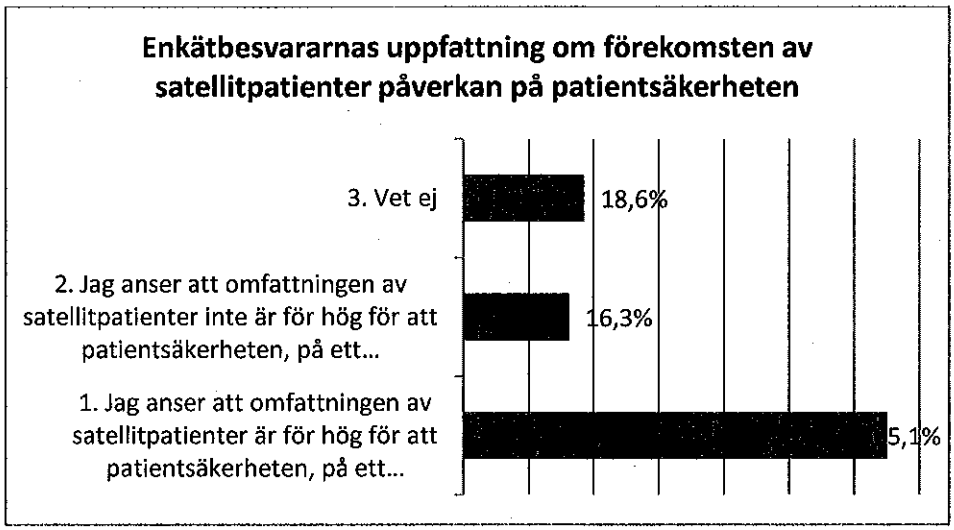
Enligt intervju med verksamhetschefen för område Ortopedi är platsbristen inte längre ett problem för att klara vårdgarantin.

7.1.4 Satellitpatienter

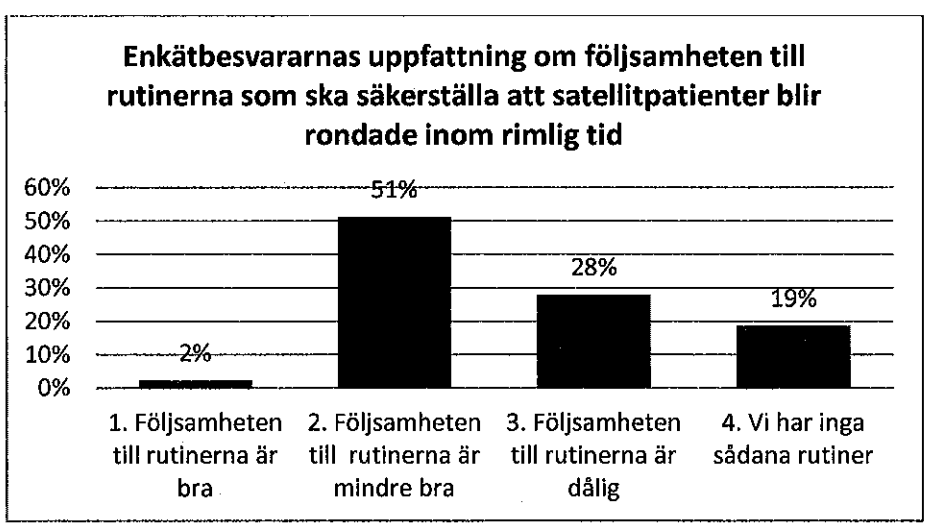
Granskningen från 2008 visade att förekomsten av satellitpatienter innebar en risk för att patientsäkerheten skulle åsidosättas, bl.a. hade några Lex Maria ärenden inträffat m.a.a. vård av satellitpatienter. Förekomst av satellitpatienter innebär att vårdpersonal vårdar patienter med diagnoser som de inte är vana vid, vilket bl.a. kan medföra att vårdpersonalen missar tecken på en försämring hos patienten. Granskningen från 2008 visade också att det ofta tog längre tid innan behandlade läkare undersökte satellitpatienter jämfört med de patienter som låg på sin hemma avdelning, vilket ibland medförde att utredning och behandling försenades. Framförallt var detta ett problem under helger.

Landstingsstyrelsen svarade att förekomsten av satellitpatienter alltid skall betraktas som ett undantag, men samtidigt ansåg styrelsen att det är helt orealistiskt att komma ifrån förekomsten av satellitpatienter. Man framhöll att en riskbedömning alltid skall ske i samband med att utlokalisera en patient som satellitpatient och att det hade utarbetats rutiner för detta.

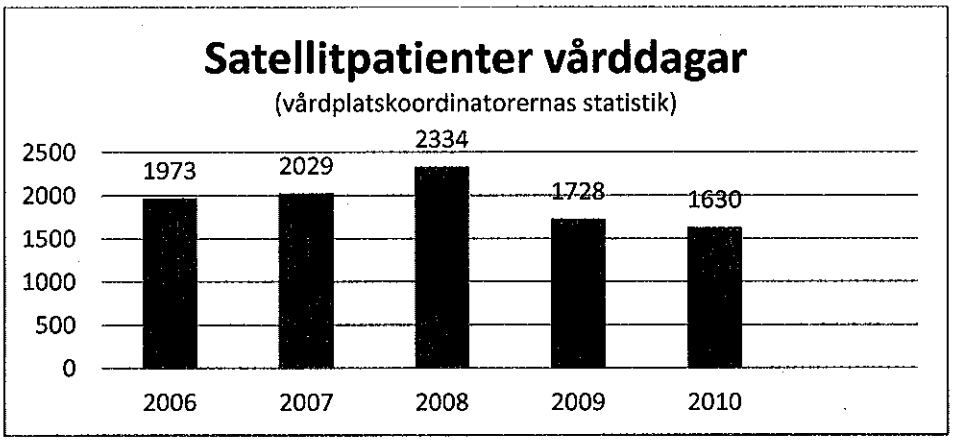
Av följande diagram framgår att 65% av enkätbesvararna anser att förekomsten av satellitpatienter är för hög för att patientsäkerheten på ett tillfredställande sätt skall garanteras.



Enligt uppgift ska det numera finnas rutiner för riskbedömningar och för att säkerställa att behandlade läkare undersöker satellitpatienter inom rimlig tid(5). Granskningen visar dock på brister i följsamheten till den sist nämnda rutinen, enbart 2 % uppger att följsamheten till rutinen är god, se följande diagram. Detta innebär att satellitpatienter ibland fortfarande får vänta på att bli undersökt, vilket innebär en risk för patientsäkerheten.



När det gäller antalet vårddygn med satellitpatienter har det över åren gått upp och ner, men en viss minskning sedan 2008, se följande diagram.



Om trenden för de första fyra månaderna 2011 håller i sig avseende vårddygn för satellitpatienter kommer dock ingen ytterligare minskning ske under 2011, då det är 783 vårddygn med satellitpatienter t.o.m. april.

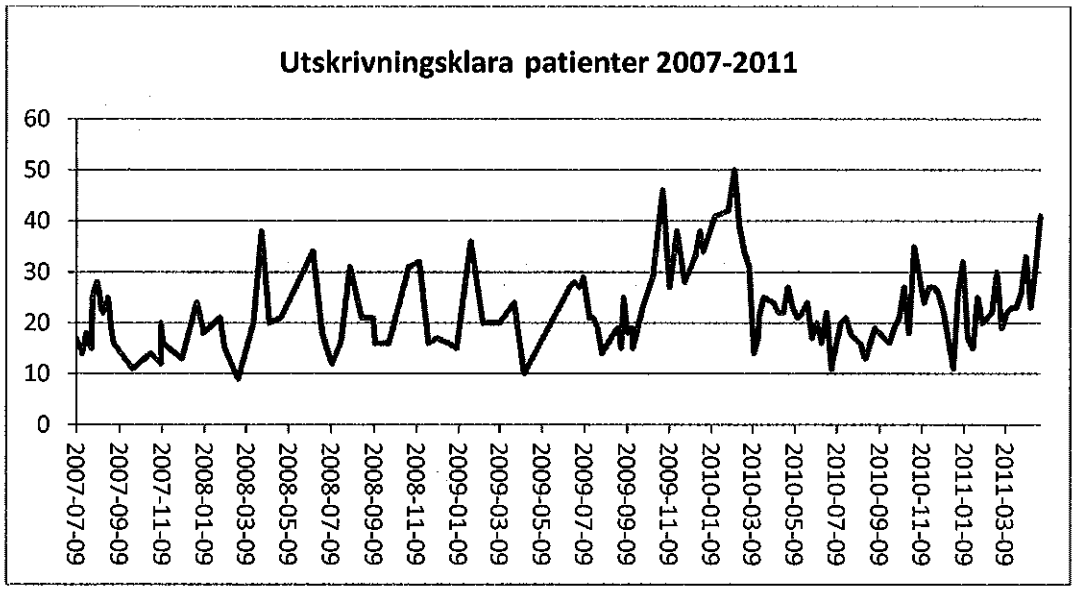
7.1.5 Utskrivningsklara patienter

Vid granskningen från 2008 noterade vi att förekomsten av utskrivningsklara patienter tidvis var ett stort problem för att tillgodose behovet av vårdproduktion. Framförallt var det ett stort problem för område Ortopedi, då området fick svårt att klara av vårdgarantin i egen regi och kostnaden för utomlänsvården ökade. Vi rekommenderade därför att vårdplaneringen skulle snabbas upp och att det skulle utredas ifall en speciell avdelning för utskrivningsklara patienter kunde inrättas för att frigöra vårdplatser inom Ortopedin.

Landstingsstyrelsen svarade att man skulle införa ett äldreteam inom äldre vården för att på så sätt minska antalet inläggningar för patienter där specialistsjukvården är fel vårdnivå. Samarbetet med kommunerna skulle också öka. Däremot avfärdades planerna på att utreda om en speciell avdelning för utskrivningsklara patienter skulle inrättas.

Förekomsten av utskrivningsklara patienter har gått upp och ner sedan 2008. Tidvis har förekomsten av utskrivningsklara patienter varit ganska stor, framförallt beror det på att Östersunds kommun haft svårigheter med att ta hem sina utskrivningsklara patienter.

Vid inledningen för denna granskning var förekomsten av utskrivningsklara patienter ett stort problem för att snabbt övergå till att vara ett mindre problem. Denna radikala förändring berodde på att Östersunds kommun kunde ta emot fler utskrivningsklara patienter under försommaren 2011.



En minskning av antalet utskrivningsklara patienter har skett under början av denna sommar, enligt uppgift. Denna betydande minskning framgår inte av diagrammet ovan.

Inom område Medicin har det införts ett vårdplaneringsteam och s.k. "Lots- sjuksköterska". Det har också inrättas en s.k. haverikommission, ett samarbete med kommunerna för att ta upp avvikelser i vårdplaneringsprocessen. I Haverikommissionen ingår även områdena Kirurgi och Medicin. Sedan förra granskningen har det bildats ett nätverk mellan sjukhuset och kommunerna för att förbättra dialogen mellan landsting och kommunerna.

Inom område Ortopedi har en specialistläkare i allmänmedicin anställts på 65 % för att förbättra kvalitén på vården för multisjuka patienter. Detta har, enligt VO- chefen, medfört ökad patientsäkerhet, kortare medelvårdtider och tillsammans och bättre samarbetet med kommunerna avseende vårdplanering.

Bedömning

- Vår sammantagna bedömning är att landstingsstyrelsens beslutade åtgärder inte har genomförts full ut. Även om vårdplatssituationen i vissa avseenden är något bättre, jämfört med tidpunkten för granskningen 2008, anser vi att det fortfarande finns risk för att vårdplatssituationen inte är i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen och Offentlighet och Sekretess lagen krav om integritet, medbestämmande och sekretess. Vårdplatsdimensioneringen uppfyller inte rekommendationen från vårdhygien och byggenskap när det gäller dimensioneringen av enkelrum. Däremot är vårdplatsdimensionering, för närvarande, inte något större hinder för att klara vårdgarantin. Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att återuppta den vårdplatsutredning som genomfördes under 2009 för att komma tillrätta med de ovan angivna bristerna.

- Förutom ovan nämnda risker, bedömer vi att risk föreligger för att patientsäkerheten åsidosätts när patienter fortfarande läggs i dagrum, läkarexpeditioner och behandlingsrum. Sådana sätt att belägga på bör därför alltid undvikas.

- Problemet med bristen på enkelrum kvarstår. Landstinget når inte upp till rekommendationen om att majoriteten av vårdplatserna ska utgöras av enkelrum. Bristen på enkelrum medför negativa effekter för patienter i form av brister i integriteten, ökad infektionsspridning och bristande sekretess. Landstingsstyrelsen bör därför vidta åtgärder för att komma tillrätta med nämnda kvalitetsbrister. Vi anser att vårdplatsdimensioneringen är speciellt bekymmersam inom område Ortopedi pga. den stora andelen fyrbäddsrum. Vårdrelaterade infektioner förlänger vårdtiden vilket, förutom medför ett ökat lidande för patienten, minskar tillgången på vårdplatser och ökade kostnader för vården.

- Vår bedömning är att bristen på vårdplatser för närvarande är ett mindre problem för att klara av vårdgarantin inom Ortopedin. Framförallt är det förekomsten av utskrivningsklara patienter och stängning av vårdavdelningar m.a.a. utbrott av smittsamma epidemier, som t.ex. vinterkräksjukan, som utgjort det största hotet mot vårdplatstillgången. Därför är det viktigt att det förebyggande arbetet mot smittspridning fortsätter. Ortopeden är extra känsligt för sittspridning pga. den stora andelen fyrbäddsrum.

- Förekomsten av satellitpatienter kvarstår om än i något mindre omfattning jämfört med 2008. Dock kvarstår fortfarande riskerna med vård av satellitpatienter i minst samma omfattning som vid förra granskningen, enligt enkätsvaren. Vi anser att, liksom överbeläggningar, förekomsten av satellitpatienter bör avvikelseanmälas och därmed utgöra underlag för riskanalyser i enlighet med ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Enligt landstingsstyrelsens svar från 2008 skall förekomsten av satellitpatienter alltid betraktas som ett undantag.

- Vi anser att rutinen som ska säkerställa att satellitpatienter blir "rondade" inom rimlig tid inte fungerar, vilket medför en risk för att patientsäkerhetens åsidosätts. Därför rekommenderar vi landstingsstyrelsen att se över rutinen.

- Vi anser att sjukhuset vidtagit en del åtgärder för att snabba upp vårdplaneringen, i enlighet med vårt förslag i granskningen från 2008. Arbetet med vårdplaneringsteam inom medicin och införande av en Lotssjuksköterska på Akuten är sådana exempel. Arbetet med äldrevårdsteam bör, enligt vård bedömning, snabbt komma i gång.

7.2 STYRNING OCH KONTROLL AV VÅRDPLATSDIMENSIONERING

I följande avsnitt avhandlas följande revisionsfrågor: Finns det mål och/eller riktlinjer för en ändamålsenlig vårdplatsdimensionering? Finns det ett tillfredställande underlag/uppföljning för att vårdplatsdimensioneringen sker på ett ändamålsenligt sätt? Och finns det en tydlig ansvarsfördelning för vårdplatsdimensionering?

7.2.1 Mål/riktlinjer för vårdplatsdimensionering?

Vi har inte funnit några landstingsövergripande mål och/eller riktlinjer avseende vårdplatsdimensionering. Vid tidpunkten för den tidigare granskningen 2008 hade fullmäktige fastställt ett mål om att det skulle finnas tillräckligt med vårdplatser för en säker vård. Detta mål handlade dock om att säkra tillgången på vårdplatser under sommaren 2007 m.a.a. stor vårdplatsbrist under sommaren året dessförinnan. Fr.o.m. 2007 uppges dock rutinerna inför sommarneddragningarna fungera bättre jämfört med sommaren 2006. Dock har vi inte tagit del av några iakttagelser för hur denna sommar 2011 förflutit.

Vi har inte heller funnit några nationella riktlinjer för vårdplatsdimensionering. Enligt SKL finns det ingen fastställd definition av vad som kännetecknar en överbeläggning, vilket man uppger är en brist för att kunna göra jämförelser mellan sjukhusen.

På frågan vilka mål/riktlinjer har ni för er vårdplatsdimensionering, får vi lite olika svar från de intervjuade verksamhetsområdescheferna. Inom område Ortopedi uppges målet med vårdplatsdimensioneringen vara att undvika att belägga de överbeläggningsbara sängplatserna. Inom område Kirurgi uppges målet vara att undvika satellitpatienter, samtidigt som man också undviker underbeläggning. Inom område Medicin är målet att undvika underbeläggning samtidigt som man kan upprätthålla en tillfredställande arbetsmiljö för personalen. Område Medicin har också som mål att minska antalet satellitpatienter.

Något som återkommer vid intervjuerna, när det gäller dimensioneringen av vårdplatser, är hur Östersunds sjukhus förhåller sig till NYSAM statistiken. I NYSAM redovisas antalet vårdplatser per 100 tusen invånare fördelat per klinik. Enligt uppgift ligger Östersunds sjukhus över NYSAM genomsnittet[1] vid senaste mätningen. En strävan finns bland de ansvariga att inte avvika för mycket från genomsnittet för NYSAM.

När det gäller vårdplatsdimensioneringen avseende fördelningen mellan enkelrum och flerbäddsrum finns det en rekommendation framtagen. Det är en rekommendation som föreningen "Vårdhygien och Byggenskap" tagit fram och fastställts av landstingsdirektören att gälla vid ny och ombyggnation. Ingen av de intervjuade verksamhetsområdescheferna har nämnt detta dokument på frågan om det finns mål eller riktlinjer för vårdplatsdimensionering.

7.2.2 Uppföljning av för vårdplatsdimensionering

Revisionsfrågan är att ta reda på om det finns en tillfredställande uppföljning av vårdplatsdimensioneringen. Då det saknas fullmäktigebeslut avseende vårdplatsdimensionering och det också saknas nationella riktlinjer och riktlinjer, förutom när det gäller andelen enkelrum, är det framförallt VO- chefernas egna målsättningar som fått utgöra utgångspunkt för granskning av om uppföljningen för vårdplatsdimensionering är tillfredställande.

Som vi tidigare nämnt finns bland VO- cheferna lite olika målsättningar för vårdplatsdimensioneringen. Gemensamt för VO- cheferna uppföljning är dock förekomsten av satellitpatienter och hur beläggningen ser ut. Även utskrivningsklara patienter uppger VO- cheferna att de följer.

Den statistik som VO- cheferna framförallt följer är den statistik som vårdplatskoordinatorerna tar fram; dagligen statistik över beläggning, förekomsten av satellitpatienter och utskrivningsklara patienter, varav de två senare uppgifterna finns sammanställt månadsvis.

Beläggningsstatistik

Beläggningsstatistik finns också i landstingets datalager ProDiver. Denna statistik överförs till ProDiver i slutet av varje månad och innehåller uppgifter om genomsnittlig beläggning och förekomsten av satellitpatienter. Däremot finns inga uppgifter om utskrivningsklara patienter i ProDiver. Till skillnad mot vårdplatskoordinatorernas statistik, verkar statistik från ProDiver inte användas i någon större om-

[1] I NYSAM statistiken ingår följande landsting/regioner: Blekinge, Kronoberg, Dalarna, Halland, Gotland, Södermanland, Gävleborg, Värmland, Jämtland och Västmanland.

fattning av VO- cheferna. Uppgifter om beläggning och satellitpatienter i delårs- och årsbokslut kommer dock från ProDiver.

Statistik från ProDiver och vårdplatskoordinatorerna skiljer sig åt. Två stickprov visar en beläggning enligt vårdplatskoordinatorernas statistik, för den 1 februari och den 1 mars 2011 för område Medicin på 100% resp. 101 % medan beläggningen enligt ProDiver, för samma datum, är 97 % resp. 107 %.

Ingen av ovan nämnda uppgifter behöver för den skull vara felaktiga, utan mätningen visar olika saker. Statistiken i ProDiver bygger på det nationella regelverket, följer en bestämd beräkningsnyckel[2] och är den statistik som redovisas i årsredovisningar och ligger till grund för nationella jämförelser. Vårdplatskoordinatorernas statistik är ett genomsnitt över en period ögonblicksbilder av vårdplatssituationen[3], vanligtvis på morgonen.

Uppgifter i ProDiver avseende beläggning utgår från klinikens disponibla sängplatser. En klinik kan dock tillfälligt disponera vårdplatser inom annan klinik genom att utlokalisera satellitpatienter eller ta emot inhysta satellitpatienter från annan klinik. Detta framgår inte av klinikens beläggningsstatistik. Beläggningsstatistiken visar således inte fullt ut klinikens beläggningsgrad avseende klinikens patienterna i förhållande till klinikens vårdplatser. För att kunna göra detta måste man beakta förekomsten av utlokaliserade och inhysta satellitpatienter.

Satellitpatienter

Numera går det att få fram uppgifter om satellitpatienter även ur ProDiver. Statistiken avseende satellitpatienter i ProDiver och den statistik som vårdplatskoordinatorerna redovisar skiljer sig också åt. Följande exempel visar på att skillnad kan förekomma. I årsredovisningen 2010 redovisar område Ortopedi i sin verksamhetsberättelse att de har haft 15 satellitpatienter från andra områden. För samma period går det att läsa i vårdplatskoordinatorernas statistik att område Ortopedi har haft 44 satellitpatienter från andra områden. Vid ett statistik uttag i ProDiver får man fram 53 satellitpatienter från andra områden för samma period. För samma period redovisas således tre olika siffror. Enligt uppgift handlar det förmodligen om ett handhavande fel av den som tagit fram statistiken till årsredovisningen, samt att det finns felregistreringar av satellitpatienter i samband med årsskiftet.

Förutom det ovan nämnda finns ytterligare en skillnad mellan vårdplatskoordinatorernas statistik och statistiken i ProDiver avseende satellitpatienter för verksamhetsområde Medicin. Skillnaden består i att vårdplatskoordinatorerna räknar patienter som utlokaliseras mellan lungavdelningen och övriga medicinavdelningar som satellitpatienter, medan dessa patienter inte räknas som satellitpatienter i ProDiver.

Avvikelserapporter

Avvikelserapporter skall enligt rutin skrivas vid överbeläggning. Att så sker varierar dock kraftigt mellan klinikerna. Vårdstrategen anser att en avvikelse bör skrivas när patienten läggs som satellitpatienter, vilket inte sker idag. En översyn, uppges kommer att göras, av vad som ska betraktas som en avvikelse. Inom område Medicin, som tidigare varit det område som skrivit flest avvikelserapporter, har under första delen av 2011 skrivits avsevärt färre avvikelser. Av enkätsvaren uppger dock 85 % inom område medicin att överbeläggningar förekom ofta eller i hög grad.

---

[2] Beläggningsstatistik i ProDiver utgår från följande beräkning: antal vårddagar exkl. perm.dagar – antal utskrivna inkl avd byte / periodens antal dagar* medelantal disponibla vårdplatser

[3] Vårdplatskoordinatorernas beläggningsstatistik: Antal inskrivna patienter / antalet vårdplatser

Uppgifter om överbeläggningar i landstingets avvikelserapporteringssystem används inte i någon större omfattning. En trolig orsak är att det finns en stor underrapportering av avvikelser och så även för överbeläggningar. Det förekommer ingen uppföljning av följsamheten att rapportera överbeläggningar som avvikelser. Statistik över rapporterade överbeläggningar i avvikelserapporteringssystemet är för närvarande inte ett säkert underlag.

Statistik från NYSAM och SKL

NYSAM- statistiken och SKLs statistik[4] används som ett underlag för vårdplatsdimensionering. Dock framkommer inte vissa faktorer som påverkar vårdplatstillgången i NYSAM statistiken, t.ex. att det på Östersunds sjukhus saknas geriatrisk och onkologisk specialiteter, vilket innebär att det behövs fler vårdplatser på andra vårdavdelningar. VO- chefen för område Kirurgi poängterar också att länet har en ålderstigen befolkning och långa avstånd till sjukhuset, vilket också ökar behovet av vårdplatser. Uppfattningen bland de intervjuade är att vi trotts detta har något fler vårdplatser än genomsnittet för NYSAM.

Landstingets vårdstrateg följer vårdplatskoordinatorernas statistik och rapporterar avvikelser i årsredovisningen. Vårdstrategen redovisade också vårdplatsdimensioneringen inför landstingsstyrelsen i våras med utgångspunkt från SKLs vårdplatsstatistik. Enligt vårdstrategen finns ett intresse från styrelsen att följa om Östersundssjukhus avviker för mycket från genomsnittet för riket.

7.2.3 Ansvaret för vårdplatsdimensionering?

Revisionsfrågan syftar till att ta reda på om det finns en tydlig ansvarsfördelning när det gäller vårdplatsdimensioneringen. Enligt gjorda intervjuer har ansvaret för vårdplatsdimensioneringen lagts på respektive verksamhetsområdeschef. Det är alltså verksamhetsområdeschefen som själv beslutar om att minska eller utöka antalet vårdplatser eller hur fördelningen ser ut med flerbäddsrum och enkelrum.

Det övergripande ansvaret för vårdplatsdimensioneringen har dock vårdgivaren, vilket i Jämtlands läns landsting är landstingsstyrelsen. Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att vården sker i enlighet med lagar och föreskrifter. I detta ansvar ingår att tillse att det finns en intern kontroll som säkerställer att det finns tillräckligt med vårdplatser så att vården sker i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

Landstingsstyrelsen har dessutom ett ansvar enligt kommunallagen att tillse att verksamheten bedrivs enligt fullmäktiges mål och riktlinjer samt de föreskrifter som för övrigt gäller för verksamheten(6)

Bedömning

- Det saknas fastställda mål och riktlinjer för vårdplatsdimensionering. Tydliga mål och riktlinjer underlättar landstingsstyrelsens styrning och uppföljning, men är även ett stöd för verksamhetscheferna för sin planering. Vi anser att det tydligt skall framgå vilka mål som gäller och vem som beslutat dessa. Om det är ett mål, att sjukhusets vårdplatsdimensionering ska närma sig genomsnittet för NYSAM eller SKLs beläggningsstatistik, bör landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige att fastställa detta och beskriva varför just denna nivå är optimal ur ett vårdplatsperspektiv för Östersunds sjukhus.

[4] Hälso- och sjukvård och regional utveckling

- Vi rekommenderar att statistikuttag koncentreras på färre personer, som kan upparbeta en viss kunskapsnivå, för att säkerställa en korrekt statistik. Vi föreslår att det tas fram färdiga rapporter om statistik avseende satellitpatienter i DivePort.

- Det bör göras en översyn av rutiner för registrering av beläggningsstatistik och definition av nyckelbegrepp, som t.ex. överbeläggning, satellitpatienter, disponibla vårdplatser och s.k. "dragspelsplatser". Detta m.a.a att det är tveksamt hur beläggningsstatisktiken tolkas.

- I beläggningsstatistiken framgår inte fullt ut i vilken grad kliniken har kunnat tillhanda hålla vårdplatser till sina egna patienter. För att kunna visa detta måste också förekomsten av utlokaliserade och inhysta satellitpatienter beaktas. Vi rekommenderar därför att beläggningsstatistiken redovisas som en del i styrelsens uppföljning och kontroll.

- Vi anser att uppgifter från landstingets avvikelserapporteringssystem i högre grad skulle kunna användas vid vårplatsdimensionering, framförallt för riskanalyser. Detta förutsätter dock att benägenheten att rapportera avvikelser ökar och att man tydliggör vad som ska räknas som en avvikelse. För närvarande finns en stor underregistrering och det saknas verksamhetsöverskridande definitioner av avvikelser avseende överbeläggning. Vi rekommenderar därför en översyn av organisation och rutiner för avvikelserapportering så att landstingsstyrelsen kan säkerställa att avvikelserapportering sker på ett tillfredställande sätt.

- Vid tolkning av statistik från NYSAM bör hänsyn tas till att det saknas onkolog och geriatrik på Östersunds sjukhus vilket medför ett behov av antal vårdplatser inom Kirurgi, Medicin och Ortopedi.

- Vi anser att landstingsstyrelsen övergripande ansvar som vårdgivare för vårdplatsdimensioneringen inte har tydliggjorts. Detta då det saknas fastställda mål och/eller riktlinjer för vårdplatsdimensioneringen samt avsaknaden av kontrollrutiner. Vi anser det därmed oklart hur landstingsstyrelsen tar sitt övergripande ansvar för vårdplatsdimensioneringen. Vi föreslår landstingsstyrelsen därför att fastställa mål eller riktlinjer samt kontrollrutiner eller på annat sätt tydliggöra sitt ansvarstagande avseende det ovan nämnda. Dock noterar vi att ansvaret för vårdplatsdimensioneringen upplevs vara tydligt hos VO- cheferna.

Östersund och 2011-10-03

Certifierad kommunal revisor

8 KÄLLFÖRTECKNING

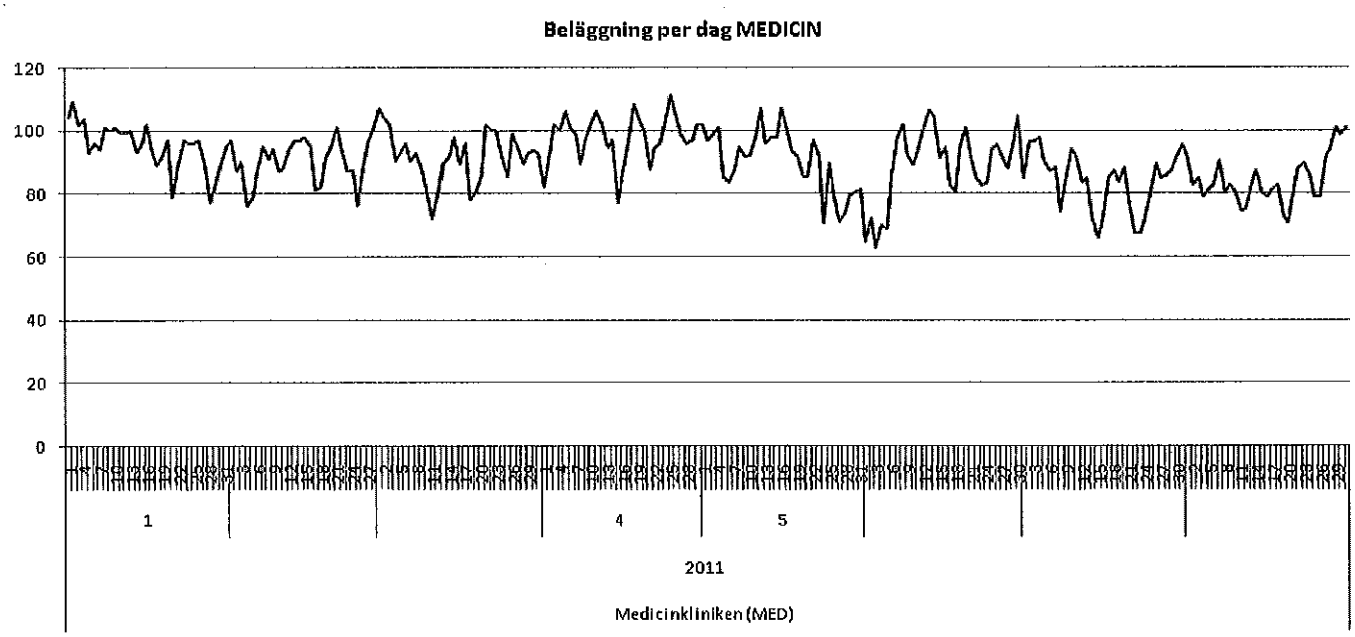
1. **Jämtlands läns landsting.** Vårdplatsutredningen - fortsättningsuppdrag. 2009. Dnr: LS197/2009.
2. **Sahlin, Jan.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer.* Solna : Nordstedt Juridik, 2006. ISBN: 91-39-10835-X.
3. **Svensk Förening för Vårdhygien.** Byggenskap och Vårdhygien. *Vårdhygieniska aspekter vid ny och ombyggnation samt renovering av vårdlokaler 2:a upplagan.* 2010. ISBN: 978-91-633-6281-1.
4. **kvalitetsindikatorer, Institutet för.** *Patientupplevd kvalitet nationell patientenkät för specialiserad vård.* u.o. : Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
5. **Jämtlands läns landsting.** Riktlinjer för Östersunds sjukhus avseende satellitpatienter. 2011.
6. **Sveriges Kommuner och Landsting.** *Kommunallagen Kommentarer och Praxis.* Stockholm : Kommentus förlag, 2006. ISBN: 91-7345-163-0.
7. **Jämtlands läns landsting.** *Månadsrapport juni 2011.*
8. —. *Riktlinjer för Östersunds sjukhus avseende satellitpatienter.* 2011.
9. **Jan-Olov, Undvall.** *Granskning av hjärt- stroke och ambulanssjukvård.* u.o. : Revisionskontoret Jämtlands läns landsting, 2009. Dnr Rev/25/2009.
10. **Raadu, Gunnel.** *Författningshandbok 2011.* Stockholm : u.n., 2011. ISBN: 978-91-47-10014-9.
11. **Jämtlands läns landsting.** *Landstingsplan 2011-2013.* 2011. Dnr: LS/690/2010.
12. —. *Årsredovisning 2010 Jämtlands läns landsting.*
13. **Socialstyrelsen.** *God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.* Västerås : u.n., 2008. ISBN: 91-85482-05-6.

9 BILAGOR

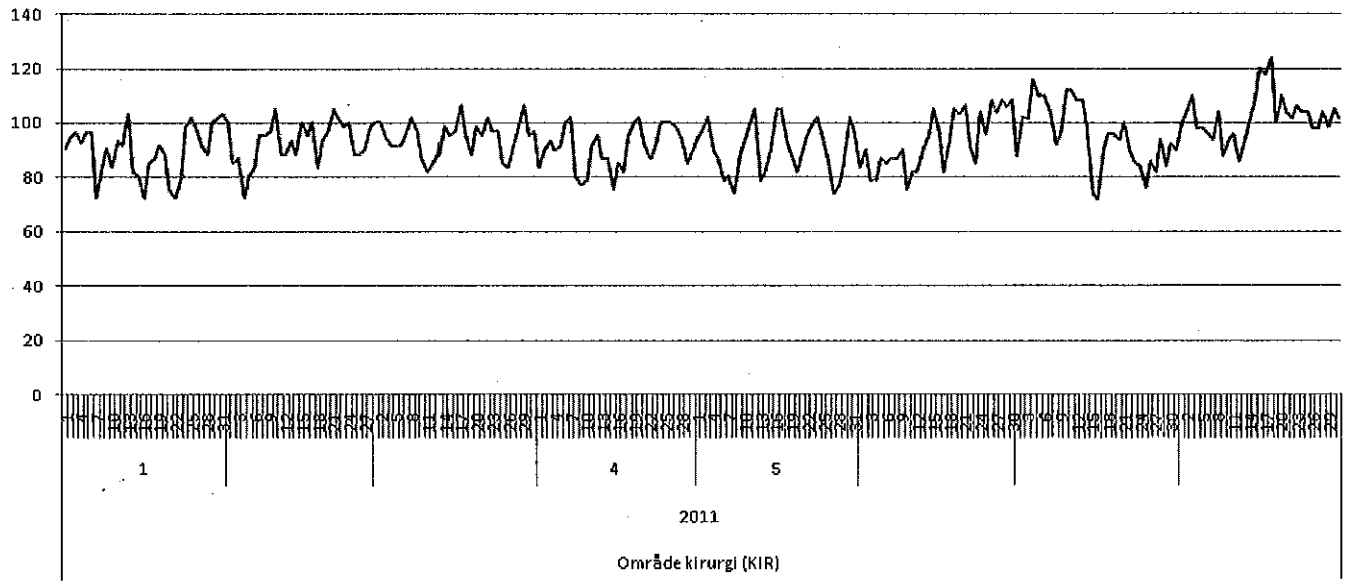
Bilaga 1. Sammanställning av intervjuade

Anna-Kerstin Lejonklou	Vårdstrateg
Barbro Forsberg	Hygiensköterska
Calice Mooe	Vårdplatskoordinator
Carina Söderberg	Systemadministratör VAS
Ewa Lundgren	Verksamhetsområdeschef Kirurgi
Inga-Britt Svartholm	Hygiensköterska
Ingrid Gustafsson	Vårdplatskoordinator
Lisbet Gibson	Verksamhetsområdeschef Medicin
Sonia Nilsson	Vårdplatskoordinator
Ulla Schill	Verksamhetsområdeschef Ortopedi

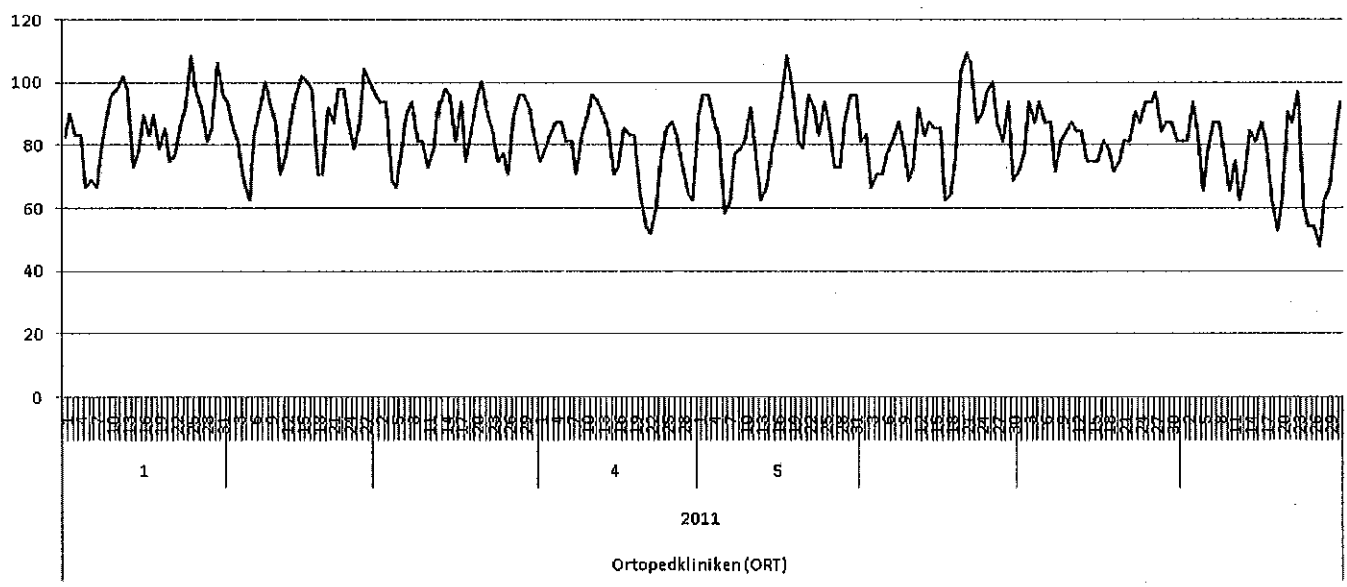
Bilaga 2. Beläggningsprocent (2011 jan-aug) för områdena Kirurgi, Medicin och Ortopedi



Beläggning per dag KIRURGI



Beläggning per dag ORTOPED



Bilaga 3. Enkäten

Enligt förarbetena till HSL 2e§ bör vårdplatsdimensionering och/eller tillgång till samtalsrum möjliggöra att samtal av känslig och genomgripande natur (t.ex. meddelande av cancerdiagnos) kan ske i en värdig och neutral miljö där det så långt som möjligt råder lugn och avskildhet? Hur tillgodoses ovan nämnda med på Din avdelning?	Antal	Procent
1. Helt och hållet	3	6,82%
2. Till övervägande del	3	6,82%
3. Delvis	12	27,27%
4. Till mindre del	20	45,45%
5. Inte alls	6	13,64%
6. Vet ej	0	0,00%
Totalt	44	100,00%
Medelvärde	3,52	

Medger rådande vårdplatsdimensionering att samtal med patient om dennes hälsotillstånd och andra personliga förhållanden kan ske utan att obehöriga kan höra?(Offentlighet och sekretesslagen 25 kap 1 §)	Antal	Procent
1. Alltid	2	4,65%
2. Ofta	4	9,30%
3. Ibland	14	32,56%
4. Sällan	20	46,51%
5. Aldrig	3	6,98%
6. Vet ej	0	0,00%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	3,42	

I vilken omfattning har överbeläggning förekommit under 2011?	Antal	Procent
1. I hög omfattning, överbeläggning förekommer nästan dagligen.	2	5%
2. Ofta, överbeläggning förekommer någon dag varje vecka	17	40%
3. Ibland, överbeläggning förekommer några dagar per månad	12	28%
4. Sällan, överbeläggning har enbart förekommit vid några enstaka tillfällen under 2011	10	23%
5. Aldrig, överbeläggning har inte förekommit under 2011	0	0%
6. Vet ej	2	5%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,88	

Var placeras patienten vid överbeläggning om de beläggningsbara vårdplatserna (vårdplatser med uttag för sug, syrgas och ringklocka) är upptagna? (Du kan lämna kommentarer intill svarsalternativen)	Antal	Procent
4. I I en extra säng på ett tvärbäddsrum		
1. Alltid	2	4,65%
2. Ofta	2	4,65%
3. Ibland	0	0,00%
4. Sällan	1	2,33%
5. Aldrig	35	81,40%
6. Vet ej	3	6,98%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	4,72	

4.2 Korridoren		
1. Alltid	1	2,33%
2. Ofta	0	0,00%
3. Ibland	1	2,33%
4. Sällan	16	37,21%
5. Aldrig	22	51,16%
6. Vet ej	3	6,98%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	4,56	
4.3 Dagrum		
1. Alltid	1	2,33%
2. Ofta	0	0,00%
3. Ibland	2	4,65%
4. Sällan	15	34,88%
5. Aldrig	23	53,49%
6. Vet ej	2	4,65%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	4,51	
4.4 Annat, nämligen		
1. Alltid	21	48,84%
2. Ofta	7	16,28%
3. Ibland	6	13,95%
4. Sällan	2	4,65%
5. Aldrig	2	4,65%
6. Vet ej	5	11,63%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,36	
Vilka konsekvenser kan överbeläggning leda till?	**Antal**	**Procent**
5.1 Brister i patientens personliga integritet		
1. Alltid	13	30%
2. Ofta	18	42%
3. Ibland	7	16%
4. sällan	3	7%
5. Aldrig	2	5%
6. Vet ej	0	0%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,14	
5.2 Bristande sekretess för patienten		
1. Alltid	11	26%
2. Ofta	17	40%
3. Ibland	8	19%
4. sällan	6	14%
5. Aldrig	1	2%
6. Vet ej	0	0%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,28	

6.3 Ökad risk för infektionsspridning		
1. Alltid	15	35%
2. Ofta	11	26%
3. Ibland	7	16%
4. sällan	8	19%
5. Aldrig	1	2%
6. Vet ej	1	2%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,35	
6.4 Annat, nämligen		
1. Alltid	16	37,21%
2. Ofta	8	18,60%
3. Ibland	2	4,65%
4. sällan	0	0,00%
5. Aldrig	0	0,00%
6. Vet ej	17	39,53%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	3,26	

Kan överbeläggningar leda till brister i arbetsmiljön?	Antal	Procent
1. Nej	0	0,00%
2. Ja, ökad stress	43	38,74%
3. Ja, överträdelse mot arbetsmiljöverkets krav på minst än 0,8 meter mellan sängarna	21	18,92%
4. Ja, belastningsskador	35	31,53%
5. Ja, annat, nämligen	12	10,81%
6. Vet ej	0	0,00%
Totalt	111	100,00%
Medelvärde	3,14	

I vilken omfattning har satellitpatienter förekommit på Din avdelning under 2011?	Antal	Procent
1. I hög omfattning, satellitpatienter förekommer nästan dagligen	0	0,00%
2. Ofta, satellitpatienter förekommer någon dag varje vecka	7	16,28%
3. Ibland, satellitpatienter förekommer några dagar per månad	25	58,14%
4. Sällan, satellitpatienter har enbart förekommit vid några enstaka tillfällen under 2011	11	25,58%
5. Aldrig, satellitpatienter har inte förekommit under 2011	0	0,00%
6. Vet ej	0	0,00%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	3,09	

Anser Du att omfattningen av satellitpatienter är godtagbar med avseende på patientsäkerheten? (Du kan lämna kommentarer i rutan intill svarsalternativen 1-2)	Antal	Procent
1. Jag anser att omfattningen av satellitpatienter är för hög för att patientsäkerheten, på ett tillfredställande sätt, skall kunna tillgodoses	28	65,1%
2. Jag anser att omfattningen av satellitpatienter inte är för hög för att patientsäkerheten, på ett tillfredställande sätt, kan tillgodoses	7	16,3%
3. Vet ej	8	18,6%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	1,53	

Vilka risker kan uppstå i samband med vård av satellitpatienter?	Antal	Procent
1. Inga risker	0	0%
2. Risk för fel i läkemedelshanteringen, då man får hantera läkemedelordinationer som man inte är van vid.	36	29%
3. Risk för att inte upptäcka tecken på försämringar hos patienter man inte är van vid att vårda	39	31%
4. Risk för att behandling och/eller ordinationer fördröjs då det kan dröja innan patienten blir "rondad"	42	34%
5. Annan risk, nämligen	7	6%
Totalt	124	100,00%
Medelvärde	3,16	

Anser Du att rutinerna, som ska säkerställa att satellitpatienter "rondas" under helger, också följs?	Antal	Procent
1. Följsamheten till rutinerna är bra	1	2%
2. Följsamheten till rutinerna är mindre bra	22	51%
3. Följsamheten till rutinerna är dålig	12	28%
4. Vi har inga sådana rutiner	8	19%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,63	

Anser Du att det finns tillräckligt antal vårdplatser inom din avdelning för att upprätthålla en god kvalitativ vård året om? (Du kan lämna kommentarer i rutan intill svarsalternativen 1-3)	Antal	Procent
1. Ja, vi har tillräckligt med vårdplatser året om för detta	7	16,28%
2. Nej, under en mindre del av året saknar vi tillräckligt med vårdplatser för detta	18	41,86%
3. Nej, under en större del av året saknar vi tillräckligt med vårdplatser för detta	15	34,88%
4. Vet ej	3	6,98%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	2,33	

Anser Du att antalet utskrivningsklara patienter inom Din avdelning är ett problem för att kunna tillgodose efterfrågan på vårdplatser?	Antal	Procent
1. Ja, det är ett stort problem	39	90,70%
2. Ja, men det är ett mindre problem	3	6,98%
3. Nej, det är inget problem	0	0,00%
4. Vet ej	1	2,33%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	1,11	

Anser du att det finns tillräckligt med enkelrum, inom den avdelning du arbetar på, för att upprätthålla sekretess och integritet? (Du kan lämna kommentarer intill svarsalternativen 1-3)	Antal	Procent
1. Ja, jag anser att det finns tillräckligt med enkelrum för detta	1	2,33%
2. Nej, jag anser inte att det finns tillräckligt med enkelrum för detta	42	97,67%
3. Vet ej	0	0,00%
Totalt	43	100,00%
Medelvärde	1,98	

I vilken omfattning får patienter med behov av enkelrum också ligga på ett enkelrum?	Antal	Procent
1. Alltid	0	0%
2. Ofta	9	21%
3. Ibland	24	56%
4. Sällan	10	23%
5. Aldrig	0	0%
6. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	3,02	

I vilken utsträckning har ni tillgodosett att döende patienter får ligga på enkelrum på Din avdelning?	Antal	Procent
1. Alltid	12	28%
2. Ofta	25	58%
3. Ibland	6	14%
4. Sällan	0	0%
5. Aldrig	0	0%
6. Vet ej	0	0%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	1,86	

Vilka konsekvenser kan bristen på enkelrum medföra?	Antal	Procent
16:1 Brister i patientens personliga integritet		
1. Alltid	17	39,53%
2. Ofta	18	41,86%
3. Ibland	7	16,28%
4. Sällan	1	2,33%
5. Aldrig	0	0,00%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	1,81	
16:2 Ökad risk för infektionsspridning		
1. Alltid	18	42%
2. Ofta	15	35%
3. Ibland	8	19%
4. Sällan	2	5%
5. Aldrig	0	0%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	1,86	
16:3 Bristande sekretess för patienten		
1. Alltid	19	44%
2. Ofta	16	37%
3. Ibland	8	19%
4. Sällan	0	0%
5. Aldrig	0	0%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	1,74	

16.4 Att patienter som måste isoleras pga. risk för smittspridning tränger undan andra patientgrupper med behov av enkelrum		
1. Alltid	18	42%
2. Ofta	19	44%
3. Ibland	6	14%
4. Sällan	0	0%
5. Aldrig	0	0%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	1,72	
16.5 Annat, nämligen		
1. Alltid	4	9,30%
2. Ofta	4	9,30%
3. Ibland	6	13,95%
4. Sällan	7	16,28%
5. Aldrig	22	51,16%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	3,81	

Vart arbetar du?	Antal	Procent
1. Kirurgi	11	25,58%
2. Medicin	19	44,19%
3. Ortopedi	13	30,23%
4. Annan arbetsplats, nämligen (Du går vidare till slutet av enkäten, klicka där på knappen skicka)	0	0,00%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	2,05	

Hur länge har Du arbetat på den klinik Du angav föregående fråga?	Antal	Procent
1. Mindre än 1 år	0	0,00%
2. 1 till 5 år	15	34,88%
3. 5 år eller mer	28	65,12%
Totalt:	43	100,00%
Medelvärde:	2,65	

Bilaga 4. Kommentarer från enkätbesvararna

Var placeras patienten vid överbeläggning om de beläggningsbara vårdplatserna (vårdplatser med uttag för sug, syrgas och ringklocka) är upptagna? (Du kan lämna kommentarer intill svarsalternativen)
19. Annat, nämligen:
Behandlingsrum finns sug syrgas o ringklocka
Behandlingsrum
extra säng på 4-sal
Extrasäng på 4-sal
Tekniska platser
femte säng på 4 sal alternativt behandlingsrum
rehabiliteringsrummet
Rehabrummet/förådet.
Det finns salar som vi kan öppna upp vid överbeläggning
fyrsal x-säng hörn stiga upp åt en sida, trångt
extrasäng på fyrsal

i en extrasäng på fyra bäddsrum
Behandlingrum el läkarexp
behandlingsrum/ läkarexpedition
På en extra säng på en 4-bäddsal.
Behandlingsrum
Extrasäng på 4-bäddsrum med sängen med ena långsidan mot väggen.
Läkar exp alt behandlingsrummet
Behandlingsrum för akuta insatser. Expeditioner.
läkarexp. och behandl.rum
Undersökningsrum
Läkarexp
Behandlinsrum
på platsen till pat. som vårdas på IVA
BEHANDLINGSRUM
Extra säng på 4-bäddsrum
Våra överbeläggningar är oftast på xtraplats på 4sal
Extra säng på 4bäddsrum (som pat nr 5)
behandlingsrum
Dagvårdsrum
Dagvårdsplatser
2 st dubbelrum som används för planerad verksamhet används då det blir överbeläggningar.
dagvårdsplatser
tekniska platserna

Vilka konsekvenser kan överbeläggning leda till?
19. Annat, nämligen
Ohållbar arbetsmiljö för personalen. Ökad förväxlingsrisk. Ökad risk för att missa viktiga åtgärder, tex provtagningar mediciner. Pat får en mycket sämre omvårdnad pga för hög arbetsbelastning. Risk för trycksår på pat.
Patientsäkerhet både för överbelaggd pat samt övriga inneliggande då behandlingsrum ockuperas.
arbetsmiljöproblem då sängen står mot en väg och det är sällan som en patient klar sig i och ur säng-en själv
Kan vara säker på rummet som patienten kan gå in och snubbla på
Pat säkerheten äventyras.
Bristande patientsäkerhet pga av överbelastning för personal. Dvs Hinner inte med att ta hand om alla patienter.
Lägre patientsäkerhet r/t för många patienter
Försämrad arbetsmiljö, risk för stickskador, ökad stress osv
Sämre arbetsmiljö för personalen. Risk för stickskador vid provtagning, risk för arbetsskador vid hjälp till mobilisering. Orloliga pat då det är fler på rummet.
att behandlingsrum är upptaget och en annan patienten blir dålig och är i behov av behandlingsrum.
Risk för samtliga komplikationer som finns. Vid akut insjuknande tex hjärtstopp kan ej HLr utföras.
Det akuta behandlingsrummet överbeläggs med patient vilket innebär att om annan patient blir akut försämrad minskar möjligheterna till snabba akuta insatser.
Då vi ofta har så svårt sjuka patienter och knappt hinner ge dom den vård de behöver är en "överbe-läggn. pat." inte önskvärd. Vi är för få personal. En patient som hamnar på en läkar.exp kan dessutom ej larma vb då det inte finns ringledning där.
Överbelastning för personalen. Finns ej tid för adekvat vård/omvårdnad.

extra arbetsbelastning på personalen som kan leda till fel behandling.
Bristande vårdsäkerhet
mer arbete
Stress bland personalen, otrygg vård för patienten
Kan ej ge omvårdnad i full utsträckning
Personalresurserna för små för att ge fullgod vård.
För stort antal patienter i relation till bemanning leder till sämre kontroll, risk för sänkt vårdkvalité
Äventyrar patientsäkerheten
Ej tillräcklig tillsyn av pat, pga pat platsens fysiska placering, ej uppbemannat med personal.
Oklarheter vilken läkae som skall ronda samt att ordinarie personal får en mycket tyngre arbetsbelastning vilket leder till sämre vård av alla patineter på enheten.
Risk för patientsäkerheten med tanke på hög arbetsbelastning för personal. Risk för förväxling när pat byter plats.

Kan överbeläggningar leda till brister i arbetsmiljön?
6 Ja, annat, nämligen:
Risken att göra fel ökar, för många arbetsuppgifter att hålla reda på när pat antalet ökar.
svårare att bevaka patienten
Ökad risk för stickskador då personal en kan sitta bra för att sticka.
extra säng står jämte väggen på en fyr sal
Raster kan ej tas ut vilket också påverkar patientsäkerheten.
försumlighet
fallrisk etc.
Underbemanning
Bristande isoleringsmöjligheter
Utbrändhet

Vilka risker kan uppstå i samband med vård av satellitpatienter?
5 Annan risk, nämligen:
ordinationer som är självklara på en avd, missas på sat avd. DåDr ej tänker på att förklara det "självklara".
Vårdrelaterade skador då rutiner ej efterföljs. Förlängda vårdtider då korrekt mobilisering inte sker pga okunskap.
Risk för fel i överrapporteringen av patienten mellan klinikerna, kommunikationsbrister
Svårigheter att föra journal på rätt klinik. Medför ofta extrajobb då det händer att pat journalförts i fel klinik(särskilt om pat kommit till avd under helg då inga sekreterare finns på avd)
Kirurgi/ortopedi-satellitpatienter får ofta en fördröjd mobilisering efter operationer när de ligger på andra kliniker, pga nedsatt kunskap, leder till risk för proppbildning, trycksår m.m.
Patienter får ej den information de skulle fått om de vårdats på rätt klinik. Rehabilitering kan dröja pga att pat är på fel klinik
Att vi inte har rätt generella ordinationer.
Svårt att använda journaler på patienter från annan klinik, man har inte behörighet till alla.

Vilka konsekvenser kan bristen på enkelrum medföra?
21 Annat, nämligen:
Pat självbestämmande.
Pat med stort omvårdnadsbehov

Dementa, oroliga pat får ota ligga på flersalsrum, ofta 4-salar(ibland 5 pat). Patienter blir mer oroliga, får flyttas ut nattetid för att ligga på behandlingsrum eller läkarexp.
mindre utrymme för personalen på att patienten inte ligger på ett enkelrum.
Pat som mår dåligt psykist kan vara i behov att ligga ensamma, pat med extravak/pollsvakt.
Patienter med behov av isolering isoleras på dubbelrum vilket tar bort annan vårdplats.
att anhöriga inte kan vara hos pat. dygnet runt
?
Trångt utrymme för såväl patient som personal, vid ex. påsdialys om patienten ska dela rum med en vårdkrävande granne (tas med lyft ex)
Infektionskänsliga patienter som har behov av isolering isoleras inte
Infektionskänsliga patienter i behov av enkelrum får ej det, detta kan leda till svåra infektioner.
Döende patienter avlider på rum med annan patient. Medpatient hör allt som sägs på rond mm.

Om du anser dig klar med enkäten klicka på knappen skicka. Tack för din medverkan. --I rutan kan du lämna ytterligare kommentarer.
I
Ett annat stort problem är att det är svårt att få tag på vikarier vid vakanser kan få ringa 30-40 utan resultat. kanske inte har med detta att göra. Men det påverkar indirekt vården då man ibland får gå kort eller jobba dubbla pass vilket leder till patient säkerhetsrisker.
Pat med sepsis o septisk artrit el övriga infektioner läggs på ortopeden. Infektionsavd har få platser. Får använda en tvåsal till enkelrum. Måste flytta omkring patienter för att kunna lägga in infekterade som kräver enkelrum. Oroliga patienter som vistas på en fyrsal eller tvåsal måste nattetid flyttas till läkarexp alt behandlingsrum för att ej störa medpatienter. Vi har inga andra alternativ.
Än mer katastrofalt att man stänger ner platser under tex påsk och sommar när det i regel är ännu mer folk/turister i rörelse. Dessutom har vi stor planerad operativ verksamhet som ej går att dra ner på sommaren (tex canceroperationer) och det är inte förlåtligt att dessa ska få uppskjuten behandling pga neddragna platser!!
Det borde inte finnas 4 salar på sjukhuset. Inför fler enkelrum samt 2 salar

Jämtlands Läns Landsting

7:1

Kontaktperson vårdgaranti JLL
Marie Norlén
Tfn: 063 14 24 75
E-post: marie.norlen@jll.se

2011-12-27 LS/1622/2011

Landstingets revisorer

Svar på revisorernas granskning angående vårdgarantin inom JLL (LS/1622/2011)

Redovisning av åtgärder utifrån granskningen av de övergripande revisionsfrågorna om,
1. finns det en tillfredsställande kontroll av att vårdgarantin inom specialistvården klaras långsiktigt och
2. om en god tillgänglighet kan tillgodoses för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin.

Revisorernas frågeställningar:

Skillnader i kännedom om landstingets mål och regelverk bland de områden som granskats
I granskningen nämns att genomslaget av attityder och kännedom om landstingets mål och regelverk för vårdgarantin (0-7-90-90) är ojämnt mellan de områden som granskats. En av anledningarna till detta kan vara att dessa områden berörs olika av kömiljarden (60-60). I rapporten granskas område psykiatri, ortopedi och område rehabilitering och reumatologi (RHR).

Område ortopedi som har första besök och behandling som mäts i kömiljarden, har en komplexitet att klara tillgängligheten utifrån att i stort sett hela deras planerade verksamhet finns med i mätningen av kömiljarden. Kravet är att klara balansen mellan besök och behandling och det finns en förväntan att de har en hög kunskapsnivå vad gäller regler och riktlinjer. Ortopedområdet har av den anledningen lagt ner tid på att ge personalen kunskap vad gäller information om rättigheter för patienterna vid val av annan vårdgivare för exempelvis behandlingsgarantin och kunskaper om regelverk och anvisningar för såväl vårdgarantin som kömiljarden.

Verksamhetsområdena RHR och Psykiatri har vårdgarantin att följa för både besök och behandling. Områdena ingår också i kömiljardsmätningen, men då endast utifrån första besök (ej behandling).

Alla patienter omfattas idag av vårdgarantin vad gäller första besök och tillgänglighet till behandling när en medicinsk bedömning skett. Vårdgarantin gäller till olika specialister inom den specialiserade vården; läkare, sjukgymnaster, specialistsjuksköterskor etc. Det är dock endast besök till läkare och behandling hos läkare som mäts enligt SKL:s anvisningar, förutom inom några särskilda områden då andra yrkeskategorier omfattas. Inom JLL, mäts i hög grad att lagen om vårdgaranti efterlevs.

Avsaknad av strategi för vårdgarantin, hur klara vårdgarantins krav - / kömiljarden - långsiktigt perspektiv

Det framkommer i granskningen att JLL har bra rutiner och regler för vårdgarantin och kömiljarden, men att det saknas en uttalad landstingsgemensam tydlig strategi eller handlingsplan för att kort- och långsiktigt klara tillgängligheten. I uppdragen till verksamheterna finns tydliga mål som skall uppfyllas vad gäller vårdgarantin.
Vid införandet av kömiljarden begärde Socialdepartementet in en handlingsplan av landstinget där både kort och långsiktiga åtgärder/aktiviteter mm skulle specificeras för åren 2009 och 2010. Den handlingsplanen har JLL genomfört och följt upp.
I arbetet framåt med vårdgarantin 2013 och inför kömiljarden 2012, kommer JLL att upprätta en handlingsplan som kompletterar de uppdrag som verksamheterna har.
Liknande handlingsplaner tas nu i dagarna fram inom flertalet landsting utifrån de förutsättningar som Socialdepartementet ger enligt protokoll 1:7 , regeringssammanträde 2011-12-15 (S2011/11007/FS).

Det saknas kontrollsystem för att följa upp ev. undanträngningseffekter

Ett av de områden som granskningen pekar på, och som ledningen också tittat på är den så kallade undanträngningseffekten. I rapporten nämns att ett "flertal vittnesmål" har omnämnt att undanträngning av bl a kroniska patienter kan finnas i verksamheten. Att använda tyckanden och inte fakta, är mycket olyckligt i dessa sammanhang.

Återbesöks statistik följs inom de flesta områden idag och balanseras i förhållande till antalet förstabesök och behandlingar/åtgärder. Under våren 2011 började flera områden inom JLL följa återbesöksstatistik och patientens återbesöks målvärde för att utifrån detta dra slutsatser. Under senhösten har en sammanställning gjorts där socialstyrelsen (SoS) varit involverad.

En samstämmighet finns nu nationellt om ett antal mått som möjligtvis är de jämförbara tal som behövs för att följa upp undanträngningseffekten utifrån fakta.
Det är viktigt att hitta ett så säkert och faktabaserat instrument som möjligt för att följa detta, och det arbetet görs i dag i samverkan med övriga landsting och SoS.

Risker för undanträngningseffekter vad gäller balansen mellan första besök och återbesök kan finnas. Det finns också en risk att verksamheten blandar ihop de utbudsbegränsningar som genomförts i JLL:s prioriteringsarbete, med rekommendationer om antal återbesök mm utifrån ny teknik och nya vetenskapliga rön och vilken påverkan det har haft på vårdgarantin/kömiljarden.

En mottagningsverksamhet inom JLL som ser en viss undanträngningseffekt är ögonmottagningen, där framför allt kroniskt sjuka patienter med kontroller och uppföljningar över tid får sin tid framflyttad, detta kan vara ex patienter med grönstarr och diabetes . Inom område kirurgi märks också en tendens att vissa benigna diagnoser får stå tillbaka något och på återbesöksstatistiken märks att det finns en "undanträngningseffekt", oavsett orsaken. De årsuppföljningar som skall göras blir genomförda, men inte inom måldatum, utan senarelagda/fördröjda.

Inom allmänpsykiatri, ortopedi och mottagningarna inom medicinområdet, kan idag inte någon faktabaserad undanträngningseffekt p g a kömiljarden påvisas.
Inom område ortopedi ser man en ökning av återbesök och nybesök, de akuta och subakuta besöken kommer ändå in inom tidsgränsen för den medicinska prioriteringen. Kvinnosjukvården har sedan 2004 följt både nybesök och återbesök och hur väntetiderna för måldatum ser ut. Där syns ingen undanträngningseffekt.

Det finns ett förbättringsarbete att göra inom området undanträngningseffekt , och det arbetet bör gå hand i hand med det nationella arbetet. En utökning av mätpunkter som följer undanträngningseffekter är viktig.

Behov av att förtydliga vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamhetsområdena och att det utformas en adekvat modell för stöd och uppföljning

Arbetet med en gemensam modell för produktionsplanering startade våren 2010 inom JLL, då ett antal nyckelpersoner från olika verksamhetsområden och staber träffades för att titta på vilka modeller som fanns nationellt och vilka modeller som skulle vara lämpliga för JLL. Ett flertal modeller inom hälso- och sjukvården nationellt återfanns. Den gemensamma nämnaren för dessa modeller innebar att sätta behov av vård och mål per år först, för att sedan planera resurserna per år, månad och vecka, i exempelvis antal åtgärder. Arbetet utmynnade i två mindre pilotarbeten inom kirurgi och ortopedi. Arbetsgruppen blev enig om att en gemensam färdig modell inte fanns, men att ett antal mycket intressanta projekt pågick nationellt. En viktig framgångsfaktor som framkom för att lyckas i arbetet, är chefernas/ledarnas medverkan.

Nationellt har ett utbyte av erfarenheter kring produktionsplanering skett, i hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk, inom nätverket för vårdgaranti och inom de nationella utvecklingscentrumen. SKL fick i uppdrag av hälso- och sjukvårds direktörerna för alla landsting att arrangera erfarenhetsutbyte nationellt för produktionsplanering, eftersom flertalet landsting påbörjat arbetet, men inte funnit en färdig modell. Erfarenhetsmötena har nyligen genomförts och sammanställning av dessa seminarium finns för spridning på SKL:s hemsida. Under december kommer de som deltog från JLL att träffas för att sammanfatta vilka erfarenheter de tagit med från seminarierna och ge förslag på hur JLL skulle kunna komma vidare . Underlaget från den gruppen lämnas till landstingsdirektören. Utifrån detta bör ett uppdrag utformas. Det är viktigt att påpeka att seminariernas utgångspunkt var tillgänglighet.

Landstingets redovisning och ekonomiska uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys av kostnadseffektiviteten i arbetet med vårdgarantin

För att kunna följa upp , utvärdera och analysera arbetet med kostnader för insatta resurser och andra utgifter för kömiljardssatsningen krävs att kostnader för detta kan härledas i befintliga system, vilket inte är fallet idag. Det som med säkerhet kan säga, är att arbetet i " kömiljardsgruppen" har lett till att problematiken kring detta lyfts fram. I perspektivet att undanträngningseffekten kan mätas på ett mer faktabaserat sätt för 2012, där också patientsäkerhets problematiken ingår och kriterierna för utbetalning av

medel kommer att vara som under 2011, finns möjlighet att arbeta på en förbättrad ekonomisk uppföljning under 2012.

Under år 2011 har respektive verksamhetschef tillsammans med områdesekonom analyserat eventuella merkostnader i samband med kösatsningar , för att sätta det i förhållande till intäkter av kömiljarden. I "kömiljardsgruppen" har diskussioner förts som lett till att mindre dyra ingrepp köpts in och tyngre kirurgi gjorts i egen regi. Här har det varit ett aggregerat resultat som redovisats, där alla områden bidragit utifrån sina förutsättningar.

I samband med detta finns också ett etiskt, moraliskt resonemang som är viktigt utifrån att det är behovet av vård som skall styra arbetet i hälso- och sjukvården. Det är mycket viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

För att följa upp, utvärdera och analysera arbetet bör samverkan med verksamhetsrepresentanter, ledningsstab ekonomi och ledningsstab hälso - och sjukvård initieras, där en modell för utvärdering och analys av kostnadseffektivitet tas fram.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

Jämtlands Läns Landsting

7:5

Missiv

Landstingets revisorer

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

2011-10-03

Dnr REV/11/2011

Landstingsstyrelsen

Granskning av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting

Revisionskontoret har på vårt uppdrag och med hjälp av Capire Consulting AB granskat Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting.

De övergripande revisionsfrågorna har varit att undersöka *om det finns en tillfredsställande kontroll av att vårdgarantin inom specialistvården klaras långsiktigt* samt *om en god tillgänglighet, för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin, kan tillgodoses.*

Granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning och stab, chefer för verksamhetsområdena, enhetschefer samt kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor inom verksamhetsområdena RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri. Granskningen har även omfattat en enkätundersökning till enhetschefer, avdelningschefer för läkaravdelning, schemaläggande läkare, schemaläggande sjuksköterskor, vårdutvecklare samt vårdgaranti- och eller operationskoordinatorer inom de tre berörda områdena, totalt 42 personer.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Vi konstaterar att "Lagen om vårdgaranti" och kömiljardsatsningar har haft en tydligt pådrivande effekt för att minska väntetiderna i landstingets vårdverksamhet. För patienterna i Jämtland har införandet inneburit en avsevärd minskning av väntetiderna. Vår bedömning är att landstinget har mål för vårdgarantiarbetet som är tydliga liksom att det finns regelverk och anvisningar för detta arbete. Rapporteringsrutinerna förefaller, enligt vad som framkommit, vara tillförlitliga, väl fungerande och väl förankrade i verksamheten.

Granskningen visar dock sammanfattningsvis att det inte finns tillräckliga kontroller för att säkerställa att vårdgarantin klaras långsiktigt.

I det följande redovisas de områden som behöver förbättras.

- Vi bedömer att arbetet med vårdgarantin har hög prioritet i landstinget och ägnas stor uppmärksamhet av landstingets tjänstemannaledning. Trots detta förefaller genomslaget i organisationen vara ojämnt. Granskningen visar en betydande skillnad i kännedom och attityd till landstingets mål och regelverk bland de

områden som ingått i granskningen. Det behövs enligt vår mening att landstingets intentioner på ett tydligare sätt förankras inom samtliga verksamheter.

- Verksamheterna som ingått i granskningen har enligt uppgift genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins och kömiljardens krav. Vissa av dessa anpassningar har dock varit av kortsiktig karaktär t.ex. extra öppethållande, extra mottagning mm. För att långsiktigt klara vårdgarantin och att upprätthålla en tillfredsställande arbetsmiljö för medarbetarna bör planeringen av verksamheten och anpassningsåtgärderna ha ett mer långsiktigt perspektiv.
- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Granskningen visar att inställningen till och ambitionerna med produktionsplanering varierar bland de granskade områdena. Det förefaller finnas behov av resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.
- Granskningen visar att det finns mycket få data kring undanträngningseffekter d.v.s. om kömiljarden haft någon negativ påverkan på tillgängligheten för de patientgrupper som inte omfattas av garantin. För att uppnå kraven för kömiljarden finns enligt uppgift en fokusering på de åtgärder som ger mest resultat i förhållande till insats. Denna strävan efter följsamhet till kömiljardens kriterier kan medföra risk mot patientsäkerheten. Vi rekommenderar därför att landstingsstyrelsen skapar kontrollsystem för att förebygga och varna för eventuell undanträngning av patienter som inte omfattas av vårdgarantin. En viktig källa i det sammanhanget är patienternas upplevelser.
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys av kostnadseffektiviteten i arbetet med vårdgarantin.

Vi emotser senast den 1 december 2011 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Jöns Broström
V ordförande

Bilaga
Rapporten Granskning av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
VO cheferna för de granskade områdena
Chefen för ledningsstab ekonomi

Capire

7:7

Granskning av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting

Dnr: LS/1019/2011

September 2011
Dag Boman
Anna Hedlin
Mari Månsson
Lars-Bertil Arvidsson

Capire 7:8

Innehåll

1 SAMMANFATTNING 3

2 GRANSKNINGENS SYFTE OCH GENOMFÖRANDE 4

2.1 BAKGRUND OCH SYFTE 4
2.2 UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE 5

3 ALLMÄNT OM VÅRDGARANTIN OCH "KÖMILJARDEN" 6

3.1 LAGEN OM VÅRDGARANTIN 6
3.2 KÖMILJARDEN 6

4 GRANSKNINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR 7

4.1 VÅRDGARANTINS UTFORMNING OCH STYRNING I JLL 7
4.2 VERKSAMHETERNAS HANTERING AV VÅRDGARANTIN 11
4.3 VÅRDGARANTI OCH PATIENTSÄKERHET 16
4.4 KOSTNADSEFFEKTIVITET 17
4.5 RAPPORTERING 20

5 ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA 21

5.1 ÖVERGRIPANDE BEDÖMNING 21
5.2 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN 22

6 INTERVJUPERSONER 23

BILAGA - ENKÄT OM VÅRDGARANTIN 24

Capire

7:9

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande
Revisorerna i Jämtlands läns landsting har uppdragit åt Capire att göra en granskning av vårdgarantin inom specialistsjukvården.

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning och stab, chefer för verksamhetsområdena, enhetschefer samt kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor samt en särskild enkät inom de berörda verksamhetsområdena RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden juni till september 2011.

Övergripande revisionsfråga
Den aktuella granskningen tar upp två centrala aspekter på Jämtlands läns landstings arbete med vårdgaranti. Frågeställningarna är om det finns en tillfredsställande *kontroll för att klara vårdgarantin långsiktigt* samt om en god *tillgänglighet för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin* kan tillgodoses.

Sammantaget är vår bedömning att det inte finns en tillräcklig kontroll för att *klara vårdgarantin långsiktigt.* Vi bedömer att det är centralt för landstinget att utveckla hittillsvarande strategier, bl a genom att höja ambitionen och förstärka styrningen av den produktionsplanering som inletts. Likaså behöver en mer systematisk utvärdering komma till stånd.

Vårdgarantins regelverk skapar teoretiskt en risk för att återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom trängs undan. Vi ser inga objektiva tecken i avvikelsesystem eller öppna jämförelser som tyder på *undanträngningseffekter* men har ett flertal vittnesmål om att detta är fallet. Vi bedömer att kontrollsystemen för närvarande inte är tillräckliga. Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för undanträngningseffekter.

Förutsättningar att långsiktigt klara vårdgarantin
Landstingets tillgänglighet har förbättrats. Landstingets mål för tillgänglighet är tydliga och de följs upp kontinuerligt. Landstinget har även ett tydligt regelverk för vårdgarantiarbetet. Frågan har hög prioritet i landstinget och ägnas stor uppmärksamhet av landstingets tjänstemannaledning. Trots detta har vi funnit att genomslaget är ojämnt bland de undersökta verksamheterna. Utöver de gemensamma reglerna finns ingen uttalad landstingsgemensam tydlig strategi för hur vårdgarantin ska uppnås och långsiktigt upprätthållas. Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna.

Verksamheternas anpassning
De tre verksamhetsområden som ingår i granskningen har genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins krav. Inom psykiatrin och RHR är det otydligt vilka ambitionerna är med produktionsplanering. Längst av de tre verksamhetsområdena har ortopedin kommit, men arbete med att utveckla en planering som även inkluderar bemanning och kapacitet återstår även här. Verksamhetsområdena behöver adekvat stöd och förbättringsarbetet följas upp och utvärderas.

Eventuell undanträngningseffekt
Vårdgarantins regelverk premierar nybesök vilket kan riskera att tränga undan återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom. Enligt vår bedömning är det troligt att återbesök för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har glesats ut under senare år. Det är dock svårt att särskilja effekter som beror på vårdgaranti och kömiljard från andra förändringar.

7:10

Capire

Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för sådana effekter.

Kostnadseffektivitet
Vår bedömning är att landstinget i stor utsträckning arbetar med ambitionen att få ut mesta möjliga vård i relation till insatserna. En försiktig bedömning är att de extra satsningar som gjorts har föranlett begränsade merkostnader. För närvarande saknas det underlag för att bedöma om det är kostnadseffektivt för landstinget att uppnå de krav som ställs för att kunna ta del av kömiljarden Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys.

Rapportering
De rapporteringsrutiner som finns bedömer vi vara tillförlitliga och väl förankrade i verksamheten. I tillämpningsanvisningarna framgår regelverket för vårdgarantin och hänvisning finns till reglerna för kömiljarden. Rutinerna för rapportering fungerar väl och landstinget vet varje månad hur verksamheterna ligger till i förhållande till kraven för kömiljard och vårdgaranti.

Förbättringsområden
Under arbetet med granskningen har särskilt följande förbättringsområden noterats:

- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Det behövs, enligt vår bedömning, även resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.
- Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för risker för undanträngning av patienter som inte omfattas av vårdgarantin.
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning av vårdgaranti-/kömiljardarbetet bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys.

2 Granskningens syfte och genomförande

2.1 Bakgrund och syfte

Landstingets revisorer har bedömt att det är angeläget att genomföra en granskning av vårdgarantin inom specialistsjukvården.

Landstinget har under flera år uppfyllt kraven i "kömiljarden", genom bl a extrasatsningar, som t ex kvällsmottagning inom ortopedin. Revisorerna har dock noterat en viss tillbakagång av tillgängligheten efter att man passerat de mätperioder som ingår i mätningen av "kömiljarden". Revisorerna bedömer att de återkommande extrasatsningarna, för att klara "kömiljarden", i längden kan komma att bli alltför ekonomiskt påfrestande för landstinget och att möjligheten att långsiktigt klara vårdgarantin därmed minskar.

I några verksamhetsberättelser har revisorerna kunnat notera att vårdgarantin har klarats på bekostnad av att patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin, t ex de med kroniska sjukdomar, fått stå tillbaka när det gäller tillgängligheten till återbesök. Revisorerna har därför bedömt att det kan finnas risk för en undanträngning av vissa patientgrupper i samband med att vårdgarantin ska klaras.

Den övergripande revisionsfrågan att svara på är om landstingsstyrelsen har en tillfredsställande kontroll av att vårdgarantin inom specialistsjukvården klaras långsiktigt, samtidigt som en god tillgänglighet för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin kan tillgodoses.

7:11

Capire

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

1. Finns det en utarbetad strategi och/eller handlingsplan för att långsiktigt klara vårdgarantin inom specialistsjukvården och i så fall sker en tillfredsställande uppföljning och kontroll av att dessa strategier och handlingsplaner följs?
2. Har berörda verksamhetsområden i sin planering anpassat verksamheten utifrån vårdgarantins krav, med exempelvis produktionsplanering?
3. Hur säkerställs att patienter, som står utanför vårdgarantin, inte drabbas av en eventuell undanträngningseffekt i samband med att vårdgarantin ska klaras?
4. Finns en tillfredsställande uppföljning och utvärdering av de extra satsningarna som görs/gjorts för att klara "kömiljarden" utifrån ett kostnadseffektivitetsperspektiv?
5. Finns det en tillfredsställande intern kontroll som säkerställer en rättvisande rapportering av uppgifter i vårdgarantin dvs. att rapportering sker i enlighet med gällande regler och anvisningar?

Granskningen är avgränsad till följande verksamhetsområden RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri.

Revisionskriterier
Uppfylls kraven enligt:

- Hälso- och sjukvårdslagen 2 § prop. (1996/97:60)
- Lag om vårdgarantin prop. (2009/10:67)
- Kommunallagen 6 kap 7 §
- Landstingsplanen

2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med representanter för landstingets ledning och stab, chefer för verksamhetsområdena, enhetschefer samt kliniskt verksamma läkare och sjuksköterskor inom verksamhetsområden RHR (Rehabilitering och Reumatologi), Ortopedi och Psykiatri.

Inom ramen för arbetet har genomförts en enkät som riktats till enhetschefer, avdelningschefer för läkaravdelning, schemaläggande läkare, schemaläggande sjuksköterskor, vårdutvecklare samt vårdgaranti- och eller operationskoordinatorer inom de tre berörda verksamhetsområdena. Enkäten riktades till 42 personer. Svarsfrekvensen är 67 procent. Antalet svarande från verksamhetsområdet RHR är lågt varför resultaten därifrån inte redovisas.

Ansvarig projektledare vid landstingets revisionskontor är Jan-Olov Undvall, certifierad kommunal revisor. Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Anna Hedlin, kvalitetsansvarig, Lars-Bertil Arvidsson samt Mari Månsson. Projektet har genomförts i nära samråd med Majvor Enström och Jan-Olov Undvall som representanter för uppdragsgivaren.

Tjänstemän inom berörda verksamheter har fått möjlighet att faktagranska texter om iakttagelser i rapporten. Substans- och faktagranskning har utförts för att i verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden juni till september 2011.

7:12

Capire

3 Allmänt om vårdgarantin och "kömiljarden"

3.1 Lagen om vårdgarantin

Den första juli 2010 trädde lagen om vårdgaranti i kraft. Vårdgarantin var, innan den blev en lag, en överenskommelse mellan regeringen och landstingsförbundet att ge patienterna vård inom nedanstående tider. Överenskommelsen trädde i kraft i november 2005. Trots att överenskommelsen funnits under flera år, uteblev de önskade effekterna, varför överenskommelsen istället förvandlades till en lag.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska landstinget, efter lagändringen, erbjuda dem som är bosatta inom landstinget vårdgaranti. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti, 0 dagar)
2. besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti, 7 dagar)
3. besöka den specialiserade vården (besöksgaranti, 90 dagar)
4. planerad vård (behandlingsgaranti, 90 dagar).

Om landstinget inte förmår uppfylla besöksgarantin eller behandlingsgarantin hos den specialiserade vården, ska landstinget se till att patienten kan få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Vårdgarantin gäller dock inte:

- återbesök
- om man av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- medicinsk service (exempelvis laboratorie- och röntgenundersökning)
- utredningar och undersökningar
- hjälpmedelsförsörjning (dock ingår utprovning av hörapparater i vårdgarantin)
- om patienten tackar nej till erbjuden vård hos annan vårdgivare (patienten kan i ett senare skede anta erbjudandet som vårdgarantin innebär).

3.2 Kömiljarden

Villkor för kömiljarden 2010
För att få ytterligare effekt på väntetiderna införde regeringen år 2010 en så kallad kömiljard. De landsting som klarade att uppfylla villkoren för kömiljarden, fick vara med och dela på en miljard kronor. Villkoren för kömiljarden baserades på lagen om vårdgaranti.

En förutsättning för att ett landsting skulle kunna få del av kömiljarden var att de rapporterat väntetider till databasen "Väntetider i vården". För att få del av medlen krävdes att svarsfrekvensen för inrapporteringen minst nådde upp till 95 procent.

De krav som ställdes år 2010 var att landstingen inom 90 dagar skulle klara av att erbjuda

- minst 80 procent av patienterna *besök* till specialist
- minst 80 procent av patienterna *behandling* i planerad specialiserad vård

De landsting som klarade dessa villkor fick dela på 900 miljoner kronor från staten. Återstående 100 miljoner kronor fördelades mellan de landsting som nådde ännu bättre resultat. Kraven för denna särskilda bonus var att 90 procent eller fler av patienterna fick besök respektive fick behandling inom 90 dagar inom specialiserad vård.

Capire

Om inget landsting nådde målet om 90 procent fördelades dessa 100 miljoner kronor istället mellan de landsting som uppnådde 80-procentmålet.

Villkor under år 2011
Inför 2011 beslöt regeringen att strama upp reglerna för kömiljarden. Kraven fastställdes i november 2010 och innebär att väntetiden för såväl mottagningsbesök som behandling har kortats ner till 60 dagar, med två målnivåer: 70 respektive 80 procent.

Kömiljarden fördelas så att de landsting som når målet att

- 70 procent får vård inom 60 dagar för *mottagningsbesök* får dela på 400 miljoner kronor
- 70 procent får vård inom 60 dagar för *behandling* får dela på 400 miljoner kronor
- 80 procent får vård inom 60 dagar för *mottagningsbesök* får dela på ytterligare 100 miljoner kronor
- 80 procent får vård inom 60 dagar för *behandling* får dela på ytterligare 100 miljoner kronor

Fördelningen mellan landstingen sker i relation till deras befolkningsunderlag. Mätning av resultat och utbetalning av kömiljarden sker månadsvis. Resultaten beräknas enligt följande:

> *Antalet väntande 60 dagar eller kortare (0-60) per månad dividerat med totalt antal väntande per månad, **inklusive** patientvald väntan.*

Resultat
Väntetiderna i den svenska sjukvården kan fortlöpande följas via en särskild hemsida - www.vantetider.se. Där noteras bl a från december 2010 att riksgenomsnittet för den andel av patienterna som väntat högst 90 dagar är 90 procent. I denna jämförelse är Jämtland tredje bäst i landet med 95 procent av patienterna som fått förstabesök inom 90 dagar. Snittet i riket för behandling (operation eller åtgärd) är 89 procent som får vård inom 90 dagar jämfört med 88 i Jämtland.

4 Granskningens frågeställningar

4.1 Vårdgarantins utformning och styrning i JLL

Revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är:

Finns det en utarbetad strategi och/eller handlingsplan för att långsiktigt klara vårdgarantin inom specialistsjukvården och i så fall sker en tillfredsställande uppföljning och kontroll av att dessa strategier och handlingsplaner följs?

4.1.1 Iakttagelser om vårdgarantins utformning

Mål för arbetet med vårdgarantin
Landstingets mål för vårdgarantin har fastställts i landstingsplanen. I Landstingsplan 2011 – 13 beskrivs följande mål för tillgänglighet.

Mätetal	***Målvärde***
Kontakt med hälsocentral samma dag	100 %
Besök hos allmänläkare inom 7 dagar	100 %
Besök inom specialiserade vården inom 90 dagar	Lägst 80 %
Behandling inom specialiserade vården inom 90 dagar	Lägst 80 %

Målen baseras på lagen om vårdgaranti och har för den specialiserade vårdens vidkommande samma målvärden som kömiljarden 2010.

Regler och organisation
Landstinget har lagtexten för vårdgaranti som utgångspunkt för sitt agerande. Inga kompletterande policys har beslutats. Landstingsdirektören beslöt i juni 2010 om tillämpningsanvisningar[1]. I dessa återges reglerna samt rekommendationer och definitioner som utarbetats vid SKL (Sveriges kommuner och landsting). I anvisningarna framgår vidare praktiska rutiner som ska tillämpas. Här beskrivs t ex hur vården ska agera om väntetiden beräknas överstiga 90 dagar, om patienten uteblir. Anvisningarna ger även tydliga instruktioner om hur vårdtiderna ska mätas och rapporteras.

Utöver anvisningarna har en för landstinget gemensam *handlingsplan* inte utarbetats. Detta med motiveringen att ansvaret för vårdgarantin återfinns på verksamhetsnivå.

Enligt vad som framkommer av intervjuer och dokument har frågan om väntetider och vårdgarantin *hög prioritet* inom landstingets ledning. Tillgänglighetsfrågorna är återkommande ämnen i ledningsgruppen. Verksamhetscheferna träffas halvårsvis exklusivt för att göra avstämningar av arbetet med vårdgarantin. Därutöver har tillskapats en sk "kömiljardgrupp" som möts minst en gång per månad. I gruppen återfinns verksamhetsområdescheferna för både opererande och övriga specialiteter.

I landstingsdirektörens stab finns en person som har rollen som kontaktperson för vårdgaranti och tillgänglighetsfrågor. I uppgiften ingår att initiera månadsuppföljningar, kvalitetssäkra underlaget samt vidareförmedla information och kunskap om utvecklingen, nationella förändringar i regler och rutiner mm inom landstinget.

Av intervjuerna framgår att regelverket i flertalet fall uppfattas som tydligt, avseende bl a verksamheternas ansvar, hantering av patienter som står utanför vårdgarantin samt hur patienter och anställda ska informeras.

Samma positiva bild framkommer i den enkät som genomförts riktad till personer med chefs- och eller planerings- och koordinationsroller. Ett flertal har angivit landstingets mål och regler är ganska eller mycket tydliga. Några förefaller (ca 15 procent) efterlysa något tydligare återrapportering om väntetider även om de flesta är nöjda. Samma sak gäller information till medarbetarna. En fjärdedel av respondenterna anger att det inte är tydligt hur personalens arbetstid ska planeras eller hur hänvisning av patienter till andra vårdgivare ska gå till.

På flertalet av ställda frågor i enkäten om *regelverkets tillämpbarhet* anger en stor majoritet av respondenterna i enkäten att så är fallet i ganska hög grad eller i hög grad. Enda undantaget är planering av arbetstidens personal där en tredje del av svarande anger i ganska låg grad eller i låg grad.

Resultaten av enkäten visar på en stor skillnad mellan ortopedi och psykiatrin. Att döma av enkätsvaren är kännedomen om regelverk och mål avsevärt större inom ortopedin än inom psykiatrin. Exempelvis uppger 83 procent av de svarande inom ortopedin att de har kännedom om landstingets anvisningar mot 42 procent inom psykiatrin. Inom psykiatrin är det 67 procent av de svarande som har ganska liten kännedom om målen för vårdgarantin.

Strategi
Införandet av kömiljarden 2010 föranledde landstinget att göra *särskilda satsningar* med extrapersonal, kvällsöppet o dyl i syfte att komma i balans vad gäller produktion och kö. Det betonas att detta avser enstaka insatser och arbetet med att klara garantin därefter ska ske inom den reguljära verksamheten.

---

[1] Tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting, version 1, 2010-06-21

Capire

7: 15

Från landstingsdirektörens sida har bedömts att det är väsentligt att verksamheterna börjar tillämpa sk produktionsplanering. Av de områdesspecifika uppdragen för 2011 framgår att verksamheterna *"ska bidra till gemensamma utvecklingen av modell för produktionsplaneringen"*. Detta ligger i anslutning till de flödesbeskrivningar som verksamheterna har till uppdrag att utföra. För närvarande drivs t ex ett projekt för bättre flöden inom operationsverksamheten. Närmare landstigsgemensamma riktlinjer för produktionsplanering är ännu inte beslutade och det framgår av granskningen att verksamheterna arbetar på olika sätt med denna fråga. Detta beskrivs närmare i nästa avsnitt.

Några uttalade *incitament* för att stimulera tillgänglighetsarbetet finns inte inom landstinget. Det framkommer samtidigt vid intervjuer att många under 2010 såg mycket positivt på att anstränga sig för helhetens bästa. Många uttrycker en stor stolthet över att målen uppfylldes och medel från kömiljarden föll ut till landstinget.

Bilden av situationen under innevarande år är inte lika ljus. Det är landstingets beslut att inkludera förväntade intäkter från kömiljarden i budgeten som ådrar sig kritik (se vidare avsnitt 4.4). De skärpta kraven, som offentliggjordes efter att budgeten antogs, medför att utfallet under 2011 antas bli avsevärt lägre än förväntat. En av de intervjuade uttryckte: *"Entusiasmen för detta är avsevärt mindre idag. I fjol hade vi en morot. I år har vi en piska"*. För verksamheterna har det i intervjuer uttalats att de förändrade reglerna för kömiljarden mellan 2010 och 2011 har inneburit en betydligt större stress i arbetet och att fokus har hamnat mer på att klara respektive månad, istället för att tänka långsiktigt och strategiskt. Fortfarande får landstinget ta del av medlen från kömiljarden, men jämfört med 2010 kommer den totala summan att sjunka avsevärt.

Det framgår av intervjuerna att kömiljarden inbjuder till taktiskt agerande: *"Vid mätning av tillgängligheten är förhållandevis små och mindre kostsamma ingrepp som en audionomundersökning lika mycket värd som en höftledsoperation"*.

Uppföljning och utvärdering
Resultatet av det löpande tillgänglighetsarbetet följs upp enligt anvisningarna och rapporteras vidare till SKL. Se avsnitt 4.5 om rapportering.

Landstingets ledning har lagt stor vikt vid att rätt information ska gå ut till landstingets anställda och att anvisningarna är kända och förankrade. Vid två tillfällen har det genomförts personalenkäter kring vårdgarantin och personalens inställning till denna. Vid det senare tillfället märktes att attityden gentemot vårdgarantin blivit mer positiv hos personalen. Verksamheterna förväntas lämna information vid reguljära uppföljningstillfällen om sin produktionsplanering. Utöver insamlingen av ovanstående uppgifter har ingen utvärdering av *hur* vårdgarantiarbetet utförts skett. Verksamheternas arbetssätt med tillgänglighet följs inte upp annat än genom muntlig redovisning vid reguljära möten och verksamhetsdialoger.

Effekter inom JLL av vårdgaranti och kömiljard
Införandet av vårdgaranti och kömiljard har inneburit en avsevärd minskning av väntetiderna för patienterna.

Om man jämfört totalt antal väntande patienter och patienter väntande över 90 dagar för att få besök eller åtgärd utförd mellan 2007 och 2010 är siffrorna som följer:

	2007	*2010*	*Differens %*
Besök, totalt antal väntande	4 177	2 554	- 38 %
Besök, väntande över 90 dagar	1 335	108	- 92 %
Åtgärder/op, totalt antal väntande	1 535	1 136	- 26 %
Åtgärder/op, totalt antal väntande över 90 dagar	573	190	- 67 %

Capire

7:16

Den vårdgarantiansvariga på landstinget gör bedömningen att siffrorna kommer att förbättras ytterligare för 2011. För de enskilda verksamhetsområdena finns inte statistik för besök längre tillbaka än 2009. Siffrorna för åtgärder/operation går inte att jämföra bakåt i tiden eftersom nya diagnoser har tillkommit efter hand.

Inom ortopedin har 21 patienter väntat över 90 dagar på besök hittills under 2011. Det är 3 procent av totalt antal väntande. Inom psykiatrin är motsvarande siffra 2 procent. Inom RHR har ingen väntat på ett nybesök längre än 90 dagar. Detta är i samtliga fall en avsevärd förbättring jämfört med tidigare år.

4.1.2 Bedömning och slutsatser om vårdgarantins utformning

Såsom framgått av ovanstående beskrivning har landstingets tillgänglighet förbättrats och antalet väntande utöver vårdgarantins stipulerade gränser har minskat. Några slutsatser som kan dras av granskningen är bl a att landstingets mål för tillgänglighet är tydliga och de följs upp kontinuerligt. Landstinget har även antagit ett tydligt regelverk och tydliga anvisningar för vårdgarantiarbetet. Det är tydligt att ansvaret för vårdgarantin ligger på respektive verksamhetsområde. Vi bedömer att såväl lagen om vårdgaranti som kömiljardsatsningarna har haft en tydlig pådrivande effekt för att kapa väntetiderna i landstinget.

Vår bedömning är att frågan har hög prioritet i landstinget och ägnas stor uppmärksamhet av landstingets tjänstemannaledning. Trots detta förefaller genomslaget i organisationen vara ojämnt. I denna undersökning har noterats en betydande skillnad i kännedom om och attityder till landstingets mål och regelverk mellan ortopedi och psykiatri. Vi bedömer att landstingets intentioner är väl förankrade inom ortopedin och i mindre utsträckning inom RHR och framförallt psykiatrin.

Utöver de gemensamma reglerna finns ingen uttalad landstingsgemensam strategi för hur vårdgarantin ska uppnås och långsiktigt upprätthållas. Verksamheterna är ålagda att bidra till den *"gemensamma utvecklingen av modell för produktionsplaneringen"*. För att detta arbete ska få ett ökat genomslag behövs en gemensam definition. Vi bedömer att det för närvarande är oklart hur arbetet med produktionsplanering ska drivas vidare.

Det uppföljningsarbete som genomförs är framförallt kopplat till väntetiderna. Vi bedömer att det är en brist att någon utvärdering av arbetets effektivitet inte har genomförts (t ex avseende uppnådda resultat av insatta ansträngningar och eventuella bieffekter i ett patient- eller arbetsmiljöperspektiv).

Vår bedömning är således att det finns flera styrkor i landstingets arbete med vårdgaranti och kömiljard. Strategin för att långsiktigt klara vårdgarantin är däremot inte tydlig. Verksamheterna har frihet att utforma arbetet på sitt eget sätt. Slutsatsen är att det inte sker en tillfredsställande uppföljning och kontroll av att landstinget bygger upp struktur och metoder för att långsiktigt klara kraven enligt lagen om vårdgaranti.

Våra bedömningar är att

- Landstingets mål för vårdgarantiarbetet är tydliga liksom dess regelverk och anvisningar.
- Lagen om vårdgaranti och kömiljardsatsningarna har haft en tydlig pådrivande effekt för att minska väntetiderna i landstinget.
- Landstingets intentioner är väl förankrade inom ortopedin och i mindre utsträckning inom RHR och framförallt psykiatrin.
- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Det behövs resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.

Capire 7:17

4.2 Verksamheternas hantering av vårdgarantin

Revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är:

Har berörda verksamhetsområden i sin planering anpassat verksamheten utifrån vårdgarantins krav, med exempelvis produktionsplanering?

4.2.1 Iakttagelser om verksamheternas hantering av vårdgarantin

Olika förutsättningar i de tre verksamheterna
De tre verksamheter som ingår i denna granskning har olika förutsättningar. Av ortopedins patienter omfattas i stort sett 100 procent av vårdgarantin. Inom RHR har en stor andel av patienterna kroniska sjukdomar. Deras återbesök omfattas inte av vårdgarantin. Samma förhållande gäller för delar av psykiatrin, bl a utredningar.

Vårdgarantins hantering inom ortopedin
Inom ortopedin bedrivs produktionsplanering baserat på hur många besök, återbesök, operationer osv som behöver utföras per år och vecka för att klara efterfrågan. Produktionsmål har satts upp per diagnos.

Denna plan bildar även basen för uppföljning i form av produktionsmöten med enhetschefer för läkaravdelning och mottagning, operationskoordinatorerna och sjuksköterska från mottagning. Vid dessa möten, som genomförs varannan vecka, följs upp vilka diagnosgrupper som har många väntande patienter och där extra vårdinsatser behöver planeras in. Sådana insatser kan handla om extra läkarresurser, remissmottagningar kvällstid, "temaveckor" på operation osv. Där verksamheten inte klarar vårdgarantin erbjuds patienten hjälp att söka vård vid annan vårdgivare.

Det uppges i intervjuer med representanter för verksamheten att nästa steg är utveckla kapacitetsplaneringen, dvs matcha resurserna till behoven. Här är man ännu inte framme vid en lösning. Det stora antalet subspecialiteter anges vara ett hinder för detta. *"Vi vet vad och hur man ska göra men inte fått till det bemanningsmässigt."*

Det uppges vidare att vårdgarantiarbetet medfört intensifierat samarbete med andra verksamheter, vilket t ex öppnat tillgång till operationssalar. Framförallt operationsverksamheten har en stor betydelse för att få till stånd ett bra flöde. Samarbete sker mellan ortopedi och operation med utgångspunkt från ortopedins produktionsplanering. Det görs bl a en matchning hur många operationer som är möjliga att göra på en vecka. Resultatet är bl a att fler tunga operationer som tidigare skickades till andra landsting har tagits hem.

Vårdgarantins hantering inom psykiatrin
Tillgängligheten har varit en fokusfråga inom psykiatrin under de tre senaste åren. Under dessa år har, enligt verksamhetens ledning, genomförts ett antal större projekt som syftat att skapa långsiktighet i arbetet. I dessa är köanalyser ett återkommande element. Exempel på andra frågor som berörts är remissrutiner. Denna typ av insatser uppges nu vara en naturlig del av planeringen.

Av intervjuer med anställda inom psykiatrin framgår att ett inslag i denna kraftsamling varit att gå igenom listor på alla väntande och att koncentrera resurser för att beta av köerna. Så skedde bland annat under hösten 2010. Detta gav effekt på väntetiderna. Samtidigt ifrågasätts bland de intervjuade om effekten är långsiktig.

Från psykiatrins sida framförs att renodlad produktionsplanering är mindre relevant inom det psykiatriska området än inom den somatiska vården. Det saknas en *gemensam handlings-*

Capire

7:18

plan inom verksamhetsområdet. En särskild plan finns dock inom neuropsykiatrin eftersom denna verksamhet har haft tillgänglighetsproblem. Bland intervjuade finns synpunkten att det är otydligt hur verksamhetsområdets strategi för en långsiktigt hög tillgänglighet ser ut. Personal som intervjuats uppger att de inte upplever att de är delaktiga i planeringsarbetet.

Vårdgarantins hantering inom RHR
RHR:s (Rehabilitering och reumatologi) verksamhet utmärks av att verksamheten har en stor andel patienter som är återkommande för återbesök, uppföljning av medicinering mm. Till skillnad från nya besökande patienter omfattas inte denna grupp av vårdgarantin. Varje läkare, inklusive stafettläkarna, ansvarar för sin väntelista och ska prioritera sin tid mellan nya och återbesökande patienter.

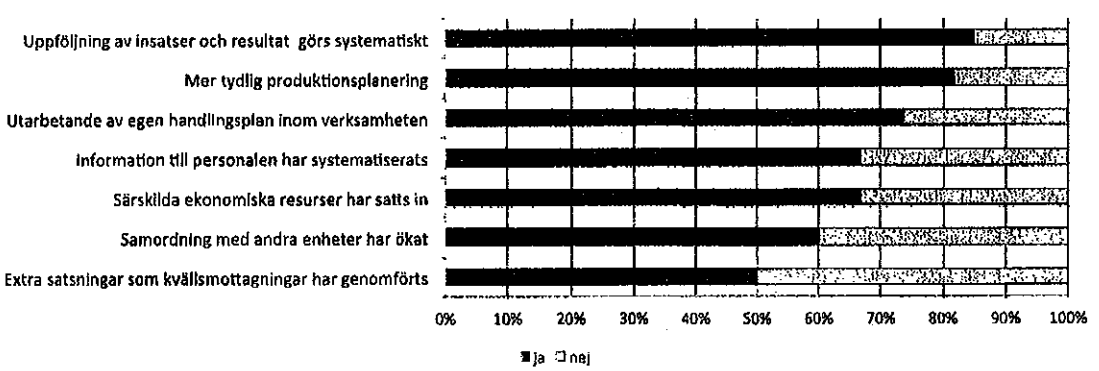
RHR tillämpar en helårsplanering för sin produktion. Planen baseras på de behov som förutses och de bemanningsresurser som verksamheten förfogar över. Planeringen följs upp varje månad och återrapporteras på alla nivåer. Enligt intervjuade fungerar detta bra som en utgångspunkt, men att planen är svår att upprätthålla. Det sker svängningar både i patientflödet och i bemanningen.

RHR tillämpar inga särskilda arbetsverktyg för den konkreta planeringen. Det är läkarsekreterarna som svarar för att bedöma hur många patienter som kan tas emot. *"Man tittar på väntelistan hur många som står i kö, patientens prioriteringar och när vårdgarantitiden går ut. Tittar på läkarnas schema för att se hur många nybesök man kan få in."*

För att tydliggöra behovet av återbesök är det märkt i väntelistorna vilka patienter som står på medicinering där det behövs uppföljning.

Enkätresultat om arbetet med vårdgarantin
I den enkät som genomförts riktad till personer med chefs- och eller planerings- och koordinationsroller har frågor ställts om vårdgarantins genomförande. Det framkommer i enkäten att ett flertal åtgärder har genomförts (se diagram 1). Av dessa är uppföljning och produktionsplanering de mest påfallande.

Diagram 1. Svar på frågan " Vidtas följande åtgärder inom verksamheten för att klara vårdgarantin?" (Alla svarande, varvid "vet ej" har exkluderats)



I enkäten framträder avsevärda *skillnader* mellan ortopedi och psykiatri. Inom ortopedin har 100 procent svarat att en mer tydlig produktionsplanering har vidtagits. Inom psykiatrin är det 64 procent. I fråga om personalinformation är det 78 procent inom ortopedin som uppgett att den systematisk, mot 27 procent inom psykiatrin.

De framkommer också av en fråga i enkäten att en stor majoritet av de som besvarat enkäten anser att insatserna i allmänhet varit effektiva för att klara vårdgarantin.

7:19

Uppföljningen av vårdgarantin handlar enligt enkätsvaren i hög grad om uppföljning av väntetider. Tre av fyra svarande (avser alla svarande) anger vidare att produktionsplaneringen följs upp.

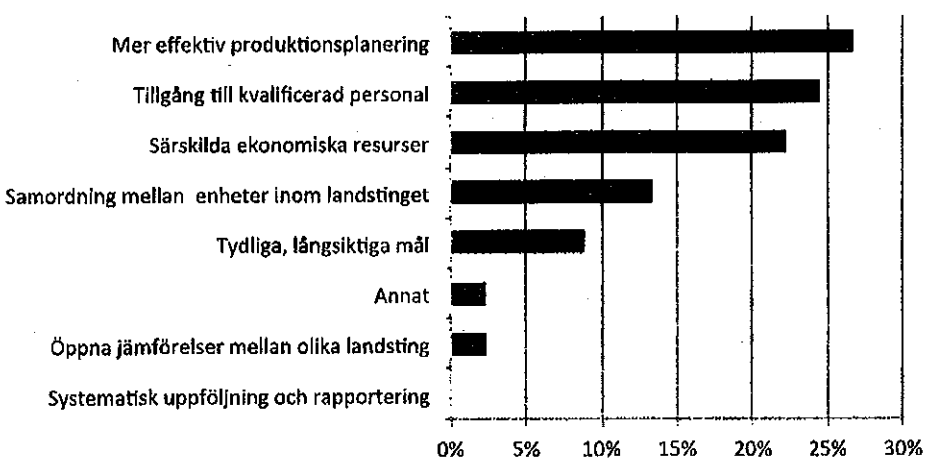
Områden som i lägre grad följs upp är[2]

- uppföljning av patientupplevd kvalitet (59 % anger i låg eller ganska låg grad)
- uppföljning av information till patienterna (47 % anger i låg eller ganska låg grad)
- uppföljning av resursanvändning (38 % anger i låg eller ganska låg grad).

Av svaren i enkäten kan återigen ses en stor skillnad mellan ortopedi och psykiatri. Det är ungefär dubbelt så många inom ortopedin som uppger att det sker uppföljning av de nämnda parametrarna än inom psykiatrin.

De som besvarat enkäten anser att de viktigaste faktorerna för ett långsiktigt resultat av arbetet med vårdgarantin är en mer effektiv produktionsplanering, tillgång till kvalificerad personal samt särskilda ekonomiska resurser. Jämförelser och systematisk uppföljning och utvärdering anses ha liten betydelse (se diagram 2).

Diagram 2. Svar på frågan "Vilka faktorer bedömer Du vara mest avgörande för att arbetet med vårdgaranti ska bli långsiktigt framgångsrikt?" (Två alternativ kunde anges) (Alla svarande)



Enkätsvar om kömiljarden

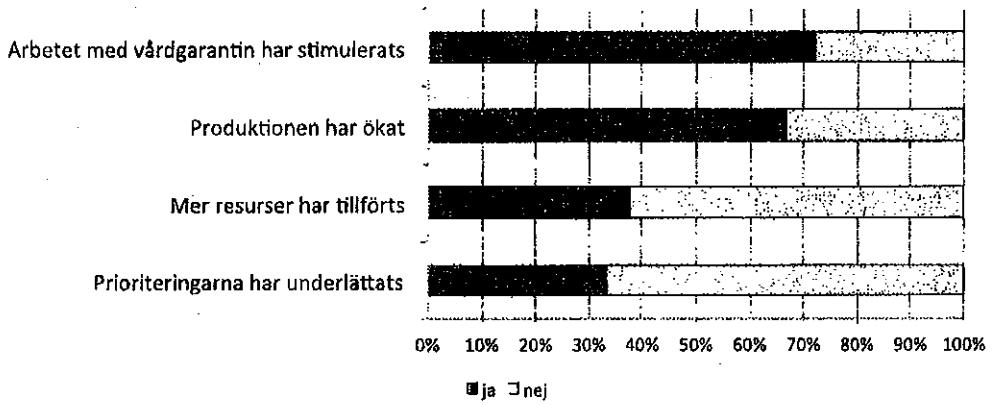
Av frågor som ställts i enkäten om kömiljardens påverkan framgår att en majoritet av alla svarande anser att arbetet med vårdgarantin har stimulerats och produktionen har ökat. Bilden av detta inom ortopedin är mer positiv än inom psykiatrin. Av samtliga svarande är det drygt trettio procent som anser att prioriteringar har underlättats (se diagram 3).

[2] De som angivit svarsalternativet vet ej ingår inte i procenttalet.

Capire

7:20

Diagram 3. Svar på frågan: Hur bedömer du att kömiljarden (bonusmedel från staten) har påverkat arbetet med vårdgarantin? (Alla svarande. Svarsalternativet "vet inte" har exkluderats)



Effekter för verksamhet och arbetsmiljö

Bland de som intervjuats inom ramen för granskningen finns en stor majoritet som anser att arbetet för ökad tillgänglighet har lett till ökad *arbetsbelastning* och ökad stress i arbetet. Framförallt gäller detta kömiljarden. Några framför även att arbetet i dag upplevs som ryckigare än tidigare.

Ett flertal, men inte alla, som medverkat i intervjuer ser samtidigt positivt på förändringarna ur arbetsmiljösynpunkt. Det ses som mycket positivt att kunna ge tydliga besked till patienterna. Många ser en stor tillfredsställelse i att väntetiderna har kortats. Följande citat är illustrativt: *"Det är högre tempo nu för det är högre krav. Det är kömiljardspöket som är över en. Samtidigt har det hjälpt till att effektivisera verksamheten. Tycker att det funkar bra".*

Det finns även delade meningar om *patientflödena* har utvecklats i positiv eller negativ riktning. Vissa hävdar att flödena försämrats och pekar främst på situationen för kroniska patienter. Andra noterar att flödena har förbättrats och att arbetet med vårdgarantin skapat ett förändringstryck som t ex resulterat i bättre remissrutiner. Några intervjuade menar att arbetsprocesserna har blivit tydligare.

Bemanningsfrågorna förefaller, enligt de intervjuade fungera relativt bra. *"Numera arbetar alla när man är på jobbet, tidigare var det lite si och så med det... Visst har det blivit tuffare, men personalen hinner med. Det är effektivare idag."*

Några lyfter fram att tillgänglighetsarbetet har tydliggjort resursbehovet och skapat ökad förståelse för vad som krävs för att klara produktionen. Flera beskriver att de har fått en fastare grund att stå på vid bedömning av behovet av stafettläkare.

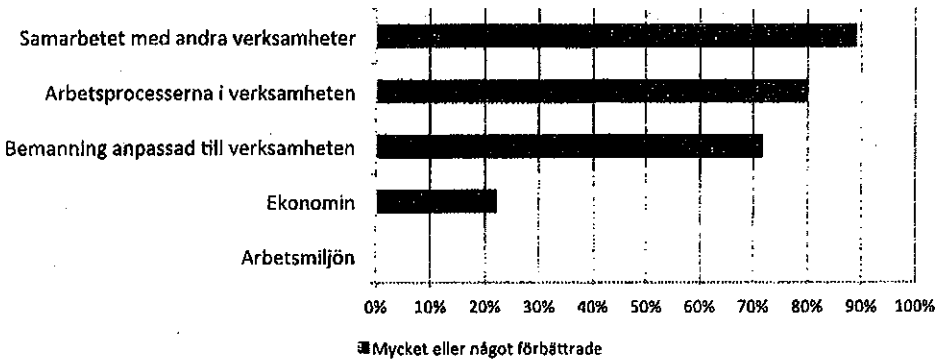
Vårdgaranti och kömiljard anses däremot fungera väldigt illa under sommar- och semesterperioder. JLL som ett litet landsting anses inte ha möjlighet att upprätthålla den elektiva verksamheten under sommaren.

Ingen av de som medverkat i enkäten anser att arbetsmiljön anser att arbetsmiljön har förbättrats. Däremot lyfts fram att samarbetet med andra verksamheter förbättrats liksom arbetsprocesserna och anpassningen av bemanningen (se diagram 4).

Capire

7:21

Diagram 4. Svar på frågan: Vilka effekter har arbetet med vårdgaranti och kömiljard fått för den egna verksamheten i följande avseenden? (Alla svarande. Svarsalternativen "vet ej" och "berörs ej" har exkluderats)



4.2.2 Bedömning och slutsatser om verksamheternas hantering av vårdgarantin

En slutsats som vi kan dra av genomlysningen av de tre verksamhetsområden som ingår i granskningen är att samtliga har genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins och kömiljardens krav. Vissa av dessa anpassningar har varit av kortsiktig karaktär t ex extra öppethållande eller olika typer av kraftsamlingsperioder.

Verksamhetsområdena har ett gemensamt uppdrag att utveckla produktionsplanering. Begreppet produktionsplanering förknippas med ett effektivt användande av resurser och kompetens. Syftet med planeringen är en matchning mellan befolkningens behov och sjukvårdens resurser. Planeringen bör ha en god framförhållning, behovsbaserad schemaläggning samt synkronisering av yrkesgrupper och resurser i en vårdkedja. Nyckelord är till exempel processtyrning, materiallogistik, resurs- och kapacitetsplanering och kostnadseffektivitet. En bra produktionsplanering bör även kännetecknas av transparens och vara dokumenterad[3].

Verksamhetsområdena har gjort olika överväganden om hur anpassningen ska gå till. Inom psykiatrin och RHR är det, enligt vår bedömning, otydligt vilka ambitionerna är med produktionsplanering och vad som läggs in i verksamhetsområdenas strategi. Längst av de tre verksamhetsområdena har ortopedin kommit. Vi bedömer att ortopedins utveckling och effektivitet fortlöpande stimuleras med hjälp av dess planeringsansats. Samtidigt bör det noteras att det även inom ortopedin återstår arbete att planera även av bemanning och kapacitet.

De iakttagelser som gjorts beträffande verksamhetsområdenas anpassning understryker den slutsats som beskrivs i avsnitt 4.1, nämligen att landstinget behöver höja sin ambition när det gäller produktionsplanering, förtydliga kraven på verksamhetsområdena och utforma en adekvat modell för stöd och uppföljning.

Våra bedömningar i sammanfattning är att

- De tre verksamhetsområden som ingår i granskningen har genomfört anpassningar av sin verksamhet för att klara vårdgarantins och kömiljardens krav
- Inom psykiatrin och RHR är det otydligt vad som läggs in i verksamhetsområdenas strategi. Längst av de tre verksamhetsområdena har ortopedin kommit
- För att utveckla produktionsplanering behöver landstinget skräpa kraven på verksamhetsområdena och utforma en adekvat modell för stöd och uppföljning.

[3] Källa: SLL Landstingsrevisorerna: Projektrapport Nr 11/2009, Produktionsstyrning inom sjukhusen

7:22

Capire

4.3 Vårdgaranti och patientsäkerhet

Revisionsfrågor som behandlas i detta avsnitt är:

Hur säkerställs att patienter, som står utanför vårdgarantin, inte drabbas av en eventuell undanträngningseffekt i samband med att vårdgarantin ska klaras?

Här kommenteras även övergripande våra iakttagelser om JLL:s tillämpning av vårdgarantin ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

4.3.1 Iakttagelser om vårdgaranti och patientsäkerhet

Patientsäkerhet kan belysas genom effekter på enskilda patienter eller hur grupper av patienter påverkas. Det första perspektivet handlar om avvikelser som kan drabba enstaka individer pga av systemfel eller individuella misstag. Det andra mer om fördelning av avvikelser mellan grupper där vinster i en grupp kan ge förluster i en annan.

Vid intervjuer får vi en något splittrad bild av riskerna för olika patienter och patientgrupper. Generellt kan sägas att ju närmare vårdgolvet vi kommer desto mer risker förs fram. Tydligast är åsikten bland vårdpersonal att på gruppnivå får kroniskt sjuka patienter sämre vård och längre mellan nödvändiga återbesök. Medarbetarna anser också att det är just vårdgarantin/kömiljarden som är orsaken till omprioriteringen medan ledningspersoner mer trycker på ineffektiva flöden och resurser.

Av enkätresultaten går att utläsa att hälften av de svarande anser att patienter som inte omfattas av vårdgarantin har fått längre väntetider. En knapp fjärdedel anger att dessa patienter inte drabbats av någon försämring eller fått en förbättring tack vare effektivare arbetssätt.

En hel del arbete pågår för att minimera negativa effekter av prioritering av nybesök. Vi har sett flera exempel på innovativa lösningar i form av ansatser till produktionsplanering, temaveckor. De flesta vi talat med ser vårdgarantin och kömiljarden som en bra stimulans till att starta förändringsarbeten. Detta bekräftas även av de resultat av enkäten som redovisades i föregående avsnitt.

I avvikelseregistreringssystemen liksom hos patientnämnden uppges att det finns mycket få referenser som handlar om vårdgarantin och kömiljarden och ingen tendens till ökning av anmälningar. Den tydligaste effekten hos patientnämnden är färre anmälningar pga långa väntetider under de senaste åren.

Externa jämförelser
Öppna jämförelser genomförs årligen sedan fem år med numera drygt 130 indikatorer. Landstingen jämförs här med varandra och tendenser inom ett landsting kan följas för varje indikator.

Ett mått på undanträngningseffekt av kroniskt sjuka patienter skulle kunna vara att indikationer som belyser deras vård skulle påverkas negativt. En sådan indikator kan vara användning av biologiska läkemedel vid reumatisk sjukdom. I detta fall har Jämtlands läns landsting en mycket positiv trend. Psykiatrin har en positiv trend jämfört med riket. För flertalet indikatorer kan varken positiva eller negativa trender i jämförelse med riket noteras för Jämtland.

4.3.2 Bedömning och slutsatser om vårdgaranti och patientsäkerhet

Vårdgarantins regelverk premierar nybesök, vilket teoretiskt med oförändrade resurser och fullt resursutnyttjande skulle tränga undan återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom. Det finns emellertid en mängd kompenserande mekanismer för att denna undanträngningseffekt inte skall inträffa. Dessa mekanismer är vårdpersonalens etiska grund, etablerade kontaktvägar, nya sätt att utföra vårdtjänster, effektiviseringar mm.

Capire

7:23

Enligt vår bedömning är det troligt att återbesök för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har glesats ut under senare år. Vilken storlek det är på denna förändring och eventuella effekter på hälsa och patientsäkerhet har inte gått att få fram. Det är också svårt att särskilja effekter som beror på vårdgaranti och kömiljard från andra förändringar som genomförs kontinuerligt.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv har väntetider till nybesök kortats generellt vilket troligen ger enstaka patienter tillgång till bra behandling tidigare i sjukdomsförloppet vilket ger bättre prognos. På gruppnivå kan dessa vinster uppväga förlusterna för den kroniskt sjuka gruppen som får färre återbesök och möjligen sämre vård. I ett längre perspektiv torde de positiva effekterna, åtminstone teoretiskt, förstärkas genom att behandling sätts in tidigare med ett mindre kroniserande förlopp. Detta gäller t ex effektiv behandling av reumatiska sjukdomar.

Det finns mycket lite data kring undanträngningseffekter och deras påverkan på hälsa. Av rent praktiska och ekonomiska skäl är effekterna av tidig insättning av botande eller lindrande behandling väl studerade men betydligt mindre är gjort kring kroniskt sjukas behov av uppföljning mm. Detta medför att insatser för kroniskt sjuka personer kan riskera att prioriteras ner.

Vi ser inga objektiva tecken i avvikelsesystem eller öppna jämförelser som tyder på undanträngningseffekter men har ett flertal vittnesmål om att detta är fallet. Effekterna av en sådan rapporterad undanträngningseffekt har inte gått att mäta. Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för sådana effekter. Det kan exempelvis ske genom att följa arbetet som socialstyrelsen och fyra landsting genomför för att ta fram mätmetoder för återbesök för att kunna följa eventuella undanträngningseffekter i framtiden. Arbetet med att förbättra vårdprocesserna är av stor vikt och vi bedömer att landstinget har en hel del kvar att göra för att kompensera för vårdgarantins och kömiljardens eventuella negativa effekter.

Våra bedömningar i sammanfattning är att

- **Återbesök för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har sannolikt glesats ut under senare år. Det är dock svårt att särskilja effekter som beror på vårdgaranti och kömiljard från andra förändringar som genomförs kontinuerligt.**
- **Inga objektiva tecken i avvikelsesystem eller öppna jämförelser som tyder på undanträngningseffekter har noteras men ett flertal vittnesmål om att detta är fallet har lämnats.**
- **Kontrollsystemen för att förebygga och varna för utträngning behöver stärkas och systematiseras**

4.4 Kostnadseffektivitet

Revisionsfrågor som behandlas i detta avsnitt är:

Finns en tillfredsställande uppföljning och utvärdering av de extra satsningarna som görs/gjorts för att klara "kömiljarden" utifrån ett kostnadseffektivitetsperspektiv?

4.4.1 Iakttagelser om kostnadseffektivitet

Kostnadsuppföljning
För att klara vårdgarantin och kömiljarden har ett flertal satsningar gjorts inom Jämtlands läns landsting. Exempel på sådana är specialsatsningar inom områden med längre köer, riktade kvällsmottagningar mot en speciell grupp patienter och extra operationer/åtgärder av visst slag som fokuserats till vissa dagar för att få optimalt flöde av verksamheten. Inledningsvis har också patienter skickats till andra landsting för att reducera puckeln av vän-

Capire

tande. Stafettläkare har tagits in för att antingen genomföra riktade operationer/åtgärder, eller för att frigöra tid för ordinarie läkare att arbeta av puckeln.

I bilaga till landstingets delårsbokslut anges följande om kostnaderna för arbetet med vårdgarantin[4]:

- Ortopedi redovisar extra insatser med riktade remissmottagningar och extra kvällsmottagningar har gjorts. Direkta kostnader för Vårdgaranti är 1 471 000 samt vissa mindre medel i resekostnader. Även ökade materialkostnader finns.
- Psykiatri har inga kostnader för vårdgarantin dokumenterade.
- RHR redovisar att tillfälliga reumatologspecialister anställs för att klara tillgänglighetsgränsen. Dessa arbetar också i ordinarie verksamhet. Kostnaden finns därför inte specificerad.

En utförligare sammanställning av kostnaderna för vårdgarantin och kömiljarden pågår för närvarande och kommer att presenteras i senare delen av september 2011. Kostnaderna för patienter som skickas till andra landsting kan utläsas i den befintliga redovisningen. Att identifiera kostnader för stafettläkare och andra extrainsatser som görs (t ex kvällsmottagningar) är svårare, och det är svårt att avgöra hur mycket av dessa insatser som rör vårdgarantin och hur mycket som kan räknas in i ordinarie arbete som skulle utförts i vilket fall. I många fall hamnar kostnaderna i en gråzon som inte är helt lätt att avgränsa.

Under 2011 har landstingets köp av vård från andra landsting minskat jämfört med 2010.

Den av landstinget tillsatta kömiljardgruppen arbetar övergripande med vårdgarantifrågor och kömiljarden. Där beslutas gemensamt vilka områden som ska prioriteras och vilka behandlingar som landstinget i första hand ska ta hand om och vilka patienter som ska erbjudas gå till andra landsting. En uttalad strategi har varit att försöka behålla kostsamma operationer/åtgärder inom det egna landstinget (t ex ryggoperationer och höftplastiker), och hellre ta in stafettläkare som kan operera på plats.

Andra överväganden som gjorts för att klara kömiljardens krav, där varje väntande är värd lika mycket oavsett vårdtyngd, är att kraftsamla på lättare insatser. Landstinget har exempelvis beslutat att satsa på hörapparatsutprovningar där det finns en lång kö och låtit ortopedin som har tunga och långa operationer stå tillbaka något.

Någon formell uppföljning/redovisning av faktiska merkostnader per verksamhetsområde som kan hänföras till arbetet med att klara kömiljarden har hittills inte genomförts. Detta innebär att landstinget inte vet om de extrasatsningar som genomförs är ekonomiskt motiverade eller ej.

Om landstingets ekonomiska styrmodell
Klinikerna har inga ekonomiska incitament för att klara kömiljarden. Det sker heller inga extra utbetalningar utöver vanlig ersättning för extrasatsningar som t ex kvällsmottagningar. Det ekonomiska incitamentet ligger i den ekonomiska modell som landstinget har infört från och med 2010. Modellen innebär att verksamhetsområdena bär med sig över- och underskott mellan åren. Modellen bygger inte på tilläggsanslag och sänkningar av ram utan resultatet över tid följs i särskild ordning utanför den ordinarie redovisningen. 2010 års resultat är det första som läggs in i modellen.

Om ett verksamhetsområde ett år redovisar ekonomiskt överskott får området ha det överskottet tillgodo i modellen för att möta eventuella underskott kommande år. Om ett verksamhetsområde istället redovisar underskott som inte kan täckas av upparbetat överskott tidigare år måste området återställa detta underskott inom tre år.

---

[4] Tillgänglighet – vårdgaranti och kömiljard, Delårsbokslut, 2011-09-12

Capire

7:25

I budgeten för 2011 har landstinget räknat in ersättningen för kömiljarden i den övergripande budgeten och därmed som en del i ramen för de olika verksamhetsområdena. Om landstinget inte klarar kraven för kömiljarden 2011 uppkommer ett ekonomiskt underskott på det centrala kostnadsställe där intäkten är budgeterad. Verksamhetsområdena får dock ut sina pengar oavsett om landstinget klarar kravet eller inte.

Ett misslyckande för ett verksamhetsområde att klara nivån för kömiljarden innebär således inte att de tappar intäkter. Vissa områden hävdar dock att kravet att klara kömiljarden lett till ökade kostnader som de inte har haft täckning för i budgeten, ett underskott som de enligt den nya modellen ska ha återställt inom tre år.

4.4.2 Bedömning och slutsatser om kostnadseffektivitet

Vår bedömning är att landstinget i stor utsträckning arbetar med ambitionen att få ut mesta möjliga vård i relation till insatserna. Ett exempel på detta är fokuseringen på de åtgärder som ger mest resultat i förhållande till insats. I kömiljarden är alla operationer/åtgärder lika mycket värda, oavsett hur långa och komplicerade de är att utföra. Det är därför mest ekonomiskt lönsamt att få ner köerna för snabbare, enklare operationer och åtgärder. Ett annat exempel är ortopedins ansträngningar att korta ner köerna för att inte behöva skicka patienterna till annat landsting. I de fall patienter hänvisas till andra landsting skickas i första hand operationer som inte är så kostsamma, medan de mer kostsamma behålls inom det egna landstinget.

Denna strävan efter följsamhet till kömiljardens kriterier understryker vad som anfördes i föregående avsnitt om behovet att utveckla kontrollmekanismer som förebygger risker mot patientsäkerheten.

En försiktig bedömning är att de extra satsningar som gjorts har föranlett begränsade merkostnader. Den produktionsplanering som inletts har skapat ökad tydlighet om vilka resurser som erfordras för att klara uppsatta produktionsmål. Bruket av stafettläkare är mer genomtänkt och målmedvetet än tidigare. Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys. För närvarande saknas det underlag för att bedöma om det är kostnadseffektivt för landstinget att uppnå de krav som ställs för att kunna ta del av kömiljarden. För patienterna och i ett övergripande samhällsekonomiskt perspektiv är det kostnadseffektivt att låta patienterna vänta så kort tid som möjligt för bedömning och behandling.

Våra bedömningar i sammanfattning är att

- Landstinget arbetar i stor utsträckning med ambitionen att få ut mesta möjliga vård i relation till insatserna.
- Ur patientsäkerhetssynpunkt bör starkare system för förebyggande kontroller utvecklas.
- Vårdgarantiarbetet har stimulerat verksamhetsområdenas förbättringsarbete
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys av kostnadseffektiviteten i vårdgarantiarbetet.

Capire 7:26

4.5 Rapportering

Den revisionsfråga som behandlas i detta avsnitt är:

Finns det en tillfredsställande intern kontroll som säkerställer en rättvisande rapportering av uppgifter i vårdgarantin dvs. att rapportering sker i enlighet med gällande regler och anvisningar?

4.5.1 Iakttagelser om rapportering

Landstingets tillämpningsanvisningar för vårdgarantin inkluderar regler för hur mätning och rapportering av vårdgarantin ska ske. Ett avsnitt handlar om definitioner av olika begrepp, vilket ska säkerställa att den rapportering som sker bygger på likartad data. Ett annat handlar om praktiska rutiner kring remiss, patientvald väntan, medicinsk väntan mm, för att säkerställa att alla verksamheter arbetar efter samma rutiner vad gäller vårdgarantin. Där finns också tydliga anvisningar hur inrapportering ska ske och hur mätning av väntetider går till. Arbetet med att ta fram anvisningarna har skett i samråd med verksamheterna.

Landstingsdirektören skickar månatligen ut rapportdirektiv om hur verksamhetsområdena ska redovisa sitt läge i förhållande till såväl vårdgarantin som kömiljarden. I del- och helårsbokslut sker också redovisningar kring vårdgaranti och kömiljard. En sammanställning av hur landstinget ligger till görs varje månad och läggs ut på landstingets interna webbplats "Insidan".

I den månatliga redovisningen[5] till landstingsdirektören redogör verksamheterna skriftligt kring följande rubriker:

- Väsentliga händelser
- Tillgänglighet (vårdgaranti resp. kömiljard)
- Vårdrelaterade infektioner
- Vårdprevention
- Utförd tid
- Sjukfrånvaro
- Ekonomiskt utfall jämfört med budget och föregående år

Landstingets vårdgarantiansvariga person träffar verksamhetsområdescheferna var 14:e dag och uppdaterar dem på hur landstinget ligger till, vad som händer i övriga Sverige, vilka regelförändringar som är på gång mm. Landstingets "kömiljardgrupp" genomför en avstämning minst en gång i månaden. I gruppen diskuteras hur landstinget kan arbeta på bästa sätt och vilka områden som behöver prioriteras.

Det finns ett datasystem där samtliga väntetidssiffror rapporteras in, där veckovisa mätningar av verksamheterna kan göras. Alla verksamhetsområdeschefer har tillgång till systemet vilket fungerar som ett "early warning system".

4.5.2 Bedömning och slutsatser om rapportering

De rapporteringsrutiner som finns bedöms vara tillförlitliga och väl förankrade i verksamheten. Rutinerna för rapportering fungerar väl och landstinget vet varje månad hur verksamheterna ligger till i förhållande till kömiljard och vårdgaranti. Genom att den månatliga redovisningen, utöver vårdgaranti och kömiljard, också fokuserar på kvalitet, arbetad tid, sjuk-

[5] Exemplet hämtat från ortopedverksamhetens rapport till landstingsdirektören per juni 2011

Capire

7:27

frånvaro och ekonomiskt utfall, ger den en bra bild över hur den totala verksamheten fungerar.

Vår bedömning är att

- Landstinget har ett väl utarbetat rapporteringssystem.

5 Övergripande revisionsfråga

5.1 Övergripande bedömning

Den aktuella granskningen tar upp två centrala aspekter på Jämtlands läns landstings arbete med vårdgaranti, om det finns en tillfredsställande kontroll för att klara vårdgarantin långsiktigt samt om en god tillgänglighet för patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin kan tillgodoses.

Kontroll och långsiktighet
Granskningen har påvisat att landstingets arbete med tillgänglighet har flera styrkor. Frågan har stor uppmärksamhet från tjänstemannaledningens sida. Tydliga regler för arbetet med vårdgarantin och dess rapportering har skapats. Landstinget har även under de senaste åren uppnått ett positivt resultat i form att fler och fler har erhållit vård inom vårdgarantins gränser. Vi har noterat att rapporteringen baseras på tydliga rutiner. Uppföljningen av väntetider fungerar enligt vår bedömning väl. Vi har även funnit att landstinget tillämpar ett ekonomiskt grundtänkande för att optimera utfallet från kömiljarden och att minska den ekonomiska belastningen av att sända patienter till andra vårdgivare

Brister som vi noterat rör bland annat uppföljning och utvärdering. Landstinget saknar i dag möjligheter att analysera om arbetet med vårdgaranti respektive kömiljard är kostnadseffektivt. Inte heller de åtgärder som vidtagits och effekterna för patientkvalitet, arbetsmiljö samt bemanning och kompetens följs upp och utvärderas i tillräcklig utsträckning. Exempel på anpassning och ökad produktion finns inom alla de tre verksamhetsområden som ingått i undersökningen, men ambition och arbetssätt varierar mycket. Inom RHR och psykiatrin är vår bedömning att det saknas en tydlig styrning för produktionsplanering. Längst i arbetet med produktionsplanering har ortopedin kommit, men fortsatt utvecklingsarbete och starkare styrning krävs även här.

Sammantaget är vår bedömning att det inte finns en tillräcklig kontroll för att klara vårdgarantin långsiktigt. Vi bedömer att det är centralt för landstinget att gå vidare med de ambitioner som uttryckts för produktionsplanering och stärka styrningen av denna. Arbetet med utvärdering kopplat till verksamhetsutvecklingen bör likaså stärkas.

Tillgänglighet för patienter som inte omfattas av vårdgarantin
I samband med granskningen har framförts olika synpunkter om att väntetiderna för patienter som inte omfattas av vårdgarantin har förlängts. Det kan gälla patienter som ska ha återbesök eller patienter som väntar på utredning. Vi ser inga objektiva tecken i avvikelsesystem eller öppna jämförelser som tyder på undanträngningseffekter. Effekterna av en sådan undanträngningseffekt har inte gått att mäta.

Vårdgarantins regelverk premierar nybesök vilket teoretiskt med oförändrade resurser och fullt resursutnyttjande skapar risker för att återbesök för t ex personer med kronisk sjukdom trängs undan. Vi bedömer att landstinget behöver stärka sina kontrollsystem för att avvärja denna risk. Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för sådana effekter.

Capire

7:28

5.2 Förbättringsområden

Granskningen har gett impulser till ett antal förbättringsområden. Dessa är sammanfattningsvis:

- Det behöver förtydligas vilka krav på produktionsplanering som ställs på verksamheterna. Det behövs även resurser och support till verksamheterna för att de ska kunna bygga upp fungerande system för en sådan planering. Uppföljningen och utvärderingen av detta arbete behöver utvecklas.
- Vi rekommenderar landstinget att sträva mot en ökad systematik i att förebygga och varna för risker för undanträngning av patienter som inte omfattas av vårdgarantin.
- Landstingets redovisning och ekonomisk uppföljning av vårdgaranti/kömiljardarbete bör förbättras för att möjliggöra fortsatt utvärdering och analys.

Stockholm den 3 oktober 2011

Dag Boman
Capire Consulting AB

7:29

Capire

6 Intervjupersoner

Eva Andersson, Sjuksköterska, Psykiatri
Christine Bengtsson, Schemaansvarig läkare RHR
Karin Bengtsson, Sjuksköterska RHR
Carina Bouvin, enhetschef ortopedmottagningen
Tina Edervall, Sjuksköterska Psykiatri
Nina Fällbäck-Svensson, Bitr. landstingsdirektör
Håkan Gadd, Verksamhetschef Psykiatri,
Lars Holgén, enhetschef ortopedens läkaravdelning
Katarina Hägg, Läkarsekreterare RHR
Agneta Ingvarsson, Chef för patientnämndens kansli
Karin Jonsson, Ekonomichef
Margareta Khortz, Landstingets chefläkare
Astrid Lönn-Jern, Verksamhetsområdeschef RHR,
Marie Norlén, vårdgarantiansvarig, Landstingsdirektörens stab
Inga-Lill Persson, verksamhetsområdeschef, Akutområdet
Ulla Schill, Verksamhetsområdeschef Ortopedi
Karin Strandberg Nöjd, Landstingsdirektör
Lena Terneblad, operationskoordinator, Ortopedi

Capire

7:30

Bilaga - Enkät om Vårdgarantin

Om enkäten och dess resultat
Som en del av granskningen av Vårdgarantin inom Jämtlands läns landsting genomfördes en enkätundersökning.

De enheter som omfattades var verksamhetsområdena ortopedi, psykiatri och RHR (rehabilitering och reumatologi).

Undersökningen bestod av en enkät som riktade sig till enhetschefer, avdelningschefer för läkaravdelning, schemaläggande läkare, schemaläggande sjuksköterskor, vårdutvecklare samt vårdgaranti- och eller operationskoordinatorer inom de tre berörda verksamhetsområdena.

Enkäten sändes till 42 personer, varav 28 besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 67 procent (22 respondenter gav fullständiga svar).

Enkäterna genomfördes som web-enkät under perioden v 34 - v 37.

Enkäten omfattade 18 huvudfrågor med underfrågor. Frågorna framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat.

Resultatet av enkäten redovisas i sin helhet då svarsfrekvensen för RHR var för låg för att kunna redovisas separat.

7:31

Capire

Fråga 1. – Vilken är din befattning?

	Antal	*%*
Enhetschef	10	35
Avdelningschef läkaravdelning	0	0
Schemaläggande läkare	1	4
Schemaläggande sjuksköterska	1	4
Vårdutvecklare	1	4
Vårdgaranti- och eller operationskoordinator	3	10
Annan befattning	12	43
Totalt	**28**	**100**

Svar som lämnats beträffande "Annan befattning" fråga 1 (sammanfattning):

- MLA
- Sjuksköterska
- Läkare, Överläkare

Fråga 2. – Jag arbetar inom följande verksamhetsområde

Ortopedi	12
Psykiatri	12
Rehabilitering och Reumatologi	4

Fråga 3. Vad har du för kunskap om regelverk och styrdokument som rör vårdgarantin?

Svarsalternativ	Mycket liten	Ganska liten	Ganska stor	Mycket stor	Vet ej

Svarande som anger ganska eller mycket stor	**Antal**	***%***
Det nationella regelverket	**14**	***50***
Landstingets tillämpningsanvisningar för vårdgarantin	**18**	***64***
Landstingets tillgänglighetsmål (landstingsplanen)	**16**	***57***

Totalt antal svar: 28

Fråga 4. Hur tydligt bedömer Du att landstingets nedan uppräknade regelverk för vårdgarantin är?

Svarsalternativ	Mycket otydligt	Ganska otydligt	Ganska tydligt	Mycket tydligt	Vet ej

Svarande som anger ganska eller mycket tydligt	**Antal**	***%***
Mål för vårdgarantin	**21**	***81***
Vad som ingår respektive inte ingår i vårdgarantin	**17**	***65***
Verksamhetens ansvar för vårdgarantin	**19**	***73***
Anvisningar för mätning av väntetider	**15**	***58***
Redovisning av faktisk väntetid	**16**	***62***
Information till patienterna	**17**	***65***
Information till medarbetarna	**18**	***69***
Planering av personalens arbetstid	**9**	***35***
Hänvisning till andra vårdgivare	**14**	***54***
Annat	**0**	***0***

Totalt antal svar: 26

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 4:

- Kostnad för vårdgarantin

7:32

Capire

Fråga 5. – Motivera, om du i föregående fråga angivit "Mycket otydligt" eller "Ganska otydligt", beskriv på vilket sätt regelverket inte är tydligt och hur det skulle kunna bli tydligare

Sammanfattning av svar i fritext:

- Då min verksamhet inte är med i sammanställning vårdgaranti har ej information delgetts eller genomgång skett
- Jag kan inte alla detaljer till 100%
- Då jag precis börjat inom nytt område kan jag inte svara på allt
- Oklart om sommaruppehåll ska räknas med i väntetiden
- Oklart om vilka som omfattas av väntetider till behandling. Hur skiljs mellan diagnosticering och behandling?
- Är det enbart baserat på patientens egen önskan om bedömning/remiss eller görs någon prioritering av själva frågeställningen?

Fråga 6. I vilken grad bedömer du att landstingets regelverk för vårdgarantin är tillämpbart?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej

Svarande som anger i ganska eller hög grad	Antal	%
Mål för vårdgarantin	14	58
Vad som ingår respektive inte ingår i vårdgarantin	14	58
Verksamhetens ansvar för vårdgarantin	15	63
Anvisningar för mätning av väntetider	16	67
Redovisning av faktisk väntetid	15	63
Information till patienterna	10	42
Information till medarbetarna	15	63
Planering av personalens arbetstid	6	25
Hänvisning till andra vårdgivare	12	50
Annat	0	0

Totalt antal svar: 24

Fråga 7. – Motivera, om du i föregående fråga angivit "I låg grad" eller "I ganska låg grad" beskriv på vilket sätt regelverket inte är ändamålsenligt och hur det skulle kunna bli mer ändamålsenligt.

Sammanfattning av svar i fritext:

- Informationen till medarbetare (inte bara chefer) borde vara bättre med tanke på att detta arbete skulle börja redan år 2005.
- Regelverket är bra men man saknar system för att kommunicera förändringar i väntetider med patienten.
- Otydlighet kring vilka som omfattas av väntetider till behandling.
- Denna typ av diskussion saknas på min klinik.

Capire

7:33

Fråga 8. Vidtas följande åtgärder inom verksamheten för att klara vårdgarantin?

	Ja		*Nej*		*Vet ej*	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Utarbetande av egen handlingsplan för vårdgarantin inom verksamheten	14	*58*	5	*21*	5	*21*
Mer tydlig produktionsplanering	18	*75*	4	*17*	2	*8*
Särskilda ekonomiska resurser har satts in	14	*58*	7	*29*	3	*13*
Extra satsningar som kvällsmottagningar har satts in	11	*46*	11	*46*	2	*8*
Samordning med andra enheter har ökat	12	*50*	8	*33*	4	*17*
Information till personalen om handhavande av vårdgarantin har systematiserats	12	*50*	6	*25*	6	*25*
Uppföljning av insatser och resultat av vårdgarantin görs systematiskt	17	*71*	3	*12*	4	*17*
Annat	0	*0*	0	*0*	24	*100*

Totalt antal svar: 24

Fråga 9. Vilka åtgärder bedömer Du kan vara effektiva för att klara vårdgarantin?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej

Svarande som anger i ganska eller hög grad	Antal	%
Utarbetande av egen handlingsplan för vårdgarantin inom verksamheten	18	*82*
Mer tydlig produktionsplanering	19	*86*
Särskilda ekonomiska resurser sätts in	20	*91*
Extra satsningar som kvällsmottagningar genomförs	16	*73*
Ökad samordning med andra enheter	17	*77*
Information till personalen om handhavande av vårdgarantin systematiseras	17	*86*
Uppföljning av insatser och resultat av vårdgarantin görs systematiskt	19	*68*
Annat	2	*9*

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 9:

- För en hållbar planering behövs kapacitetsplanering, dvs. matcha resurser mot behovet.
- Ta vara på anställdas kreativitet och att inte styras uppifrån.

Fråga 10. – Motivera, om du i föregående fråga angivit "I låg grad" eller "I ganska låg grad", beskriv i vilket avseende åtgärderna är ineffektiva och hur detta kan förbättras.

Sammanfattning av svar i fritext:

- Viss personal påverkar inte vårdgarantin och de behöver inte veta allt. Den personal som påverkar mest får information och är med och planerar.

7:34

Capire

Fråga 11. Hur följs arbetet med vårdgarantin upp inom Din egen verksamhet?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej

Svarande som anger i ganska eller hög grad	Antal	%
Uppföljning av handlingsplan	10	45
Uppföljning av produktionsplanering	13	59
Uppföljning av resursanvändning	10	45
Uppföljning av väntetider	17	77
Uppföljning av information till patienterna	8	36
Uppföljning av Patientupplevd kvalitet	7	32
Annat	0	0

Totalt antal svar: 22

Fråga 12. Vilken är din bedömning att arbetet med vårdgarantin har fått för effekter för berörda patienter?

Svarsalternativ	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	Vet ej	Berörs ej

Svarande som anger i ganska eller hög grad	Antal	%
Alla som omfattas av vårdgarantin får vård i tid	16	73
De mest prioriterade patienterna får vård i tid	12	55
Det varierar över tid hur väl vi lyckas uppfylla vårdgarantin	15	68
Patienterna får god information om vårdgarantin	9	41
Annat	3	14

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 12:

- Undanträngning av återbesök
- Minskade väntetider
- Omöjligt att uppfylla vårdgaranti sommartid

Fråga 13. Vad är din bedömning att arbetet med vårdgarantin har fått för effekter för patienter som inte omfattas av vårdgarantin? Ange endast ett svarsalternativ.

	Antal	%
Även patienter som inte omfattas av vårdgarantin har kunnat få vård snabbare eftersom vi utvecklat mer effektiva arbetssätt	2	9
Patienter som inte omfattas av vårdgarantin har fått längre väntetider	11	50
Patienter som inte omfattas av vårdgarantin har inte påverkats	3	14
Annat	6	27

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 13:

- Inte patienter som står i operationskö, men till mottagning
- Alla patienter omfattas väl i väntan till fösta besök?

7:35

Capire

Fråga 14. Hur bedömer du att kömiljarden (bonusmedel från staten) har påverkat arbetet med vårdgarantin?

	Ja		*Nej*		*Vet ej*	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Arbetet med vårdgarantin har stimulerats	13	*59*	5	*23*	4	*18*
Prioriteringarna har underlättats	5	*23*	10	*45*	7	*32*
Mer resurser har tillförts	6	*27*	10	*45*	6	*27*
Produktionen har ökat	12	*55*	6	*27*	4	*18*
Annat	3	*14*	1	*5*	18	*82*

Totalt antal svar: 22

Svar som lämnats beträffande "Annat" fråga 14:

- Ökad press på läkare och undanträngning av återbesök
- Mindre fokus på långsiktiga insatser utan tendens till att vi jagar antal väntande
- Produktionen har ökat med vi klarar ändå inte vårdgarantin då remissflödet ökat enormt de senaste åren. Vi har varken ändamålsenliga lokaler eller tillräckligt antal läkare

Fråga 15. Vilka effekter har arbetet med vårdgaranti och kömiljard fått för den egna verksamheten i följande avseenden?

Svarsalternativ	Mycket förbättrande	Något förbättrande	Något försämrande	Mycket försämrande	Vet ej	Berörs ej

Svarande som anger något eller mycket förbättrande	Antal	*%*
Arbetsprocesserna i verksamheten	12	*55*
Bemanningens anpassning till verksamheten	10	*45*
Arbetsmiljön	0	*0*
Ekonomin	2	*9*
Samarbetet med andra verksamheter	8	*36*
Annat	0	*0*

Totalt antal svar: 22

Fråga 16. Vilka hinder bedömer Du vara mest problematiska för arbetet med vårdgaranti? Ange högst två.

	Antal	*%*
Brist på tydliga, långsiktiga mål	4	*10*
Brist på kvalificerad personal	7	*18*
Ineffektiv produktionsplanering	9	*23*
Avsaknad av tillräckliga ekonomiska resurser	12	*30*
Bristande samordning mellan olika enheter inom landstinget	4	*10*
Bristande uppföljning och rapportering	2	*5*
Avsaknad av öppna jämförelser mellan olika enheter	0	*0*
Annat	2	*5*

Totalt antal faktorer som bedömts: 40

Svar som lämnats beträffande "annat" fråga 16:

- Att inte vårdgarantin kan uppfyllas sommartid
- Lokalfrågan är ett stort problem då mottagningsrum ej räcker till

7:36

Capire

Fråga 17. Vilka faktorer bedömer Du vara mest avgörande för att arbetet med vårdgaranti ska bli långsiktigt framgångsrikt? Ange högst två.

	Antal	%
Tydliga, långsiktiga mål	4	9
Tillgång till kvalificerad personal	11	24
Mer effektiv produktionsplanering	12	27
Särskilda ekonomiska resurser	10	22
Samordning mellan olika enheter inom landstinget	6	13
Systematisk uppföljning och rapportering	0	0
Öppna jämförelser mellan olika enheter	1	2
Annat	1	2

Totalt antal faktorer som bedömts: 45

Svar som lämnats beträffande "annat" fråga 17:

- Ändra lagen då det är omöjligt att uppfylla vårdgarantin under semesterperiod.

Fråga 18. Har du förslag till förbättringar i arbetet med vårdgaranti i landstinget? Vilka?

Sammanfattning av svar i fritext:

- Bättre systemstöd för produktionsplanering. Ökade personella resurser på operation, dagkirurgisk enhet.
- Samordning och planering mellan alla opererande enheter och operation. Skilja på det akuta och elektiva flödet för att få mindre strykningar av operationer.
- Minska inflödet av "onödiga" remisser till specialist. Orimligt att lova vårdgaranti sommartid, finns inte ett enda sjukhus i Sverige som har resurser över.
- Ge oss resurser för att vi ska klara vårdgarantin. Vi behöver läkare med rätt kompetens för att klara vårdgarantin vad gäller nybesök. Jämt flöde med mottagningar.
- Ge mer makt till enheterna och då anställda "på golvet" att lägga upp hur arbetet ska genomföras med tydliga mål från ledningen. Det finns för många chefer och för få ledare.

REGERINGSKANSLIET

8:1

Remiss

2011-11-15

S2010/5325/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -11- 23
Dnr LS/ 1861/20

Betänkandet Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SOU 2010:45)

Remissinstanser:

1. Justitieombudsmannen
2. Riksrevisionen
3. Barnombudsmannen
4. Kammarrätten i Göteborg
5. Förvaltningsrätten i Malmö
6. Justitiekanslern
7. Kriminalvården
8. Rikspolisstyrelsen
9. Rättsmedicinalverket
10. Socialstyrelsen
11 Statens folkhälsoinstitut
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU
13. Statens institutionsstyrelse, SiS,
14. Myndigheten för handikappolitisk samordning
15. Domstolsverket
16. Ekonomistyrningsverket
17. Statskontoret
18. Statens skolverk
19. Statens skolinspektion
20. Datainspektionen
21. Lunds universitet (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser)
22. Karolinska institutet (Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa)
23. Länsstyrelsen i Uppsala län
24. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
25. Länsstyrelsen i Västerbottens län
26. Ungdomsstyrelsen
27. Järfälla Kommun

Postadress 103 33 Stockholm
Besöksadress Fredsgatan 8
Telefonväxel 08-405 10 00
Telefax 08-723 11 91
E-post: registrator@social.ministry.se

28. Nynäshamn Kommun
29. Stockholms Kommun
30. Österåker Kommun
31. Uppsala Kommun
32. Katrineholm Kommun
33. Linköping Kommun
34. Åtvidaberg Kommun
35. Gislaved Kommun
36. Jönköping Kommun
37. Markaryd Kommun
38. Båstad Kommun
39. Malmö Kommun
40. Svedala Kommun
41. Falkenberg Kommun
42. Gullspång Kommun
43. Göteborg Kommun
44. Partille Kommun
45. Torsby Kommun
46. Laxå Kommun
47. Borlänge Kommun
48. Hudiksvall Kommun
49. Ljusdal Kommun
50. Kramfors Kommun
51. Härjedalen Kommun
52. Umeå Kommun
53. Vilhelmina Kommun
54. Boden Kommun
55. Haparanda Kommun
56. Kiruna Kommun
57. Stockholm läns landsting
58. Jönköpings läns landsting
59. Region Skåne
60. Region Halland
61. Västra Götalandsregionen
62. Landstinget Dalarna
63. Jämtlands läns landsting
64. Norrbottens läns landsting
66. Handikappförbundens samarbetsorgan
67. Pensionärernas Riksorganisation
68. Sveriges pensionärsförbund
69. Sveriges Kommuner och Landsting
70. Arbetarnas bildningsförbund
71. Folkuniversitetet
72. Sensus riksförbund
73. Studieförbundet Vuxenskolan

74. Medborgarskolan
75. Nationell samverkan för psykisk hälsa
76. Nykterhetsrörelsens bildningsverksamhet
77. Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende
78. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
79. SamArbete för Människor i Sorg, SAMS
80. Riksförbundet Ungdom för Social hälsa, RUS
81. Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes stöd
82. Sveriges Pensionärsförbund
83. Anhörigas Riksförbund
84. Lika Unika
85. Äldreforskningens Hus
86. Stiftelsen Äldrecentrum
87. BRIS
88. Rädda Barnen
89. Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige, ROKS
90. Sveriges kvinno- och Tjejjourers Riksförbund, SKR

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 15 februari 2012**. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:
registrator@social.ministry.se **samt** s.fs@social.ministry.se

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

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

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Fler exemplar av betänkandet kan beställas från: *Fritzes/Norstedts Juridik AB, Kundservice, 106 47 Stockholm* på telefon 08-598 191 90, telefax 08-598 191 91, eller via e-post, order.fritzes@nj.se. Betänkandet kan också laddas ner kostnadsfritt från regeringens hemsida: www.regeringen.se.

8:4

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

O. Wigzell

Olivia Wigzell
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Sammanfattning SOU 2010:45

Ds 1861/2011

8:5

Sammanfattning

Uppdrag

Utredningens uppgift har varit att klargöra och analysera förutsättningarna för att inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område utveckla och förbättra händelseanalyser av inträffade självmord. Därutöver har utredningen haft i uppgift att utreda och lämna förslag på hur man kan föra över de nya kunskaper som framkommer till relevanta verksamheter eller aktörer på regional eller lokal nivå med syfte att dessa kunskaper ska kunna komma till praktisk användning i det självmordspreventiva arbetet. Särskilt angeläget har det varit att säkerställa att det förslag som utredningen lägger fram beaktar lagstiftning som behandlar integritetsaspekter.

Överväganden

Utredningen har i sitt arbete utgått från det i dag gällande rättsläget men har även beskrivit och beaktat de större förändringar som förväntas börja gälla från den 1 januari 2011 respektive den 1 juli 2011. Lex Maria och lex Sarah kommer, om de föreslagna ändringarna går igenom, att bli mer enhetliga. Ändringarna tar dock inte specifikt sikte på händelseanalyser vid självmord.

Utredningen har övervägt förutsättningarna för:

- att införa en skyldighet att göra en händelseanalys vid självmord inom socialtjänsten och även inom andra verksamhetsområden,
- att ge verksamheter som genomför händelseanalyser vid självmord möjlighet att ta in uppgifter från andra verksamheter som de eller den avlidne haft kontakt med i syfte att få en så heltäckande bild som möjligt av händelseförloppet före självmordet, och

- att utveckla och förbättra system för hur självmorden ska komma till verksamheternas kännedom samt övervägt för- och nackdelar med nuvarande tidsram på fyra veckor när det gäller anmälningsskyldigheten.

Utredningen har i alla delar av arbetet beaktat den i händelseanalysarbetet så viktiga lärandeaspekten och hur kunskapsåterföring av de händelseanalyser som görs av olika verksamheter ska kunna komma det allmänt självmordsförebyggande arbetet på lokal och regional nivå tillgodo.

Därutöver har utredningen särskilt beaktat det integritetsintrång de olika alternativ som övervägts kan komma att innebära för den enskilde, dennes närstående och andra berörda. Utredningen har granskat gällande lagstiftning som har som syfte att skydda den personliga integriteten och hur utredningens förslag förhåller sig till denna. Utredningen har även övervägt vilka eventuella ändringar som kan krävas i dagens integritetsskyddande lagstiftning för att en förbättring och utveckling av händelseanalysverksamheten ska kunna uppnås. När utredningen funnit ändringar påkallade för att uppnå detta har utredningen genomgående låtit proportionalitetsprincipen vara avgörande.

En modell för utveckling och förbättring av händelseanalyser vid självmord

Efter att ha analyserat gällande förutsättningar och rättsläge samt inhämtat synpunkter från särskilt viktiga myndigheter och organisationer har utredningen funnit att det inte finns förutsättningar att utöka skyldigheten att göra händelseanalyser vid självmord till fler samhällsaktörer än socialtjänsten. Ju fler samhällsaktörer som åläggs en händelseanalysskyldighet vid självmord, desto större blir integritetsintrånget. En utökning av händelseanalysskyldigheten utanför hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten är inte förenlig med den proportionalitetsprincip som utredningen utgått från.

Utredningen föreslår att dagens skyldighet för hälso- och sjukvården att göra en händelseanalys vid självmord utmönstras från lex Maria-systemet och att en motsvarande skyldighet införs i en separat lag som utvidgas till att gälla även socialtjänsten.

Utredningen har övervägt tre modeller och valt en modell som innebär att rapporterings- och anmälningsskyldigheten inom hälso-

och sjukvården kvarstår oförändrad, men utvidgas till socialtjänsten. Även händelseanalysskyldigheten ligger primärt kvar på respektive verksamhet. En nationell aktör tar liksom i dagsläget emot och analyserar anmälningarna samt vidtar de åtgärder som krävs. Vidare får denna aktör rätt att genomföra en egen samlad händelseanalys i det fall den avlidne haft kontakt med både hälso- och sjukvården och socialtjänsten eller flera verksamheter inom samma sektor och verksamheterna därför gjort var sin händelseanalys beträffande ett och samma självmord. Den nationella aktören får också vissa möjligheter att, för att genomföra den samlade händelseanalysen inhämta kompletterande uppgifter inte bara från hälso- och sjukvården och socialtjänsten utan även från andra samhällsaktörer som får en lagstadgad uppgiftsskyldighet. Rapporteringsskyldigheten för respektive verksamhets personal m.fl. kompletteras med en underrättelseskyldighet för vissa andra samhällsaktörer, Rättsmedicinalverket och polismyndigheterna. På så vis kommer fler självmord till hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kännedom och blir föremål för en händelseanalys.

Endast de självmord som inträffar i direkt anslutning till vård eller inom fyra veckor efter vårdkontakt blir i dag föremål för en analys. Med beaktande av tillgängliga data om sambandet i tiden mellan självmord och förekommande kontakt med hälso- och sjukvården bör alla självmord som inträffat inom sex månader efter kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten bli föremål för en händelseanalys.

Föreslagen modell beaktar såväl syftet med en händelseanalys vid självmord som integritetsaspekten. Genom tillskapandet av denna modell kan en analys av systemfel bestående i brister i samverkan mellan samhällets aktörer uppnås samtidigt som det syfte som utredningen valt för händelseanalyser leder till en klar avgränsning av vilka personuppgifter som får behandlas. De uppgifter som behandlas måste vara av relevans för att identifiera systemfel och samverkansbrister. Det förtjänar att betonas att uppgifter beträffande avlidna som huvudregel inte utgör personuppgifter i lagens mening.

Jämtlands Läns Landsting

9:1

Område psykiatri
Anders Andersson
Tfn: 063-153938, 070-3652800
E-post: anders.andersson@jll.se

2012-01-04

Dnr LS/1862/2011

Socialdepartementet
registrator@social.ministry.se samt
s.fs.@social.ministry.se

Remissvar, anpassning av regelverk för införsel av sprutor och kanyler (ds 2011:38)

Jämtlands läns landsting har getts möjlighet att lämna remissvar på rubricerade betänkande.

I promemorian föreslås att förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler ska upphävas. Bakgrunden till det är att nuvarande förordning (1968:70) är oförenlig med gällande EU-direktiv rörande handel med sprutor och kanyler.

Det övergripande syftet med den nu föreslagna regleringen är således att även fortsättningsvis förhindra att sprutor och kanyler används för missbruk av narkotika. Sprutor och kanylers användning vid missbruk av dopningsmedel berörs inte i förarbetena till 1968 års förordning. Reglering beträffande dopningsmedel kom inte förrän den 1 juli 1992 i och med lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel. Förslaget syftar således även till att förhindra att sprutor och kanyler används för att injicera dopningsmedel.

Tillämpningsområdet för lagen föreslås vara sprutor och kanyler som används för injektion i människokroppen.

Införselförbud
Förbud mot privatinförsel av sprutor och kanyler föreslås. Förbudet omfattar inte veterinärer eller läkare som för in produkterna för att använda i egen verksamhet utan enbart privatpersoner.
Förbudet ska dock inte gälla om produkterna är avsedda att användas av den enskilde för eget medicinskt bruk.
Jämtlands läns landsting delar de förslag som framförs om införselförbud.

Handel
Under denna rubrik är det ingående och noggrant redovisat vem som äger rätt att bedriva handel med sprutor och kanyler. Jämtlands läns landsting har inga synpunkter eller invändningar mot det resonemang som förs i promemorian.

Åldersgräns

Åldergränsen för köp av sprutor och kanyler sänks från 21 år till 20 år.
Ny åldergräns anses lämplig mot bakgrund av att sprututbytesprogrammen endast tillåter att sprutor och kanyler får lämnas ut till den som fyllt 20 år.
Jämtlands läns landsting delar förslaget om en sänkning av åldersgränsen.

EU-rättsliga aspekter
Enligt förslaget får enskilda personer inte föra in sprutor och kanyler till Sverige. Detta gäller dock inte om produkterna är avsedda för eget medicinskt bruk
EU –direktivet 93/44/EEG reglerar inte privatinförsel vilket förslaget till nationellt införselförbud tar sikte på.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

Sammanfattning

9:3

Mot bakgrund av att krav på tillstånd vid införsel av sprutor och kanyler till Sverige bedömts som oförenligt med direktiv 93/42/EEG om medicintekniska produkter föreslås att förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler och kungörelsen (1968:71) angående tillämpningen av förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler upphävs. Det gamla regelverket för sprutor och kanyler ersätts av lagen (2012:XX) om sprutor och kanyler. Förslaget innebär att kravet på tillstånd för införsel av sprutor och kanyler ersätts med ett förbud för enskilda att föra in sprutor och kanyler till Sverige. Förbudet gäller dock inte om produkterna är avsedda att användas av den enskilde för ett eget medicinskt bruk. Därutöver ersätts kravet på tillstånd för handel med sprutor och kanyler för den krets som inte får bedriva sådan handel med läkemedel som avses i 4 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel med en skyldighet att vid försäljning inom landet anmäla handeln till den myndighet som regeringen bestämmer. Åldersgränsen för köp av sprutor och kanyler i de fall det inte kan styrkas att produkterna behövs för medicinska ändamål föreslås sänkas till 20 år. I förslaget ges vidare den myndighet som regeringen bestämmer förutsättningar att bedriva tillsyn av den aktuella handeln. Förslaget innehåller ansvarsbestämmelser för den som inte iakttar lagens regler om anmälningsplikt och åldersgräns. Den föreslagna lagen innehåller även ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela ytterligare föreskrifter om

1862/2011

yrkesmässig hantering av sprutor och kanyler. Ett nytt regelverk med denna innebörd föreslås träda i kraft den 1 juli 2012.

Jämtlands Läns Landsting

10:1

Ledningsstab sekretariat
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@jll.se

2012-01-09

Dnr LS/1831/2011

Förvaltningsrätten i Härnösand
Domare 2
Box 314
871 27 Härnösand

Yttrande över överklagat beslut av Landstingsfullmäktige i Jämtlands län om framtida ägande och ansvar i AB Transitio, mål nr 3477-11

Jämtlands läns landsting bestrider överklagandet och yrkar att det avslås.

AB Transitio (Bolaget) är ett aktiebolag som idag ägs av bland andra Länstrafiken i Jämtland AB (Länstrafiken). Ägarandelen är 0.5 % av aktiekapitalet. Länstrafiken förvärvade aktierna i samband med att Länstrafiken fick ansvar för tågtrafik mellan Östersund och Sundsvall.

Enligt den bolagsordning som gällde vid Länstrafikens köp av aktierna är föremålet för Bolagets verksamhet att inom ramen för den kommunala kompetensen införskaffa nytillverkade och begagnade spårfordon allmänt lämpade främst för regional trafik, genom uthyrning eller på annat sätt ställa spårfordon till förfogande för trafikhuvudman eller av trafikhuvudman anlitad operatör, ombesörja underhåll av spårfordon direkt eller indirekt nyttjade av trafikhuvudman och ombesörja finansiering av införskaffade spårfordon genom leasing eller på annat lämpligt sätt. Bolagets kostnader för spårfordonen täcks genom en hyra som de trafikhuvudmän som disponerar fordonen betalar till Bolaget.

Till säkerhet för Bolagets förpliktelser i samband med finansiering av spårfordon har de landsting/regioner som direkt eller indirekt har ägande i Bolaget tecknat en solidarisk borgen. Till denna borgen finns en överenskommelse mellan borgensmännen om reglering av borgensansvaret om borgen skulle behöva infrias.

Inför ikraftträdande 2012-01-01 av den nya kollektivtrafiklagen, som bland annat innebär att en kollektivtrafikmyndighet ska utses inom ett län eller en region, gjordes en översyn av Bolaget och finansieringen av anskaffningen av spårfordon. Översynen ledde fram till de reviderade handlingar och beslutsförslag som ingår i det överklagade beslutet.

I utredningen konstaterades att det är av vikt att Bolaget ägs av de som är regional kollektivtrafikmyndighet enligt den nya kollektivtrafiklagen. I Jämtlands län har Regionförbundet Jämtlands län utsetts till regional kollektivtrafikmyndighet. Bolaget ska därför ägas av Regionförbundet Jämtlands län. Länstrafiken har därför fattat beslut om överlå-

telse av aktierna i Bolaget och Regionförbundet har beslutat om förvärv av aktier i Bolaget.

I samband med beslutet om att Regioförbundet Jämtlands län ska vara regional kollektivtrafikmyndighet beslutades också om överlåtelse av aktierna i Länstrafiken till Regionförbundet.

Ändring av bolagsordning sker på bolagsstämma. Av förslaget till ändrad bolagsordning framgår av 4 § att Bolaget ska ha som huvuduppgift att på olika sätt stödja aktieägare avseende frågor om upphandling och finansiering av spårfordon och reservdelar. Bolaget har tillika en uppgift avseende anskaffande, uthyrning, förvaltning och underhåll av spårfordon, högvärdeskomponenter avseende spårfordon och reservdelar avseende spårfordon. Bolaget har också en rådgivande roll som sakkunnigt inom spårfordonsområdet.. Bolaget ska också förvalta tidigare genomförda finansieringar.

Jämtlands läns landsting är genom Länstrafiken indirekt ägare till 0.5 % av aktierna i bolaget. Det överklagade beslutet avser en tillåtelse för Länstrafiken att dels ingå aktieägaravtal enligt förslag och dels godkänna den föreslagna bolagsordningen. Länstrafiken ska därefter överlåta sina aktier till Regionförbundet Jämtlands län.

Bolagets verksamhet är att på ett effektivt sätt tillhandahålla för kollektivtrafiken nödvändig utrustning i form av spårfordon och service på denna utrustning, kunskap om denna utrustning och anskaffning av den samt extern finansiering av utrustningen. I bolagsordningen har detta angetts mer precist. Detta är också det kommunala ändamålet med verksamheten. Eftersom det bara är trafikhuvudmän som nu, och regional kollektivtrafikmyndigheter efter år 2011, som kan vara aktieägare är det klart att Bolaget bara kan tjäna dessa. Det finns inget krav på att det kommunala ändamålet måste anges särskilt till exempel under en egen punkt. Det kommunala ändamålet är därmed fastställt och bolagsordningen strider därför inte mot lag på denna grund.

Bolaget kommer efter genomförandet av de ändringar som omfattas av det överklagade beslutet att ägas av 20 lokala kollektivtrafikmyndigheter med en andel av 5 procent var.

I 3 kap 18 § KL, som gäller delägda bolag, sägs beträffande bestämmelserna i 3 kap 17 § KL att fullmäktige "ska se till att den juridiska personen blir bunden av de villkor som avses i 17 § i en omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt." Bestämmelsen i 18 § har tolkats så att om det bara är kommunala ägare till ett bolag ska 17 § tillämpas fullt ut. Med tanke på det antal delägare som finns i Bolaget medför en sådan tolkning att varje landsting/region ska utse hela styrelsen. Effekten av detta är att bolaget får 20 styrelser såvida inte samtliga landsting och kommuner utser samma personer. Antalet styrelseledamöter blir, om varje landsting/region ska utse var sin ledamot , minst 20. Detta talar mot att bestämmelsen i 17 § ska tillämpas fullt ut i fall där bara kommuner/landsting/regioner är ägare. En rimlighetsbedömning måste vara tillåten även i dessa fall. Den föreslagna lösningen med att bolagsstämman utser styrelseledamöter efter nominering av ett ägarråd enligt aktieägaravtalet är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt. Regleringen strider därmed inte mot kommunallagen.

10:3

Bolagsordningen innehöll inte någon bestämmelse om att fullmäktige ska få ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas när Länstrafiken förvärvade aktierna. Bolagets verksamhet är som framgår av både nuvarande och den föreslagna bolagsordningen att inskaffa spårfordon, genom uthyrning eller på annat sätt ställa spårfordon till förfogande för trafikhuvudman eller av trafikhuvudman anlitad operatör, ombesörja underhåll av spårfordon direkt eller indirekt nyttjade av trafikhuvudman och ombesörja finansiering av införskaffade spårfordon genom leasing eller på annat lämpligt sätt. I bolagsordningen har också reglerats att verksamheten ska hålla sig inom den kommunala kompetensen.

Verksamheten i bolaget är av sådan art att de flesta beslut omfattar stora värden. Både när det gäller anskaffning av tåg och finansiering av dessa rör det sig i varje situation om mångmiljonbelopp. Dessa beslut tillhör den löpande verksamheten i Bolaget och är inte av den kategorin att de skulle omfattas av bestämmelsen. Om så skulle vara fallet måste varje beslut ställas under respektive fullmäktiges prövning, vilket skulle göra det mycket svårt, för att inte säga omöjligt, att bedriva verksamheten i bolagsform.

De beslut som man med hänsyn till Bolagets verksamhet kan förutse skulle omfattas av en sådan bestämmelse skulle inte vara av den dignitet som de beslut som sker i den löpande verksamheten. I den föreslagna bolagsordningen finns en bestämmelse om att bolagsordningen inte får ändras utan godkännande av fullmäktige i de fall ägare har fullmäktige. Med hänsyn till detta och till den tydliga reglering i bolagsordningen av bolagets verksamhet är den föreslagna bolagsordningen rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt. Regleringen i denna del strider därmed heller inte mot kommunallagen.

I bolagsordningen saknas föreskrift om lekmannarevisor. Med hänsyn till nuvarande och blivande ägarkrets bör minst en sådan finnas. Med hänsyn till antalet ägare så bör på samma sätt som för utseende av styrelse detta regleras mellan ägarna. Lagstiftningen är inte helt klar i frågan om vem som ska utse lekmannarevisor eller vilka som ska ingå i samrådet för utseende av en sådan i de fall kommunalförbund är ägare till bolaget. I Jämtlands län blir ett kommunalförbund ägare och även i andra län/regioner finns kommunalförbund som ägare.

För kommunalförbund som saknar fullmäktige utser medlemmarna i förbundet, efter överenskommelse mellan sig, revisorer i förbundet. Enligt 3 kap 17 § KL ska fullmäktige utse lekmannarevisor i de bolag som kommunen/landstinget äger direkt eller indirekt. Lekmannarevisorer ska utses bland de revisorer som enligt 9 kap . 1 § KL valts för granskning av styrelsen och övriga nämnders verksamhet. Regionförbundet Jämtlands län saknar fullmäktige. Det innebär att revisorerna i förbundet utses av medlemmarna enligt överenskommelse. Överenskommelsen är att landstinget och största och minsta kommunen utser revisorer.

Regionförbundet Jämtlands län, som är att jämställa med en kommun, blir ägare till Bolaget. Om lekmannarevisorerna i bolag ägda av Regionförbundet ska utses av medlemmarna i förbundet eller av Regionförbundet och ska lekmannarevisorerna utses bland kommunernas och landstingets revisorer eller ska de utses bland de revisorer som utsetts att granska Regionförbundets verksamhet är inte klart

10:4

Bolagets verksamhet är att tillhandahålla resurser i form av spårfordon och underhåll för dessa till de regionala kollektivtrafikmyndigheterna, det vill säga en del av insatsen i kollektivtrafiken. Verksamheten kommer inte direkt medborgarna tillgod utan indirekt genom den trafik som bedrivs med fordonen. Behovet av kommunalrättslig granskning av bolagets verksamhet är därför inte så stort. Den granskningen har sin tyngdpunkt i granskningen av den kollektivtrafik som fordonen används i.

Bristen i detta hänseende är med hänsyn till vad som anförts inte så allvarlig att den bör leda till att beslutet upphävs.

I och med att landstingets aktier Länstrafiken överlåtits till Regionförbundet Jämtlands län kommer ett upphävande av beslutet inte att få någon inverkan på bolagsordningen. Efter överlåtelsen av aktierna i Länstrafiken och Länstrafikens överlåtelse och Regionförbundets förvärv av aktierna i Bolaget är det Regionförbundet Jämtlands län som är direkt ägare till båda bolagen. Landstinget som medlem i Regionförbundet har inget rättsligt inflytande på bolagsfrågor i bolag som ägs av regionförbundet.

Den dom som klaganden åberopar tillstöd för sin talan är inte tillämplig eftersom den fråga som avgjordes i den domen avser insyn i privaträttliga organ. Frågan är inte aktuell för prövning i detta fall eftersom i allmänhetens insyn i Bolaget är lagfäst.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I HÄRNÖSAND
FR Härnösand

FÖRELÄGGANDE
2011-11-14

Aktbilaga 5

10.15

Mål nr.
3477-11 Domare 2
Anges vid kontakt med domstolen

Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -11- 16
1831
Dnr LS/[illegible]/20 11

Lennart Ledin ./. Jämtlands läns landsting
angående **laglighetsprövning enligt kommunallagen**

Ni ska yttra Er över innehållet i bifogade handlingar, aktbilaga 1.

Yttrandet ska vara skriftligt och ha kommit in till förvaltningsrätten **senast den 16 januari 2012.**

Om Ni har några frågor kan Ni kontakta förvaltningsrätten.

Lars Westman
Telefon direkt 0611-34 98 23

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Expeditionstid
Box 314 871 27 Härnösand	Backgränd 9	0611 - 34 98 00 **E-post:** forvaltningsratteniharnosand@dom.se	0611 - 34 98 10	måndag – fredag 08:00-15:00

Lennart Ledin
440606-8215
Rådhusgatan 36B
831 31 Östersund

2011-11-08

10:6

FÖRVALTNINGSRÄTTEN I HÄRNÖSAND
Ink. 2011 -11- 09
Målnr 3477-11 Aktbil. 1

Förvaltningsrätten
Box 314

871 27 Härnösand

Överklagande av Jämtlands läns landsting beslut 2011-10-18, § 186 (dnr LS/1164/2011), om Framtida ägande och ansvar i AB Transitio

Jag överklagar härmed rubricerade beslut och hemställer att förvaltningsrätten upphäver beslutet samt meddelar landtinget verkställighetsförbud med anledning av de skäl jag anför i det följande.

Enligt min mening strider det överklagade beslutet mot lag då bolagsordning, aktieägaravtal och ägardirektiv för AB Transitio (i det följande benämnt bolaget) inte uppfyller vad som föreskrivs i kommunallagen 3 kap. 16-18 §§.

Av beslutet, p 4 och 5 framgår att" Länstrafiken i Jämtlands län AB får ingå aktieägaravtal enligt bilaga 3" respektive får godkänna bolagsordning i bolaget. Av handlingarna i ärendet framgår att delägarna i bolaget med lika andelar enbart ska bestå av landets samtliga landsting och regioner utom region Gotland.

I kommunallagen 3 kap. 18 § föreskrivs att "Innan vården av en kommunal angelägenhet lämnas över till ett bolag eller en förening där kommunen eller landstinget bestämmer tillsammans med någon annan, skall fullmäktige se till att den juridiska personen blir bunden av de villkor som avses i 17 § i en omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt".

När som i detta fall ett bolag ägs enbart av landsting anses andelsförhållanden, verksamhetens art eller andra omständigheter inte förhindra att den juridiska personen binds fullt ut av de villkor som föreskrivs i 17 §. För ståndpunkten ges stöd i bland annat Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) skrift: "Principer för styrning av kommun- och landstingsägda bolag" (sida 19-20) samt i Högsta Förvaltningsdomstolens dom 2011-09-15 i mål nr 5782-10.

Föreskrifterna i kommunallagen 3 kap. 17 § skall, som kan uttolkas av det föregående, gälla för bolaget. Aktieägaravtalet, bolagsordningen och ägardirektiv för bolaget uppfyller inte föreskrifterna i 17 § om att, när vården av en kommunal angelägenhet överlämnas till ett aktiebolag, skall fullmäktige (oavsett när ägandet som här överlåts till ett kommunalt bolag – Länstrafiken i Jämtlands län AB – där således landstinget indirekt äger aktier i bolaget):

Lennart Ledin
440606-8215
Rådhusgatan 36B
831 31 Östersund

2011-11-08

10:7

FÖRVALTNINGSRÄTTEN I HÄRNÖSAND
Ink. 2011 -11- 09
Målnr 3477-11 Aktbil. 1

a) *fastställa det kommunala ändamålet med verksamheten.* I bolagsordningen, aktieägaravtalet och ägardirektiven anges enbart föremålet för bolagets verksamhet. Fastställelse av det kommunala ändamålet med bolaget saknas således.

b) *utse samtliga styrelseledamöter*. Som framgår av bolagsordning och aktieägaravtal så får inte samtliga ägare plats i styrelse med ledamot och/eller suppleant. Enligt aktieägaravtalet så får inte ens samtliga ägare ingå i det ägarsamråd som tillika ska utgöra valberedning. Samtliga ägare har således inte ens möjlighet att nominera någon styrelseledamot.

c) *se till att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas.* Bolagsordning och aktieägaravtal saknar en sådan föreskrift motsvarande den som den här citerade.

d) *också utse minst en lekmannarevisor bland de revisorer som enligt kommunallagen 9 kap. 1 § valts för granskning av styrelsen och övriga nämnders verksamhet.* Bolagsordning och aktieägaravtal saknar föreskrift om att lekmannarevisorer ska utses och hur de ska utses.

Det överklagade beslutet saknar det innehåll som anges i punkterna a, b c och d varför beslutet såsom visats ovan strider mot lag.

Vänligen

Jämtlands Läns Landsting

11:1

Ledningsstab sekretariatet
Marianne Ottersgård
Tfn: 063-147676
Helge Jonsson
Tfn: 063-147636

2011-12-21

Dnr LS/1164/2011

Landstingets revisorer

Skrivelse om att kommunallagens krav inte är tillgodosedda i bolagsordningen för AB Transitio

Vid fullmäktigesammanträdet i oktober i år diskuterades ärendet om framtida ägande för AB Transitio. Fullmäktige beslutade att:

1. Avslutnings- och överlämningsavtal i AB Transitio (bilaga 2 till skrivelse från arbetsgruppen) godkänns.
2. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att granska, godkänna slutlig fördelning samt ingå avslutnings- och överlämningsavtalet enligt punkt 1.
3. Länstrafiken i Jämtlands län AB får överlåta sina aktier i AB Transitio (bilaga 2 till skrivelse från arbetsgruppen).
4. Länstrafiken i Jämtlands län AB får ingå aktieägaravtal enligt bilaga 3 (till skrivelse från arbetsgruppen)
5. Länstrafiken i Jämtlands län AB får godkänna bolagsordning (bilaga 6 till skrivelse från arbetsgruppen)
6. Beslutet gäller under förutsättning att samtliga parter och nya aktieägare i AB Transitio fattar motsvarande beslut samt att i förekommande fall ägarna/medlemskommunerna har godkänt beslutet.

Landstingets revisorer har genomfört en granskning av ärendet och begärt svar av landstingsstyrelsen på de synpunkter som framkommit i och bedömningar som gjorts i av granskningen.

Landstingsstyrelsen lämnar följande kommentarer till respektive punkt i revisorernas skrivelse.

Landstingsstyrelsen vill inledningsvis göra följande klarläggande. De bestämmelser som revisorerna åberopar är 3 kap 17 och 18 §§ kommunallagen. Bestämmelserna lyder som följer i de delar som är relevanta för ärendet.

3 kap 17 §
Om en kommun eller ett landsting med stöd av 16 § lämnar över vården av en kommunal angelägenhet till ett aktiebolag där kommunen eller landstinget direkt eller indirekt innehar samtliga aktier, skall fullmäktige

1. *fastställa det kommunala ändamålet med verksamheten,*

2. *utse samtliga styrelseledamöter,*
3. *se till att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas.*

Fullmäktige skall också utse minst en lekmannarevisor i aktiebolag där kommunen eller landstinget direkt eller indirekt innehar samtliga aktier.

Till lekmannarevisor i aktiebolaget eller revisor i stiftelsen skall fullmäktige utse någon av de revisorer som enligt 9 kap. 1 § valts för granskning av styrelsen och övriga nämnders verksamhet. SFS 2006:369

3 kap 18 §
Innan vården av en kommunal angelägenhet lämnas över till ett bolag eller en förening där kommunen eller landstinget bestämmer tillsammans med någon annan, ska fullmäktige se till att den juridiska personen blir bunden av de villkor som avses i 17 § i en omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt.

I fråga om sådana juridiska personer som avses i första stycket och som inte omfattas av 2 kap 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), ska fullmäktige verka för att allmänheten ska ha rätt att ta del av handlingar hos företaget enligt de grunder som gäller för allmänna handlingars offentlighet i 2 kap tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen.

AB Transitio ägs idag av trafikhuvudmän enligt lagen om ansvar för viss kollektivtrafik. Bolaget kommer efter omstruktureringen att ägas av 20 regionala kollektivtrafikmyndigheter med en andel av 5 procent var.

Landstingets revisorer

- Bolagsordningen *saknar uppgift om ändamålet* med bolaget. Enligt KL 3 kap. 17 § skall fullmäktige fastställa det kommunala ändamålet för verksamheten.

Landstingsstyrelsens kommentar
Det som redovisas under rubriken verksamhet är även ändamålet med bolaget. Av förslaget till ändrad bolagsordning framgår av 4 § att AB Transitio ska ha som huvuduppgift att på olika sätt stödja aktieägare avseende frågor om upphandling och finansiering av spårfordon och reservdelar. Bolaget har tillika en uppgift avseende anskaffande, uthyrning, förvaltning och underhåll av spårfordon, högvärdeskomponenter avseende spårfordon och reservdelar avseende spårfordon. Bolaget har också en rådgivande roll som sakkunnigt inom spårfordonsområdet. Bolaget ska också förvalta tidigare genomförda finansieringar.

Bolagets verksamhet är att på ett effektivt sätt tillhandahålla för kollektivtrafiken nödvändig utrustning i form av spårfordon och service på denna utrustning, kunskap om denna utrustning och anskaffning av den samt extern finansiering av utrustningen. I bolagsordningen har detta angetts mer precist. Detta är också det kommunala ändamålet med verksamheten. Eftersom det bara är trafikhuvudmän som nu och regionala kollektivtrafikmyndigheter efter år 2011 som kan vara aktieägare är det klart att bolaget bara kan tjäna dessa. Det finns inget krav på att det kommunala ändamålet måste anges särskilt till exempel under en egen punkt. Det kommunala ändamålet är därmed fastställt.

Landstingets revisorer

- Bolagsordningen *saknar bestämmelser om lekmannarevision.* Delägarskap regleras i 3 kap. § 18 med lydelsen att 3 kap. § 17 ska tillämpas "i en omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt". Av 3 kap, § 17 framgår att fullmäktige ska utse minst en lekmannarevisor i aktiebolag där kommunen eller landstinget direkt eller indirekt innehar samtliga aktier. När det gäller delägarskap där samtlig ägare är landsting och regioner, vilket är fallet i AB Transitio, gäller enligt praxis att § 17 skall tillämpas fullt ut.

Landstingsstyrelsens kommentar
Påpekande om lekmannarevision är korrekt. Enligt uppgift från projektgruppen är man nu överens om att tillfoga reglering om lekmannarevision inför beslut på bolagsstämman.

Med en tillämpning av 17 § ska respektive landsting/region utse en lekmannarevisor. Enligt bestämmelsen ska lekmannarevisorn utses bland dem som utsetts att granska. Det skulle således finnas 20 lekmannarevisorer i bolaget. Detta är inte rimligt utan frågan måste regleras i bolagsordningen och lekmannarevisorn utses på bolagsstämman på liknande sätt som för styrelsen.

Landstingets revisorer

- Bolagsordningen *saknar bestämmelser om insyn* i bolaget. Landstingsstyrelsen ska enligt reglemente ha uppsikt över all verksamhet inklusive den som bedrivs i aktiebolag, bolag, förening eller stiftelse.

Landstingsstyrelsens kommentar
Bolaget ägs idag av trafikhuvudmän som är bolag dessa omfattas av reglerna om allmänna handlingar. Det är därför fullt möjligt att ha insyn i Bolagets verksamhet. Landstingsstyrelsen har idag insyn i Bolagets verksamhet genom ägarbolaget Länstrafiken i Jämtland AB. Efter omstruktureringen kommer Regionförbundet Jämtlands län, som blir ägare till Bolaget, att vara den som ska ha insyn i bolaget

I syfte att ytterligare öka informationsutbytet mellan ägarna och AB Transitio har ett ägarråd inrättats.

Landstingets revisorer

- Enligt bolagsordningen § 8 ska *styrelsens ledamöter väljas på årsstämman.* Detta förfaringssätt strider mot KL 3 kap. § 17 som anger att det är fullmäktige som ska utse samtliga styrelseledamöter.

Landstingsstyrelsens kommentar
I 3 kap. 18 § KL, som reglerar delägda bolag, sägs att fullmäktige "ska se till att den juridiska personen blir bunden av de villkor som avses i 17 § i en omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt." I 3 kap. 17 § KL sägs att bolagets styrelse ska utses av landstingsfullmäktige. Bestämmelsen innebär att valet flyttas från bolagsstämma till fullmäktige.

En strikt tillämpning av bestämmelsen i 3 kap 17 § KL om val av styrelse skulle innebära att varje landsting/region ska välja hela styrelsen. Det blir således 20 styrelser för bolaget

såvida inte landstingen/regionerna väljer samma personer. En sådan tillämpning faller på sin egen orimlighet. Bestämmelsen kan således inte tillämpas på det sätt som revisorerna gör gällande. I stället måste en praktisk tillämpning ske utifrån bestämmelsen 3 kap 18 § KL att reglerna tillämpas i en omfattning som är rimlig.

Konstitutionsutskottet har, i samband med införande av bestämmelserna, sagt att det kan finnas synnerliga skäl för att avstå från kraven i paragraf 17 om de helägda bolagen. Den aktuella situationen, med 20 delägare i bolaget, får anses vara synnerliga skäl. Den föreslagna lösningen med att bolagsstämman utser styrelseledamöter efter nominering av ett ägarråd enligt aktieägaravtalet är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt.

Landstingets revisorer

- Bestämmelser i § 12 *medför avgränsningar i valbarhet* genom bestämmelsen att "ägarrådet skall bestå av 7 ledamöter varvid de 7 aktieägare som har störst finansiellt nettoengagemang skall få utse en ledamot var".

Landstingsstyrelsens kommentar

Ägarrådet är ägarnas organ för att utöva ägarstyrning och hålla sig informerad om bolagets verksamhet. Utgångspunkten för inflytande på valet av styrelse att de ägare med störst finansiellt nettoengagemang bildar rådet och att de får nominera var sin styrelseledamot. Detta är ett rimlig lösning. För att få en bred geografiskt spridd representation föreslås att de ägare som tillsammans äger bolag, exempelvis Norrtåg AB, ges möjlighet att utse en representant. Styrelsen består av 9 ledamöter. För de ägare som inte tillhör de 7 största finns två platser att nominera till. Bestämmelsen innebär inte någon begränsning i valbarheten utan varje ägare är fri att nominera vem de vill till styrelseledamot som uppfyller kraven på valbarhet enligt aktiebolagslagen.

Landstingets revisorer

- *Det saknas reglering i bolagsordningen 20-21 §§ när* det gäller inhämtande av godkännande, om beslut i frågor av principiell beskaffenhet, från de aktieägare som saknar eget fullmäktige

  *Enligt bestämmelserna i KL 3 kap. § 17 ska fullmäktige "se till att fullmäk*tige får ta ställning innan sådan beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas".

  I bolagsordningen för AB Transitio § 20 anges "Innan beslut om bolagets verksamhet fattas som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt skall fullmäktiges godkännande inhämtas för de aktieägare som har en fullmäktige".

  I bolagsordningen § 21 anges "Denna bolagsordning får ej ändras utan godkännande av fullmäktige för aktieägarna som har sådan".

  Länets aktieägare i AB Transitio är Regionförbundet Jämtlands län med direktion/styrelse som beslutande organ och saknar därmed fullmäktige.

Landstingsstyrelsens kommentar

Frågorna om ägarinflytande regleras i 20 och 21 §§ i bolagsordningen. Det finns inget lagkrav på att fullmäktige ska godkänna beslut utan kravet är att fullmäktige ska ta ställning till frågorna. Den reglering som finns uppfyller kraven i förutsatt att landsting är ägare till bolaget.

AB Transitio kommer att ägas med 5 % av Regionförbundet Jämtlands län. Medlemmarna i förbundet har valt att regionförbundet inte ska ha fullmäktige utan direktion. Även om det inte direkt framgår av i bolagsordningen kan bestämmelsen tolkas så att det är det organ som motsvarar fullmäktige som har att godkänna beslut av principiell beskaffenhet.

Genom köpet av aktier Transitio AB och Länstrafiken i Jämtland AB kommer frågorna om ägarinflytande att falla på Regionförbundet. Landstinget har därmed inte längre något inflytande i bolagen.

Som svar på revisorernas bedömningar får landstingsstyrelsen framföra följande.

Landstingsstyrelsen har bedömt att den reglering av inflytandefrågorna som finns i bolagshandlingarna och ägaravtalen är i överensstämmelse med gällande rätt så långt det har kunnat gå komma i diskussionerna med övriga delägare. Det är inte styrelsen som reglerar inflytande utan det är fullmäktige som genom sitt beslut att godkänna bolagshandlingarna fastställer hur regleringen av inflytande ska vara.

Möjligheter till insyn i bolaget saknas inte. Det kan alltid diskuteras hur omfattande insynen ska vara. Landstingsstyrelsen har bedömt att regleringen är tillräcklig.

Frågan om lekmannarevisorer i bolaget kommer att lösas framgent. Med tanke på att bolaget har 20 delägare måste frågan få en liknande lösning som regleringen för styrelsen.

Syfte med bestämmelserna i 3 kap17 och 18 §§ är inte att få en representativ sammansättning av styrelsen utan att få en styrelse som har ett kommunaldemokratiskt perspektiv på verksamheten. Samtliga landsting/regioner som är representerade i ägarrådet har att tillse att syfte uppnås. Att landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting inte är direkt representerat innebär inte att syftet inte uppnås.

Bolagets verksamhet är att tillhandahålla resurser i form av spårfordon och underhåll för dessa till de regionala kollektivtrafikmyndigheterna, det vill säga en del av insatsen i kollektivtrafiken. Verksamheten kommer inte direkt medborgarna tillgod utan indirekt genom den trafik som bedrivs med fordonen. Behovet av kommunaldemokratiskt perspektiv på av bolagets verksamhet är därför inte så stort. Det perspektivet ska i stället var starkt i den verksamhet som bolagets stödjer, nämligen kollektivtrafiken. I stället är det de tekniska och ekonomiskt perspektiven som ska ha tyngdpunkten i bolaget. Kraven på styrelsemedlemmarna i bolaget bör avspegla detta.

Landstingsstyrelsen bedömer att det inte behövs ytterligare reglering av inflytande i bolaget. Den reglering som finns ger det inflytande som behövs på den typ av verksamhet som bolaget bedriver.

Eftersom landstingsfullmäktige har beslutat dels att Regionförbundet Jämtlands län ska vara regional kollektivtrafikmyndighet och dels att överlåta aktierna i Länstrafiken i Jämtland AB, som idag äger aktier i AB Transitio, är inflytandefrågorna inte längre en angelägenhet för landstingsfullmäktige utan för Regionförbundet Jämtlands län. Det fyller därför inte något syfte att nu uppmärksamma fullmäktige på frågorna. Det finns heller inte någon rättslig grund för landstingsstyrelsen att agera i frågorna.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Karin Strandberg Nöjd
Landstingsdirektör

11:7

Jämtlands Läns Landsting

Skrivelse

Revisionskontoret

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 14 75 28

2011-11-08

Dnr REV/22/2011

Landstingsstyrelsen

Kommunallagens krav är inte tillgodosedda i bolagsordningen för AB Transitio

1.1 BAKGRUND

Vi, landstingets revisorer, har med hjälp av vårt revisionskontor granskat underlaget för landstingsstyrelsens beslut om "Framtida ägande och ansvar i AB Transitio".

Bolaget bildades år 1999 och har 20 ägare (landsting, regioner, kommunalförbund och länsbolag) som hittills haft olika andel ägande som reglerats genom aktieägaravtal. År 2006 beslutade landstinget att Länstrafiken i Jämtlands län AB får förvärva aktier i AB Transitio. Finansieringen av aktieköpet skulle ske genom Länstrafiken i Jämtlands län AB. Vidare beslutades att landstinget skulle teckna avtal om borgensutfästelse och regressrätt enligt förslag till borgensförbindelse och avtal om reglering av regressrätt.

Den nu aktuella förändringen av AB Transitio har påkallats av de diskussioner som under flera år förts om behovet av att se över finansieringsfrågorna. En annan pådrivande faktor har varit den nya kollektivtrafiklagen. En styrgrupp tillsatt av Landstingsdirektörsföreningen har under 2010-2011 arbetat med att ta fram ett förslag till framtida ägande och ansvar i AB Transitio. Förslaget innebär en nybildning av bolaget och ägarna har som följd av denna under hösten 2011 tillställts ny bolagsordning, aktieägaravtal och ägardirektiv för beslut.

Vi har vid ett flertal tillfällen uppmärksammat landstingsstyrelsen och dess förvaltning på att det bör tillsättas lekmannarevisorer i AB Transitio för att möjliggöra en tillfredsställande insyn i bolaget:

- Vid en hearing med chefen för ledningsstab sekretariat år 2009, med frågor som bland annat utgick från Landstinget Dalarnas granskning av riskexponeringen i AB Transitio, konstaterades att det saknades insyn i AB Transitio.
- I revisionsberättelsen för år 2009 aktualiserades ånyo frågan om insyn i AB Transitio. Vi konstaterade där att landstingets borgensåtagande gentemot AB Transitio visar en komplexitet i upplägg mm som inte medger att någon fullständig bedömning kan göras av landstingets riskexponering. Vi rekommenderade landstinget att via sitt trafikbolag se till att initiera att lekmannarevisorer i AB Transitio utses för att tillgodose en insyn i bolaget.
- I samband med beredningen av det nu aktuella ärendet "Framtida ägande och ansvar i AB Transitio" har vårt revisionskontor uppmärksammat berörda tjänstemän i landstinget på de kommunalrättsliga bristerna i föreslagen bolagsordning. Bolagsordningen har trots de påtalade

bristerna beslutats i landstingsstyrelsen den 27 september 2011 och i fullmäktige den 18 oktober 2011.

Avgränsning:

Granskningen har i huvudsak omfattat bolagsordningen för AB Transitio. Vi har även tagit del av aktieägaravtalet och ägardirektivet, dessa har dock endast översiktligt studerats.

1.2 BOLAGSORDNINGEN FÖR AB TRANSITIO

Bolagsordningens bestämmelser har granskats med utgångspunkt från kommunallagens regler i 3 kap. 17-18§§.

- Bolagsordningen *saknar uppgift om ändamålet* med bolaget. Enligt kommunallagen 3 kap. 17§ skall fullmäktige fastställa det kommunala ändamålet för verksamheten.

- Bolagsordningen *saknar bestämmelser om lekmannarevision.* Delägarskap regleras i 3 kap. §18 med lydelsen att 3 kap. §17 ska tillämpas "i en omfattning som är rimlig med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt". Av 3 kap. § 17 framgår att fullmäktige ska utse minst en lekmannarevisor i aktiebolag där kommunen eller landstinget direkt eller indirekt innehar samtliga aktier.

  När det gäller delägarskap där samtliga ägare är landsting och regioner, vilket är fallet i AB Transitio, gäller enligt praxis att 3 kap. § 17 skall tillämpas fullt ut.

- Bolagsordningen *saknar bestämmelser om insyn* i bolaget. Landstingsstyrelsen ska enligt reglemente ha uppsikt över all verksamhet inklusive den som bedrivs i aktiebolag, bolag, förening eller stiftelse.

- Enligt bolagsordningen §8 ska *styrelsens ledamöter väljas på årsstämman.* Detta förfaringssätt strider mot kommunallagen 3 kap. §17 som anger att det är fullmäktige som ska utse samtliga styrelseledamöter.

- Bestämmelsen i §12 medför *avgränsningar i valbarheten* genom bestämmelsen att "ägarrådet skall bestå av 7 ledamöter varvid de 7 aktieägare som har störst finansiellt nettoengagemang skall få utse en ledamot var".

  I ett tjänsteutlåtande från styrgruppen för "Framtida ägande och ansvar i AB Transitio" uppges att det i ovan nämnda bestämmelse även beaktats den geografiska spridningen av representationen i ägarrådet. "Det kan hanteras så att de ägare som tillsammans äger bolag inom kollektivtrafikområdet, exempelvis Norrtåg eller Tåg i Bergslagen ges möjlighet att genom dessa bolag utse representanter i Transitios ägarråd"

- *Det saknas reglering i bolagsordningens 20-21 §§* när det gäller inhämtande av godkännande, om beslut i frågor av principiell beskaffenhet, från de aktieägare som saknar eget fullmäktige.

  Enligt bestämmelserna i kommunallagen 3 kap. § 17 ska fullmäktige "se till att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas".

  I bolagsordningen för AB Transitio § 20 anges "Innan beslut om bolagets verksamhet fattas som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt skall fullmäktiges godkännande inhämtas för de aktieägare som har en fullmäktige".

I bolagsordningen § 21 anges "Denna bolagsordning får ej ändras utan godkännande av fullmäktige för de aktieägare som har sådan"

Länets aktieägare i AB Transitio är Regionförbundet Jämtlands län med direktion/styrelse som beslutande organ och saknar därmed fullmäktige.

Vår sammanfattande bedömning

Det kommunalrättsliga kraven har enligt vår bedömning inte tillgodosetts i bolagsordningen för AB Transitio på ett tillfredsställande sätt.

- Landstingsstyrelsen har underlåtit att reglera insyn och kontroll i bolaget och har samtidigt godkänt aktieägaravtal och ägardirektiv som innebär att landstingstyrelsen överlåtit en väsentlig del av inflytandet i bolaget till ett ägarråd som utgörs av de 7 aktieägarna som har störst finansiellt nettoengagemang.
- Om reglering av insyn saknas i bolagsordningen kan detta medföra svårigheter för styrelsen att hålla sig informerad om olika förhållanden i bolaget som är väsentliga att känna till för att kunna fullgöra uppsikten.
- Att bolagsordningen saknar bestämmelse om lekmannarevisorer medför att det saknas en granskning av om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt enligt ägarens vilja och om bolagets interna kontroll är tillräcklig.
- Bestämmelsen i §12 innebär enligt vår bedömning en avgränsning i kretsen av valbara till ledamot i ägarrådet som kan innebära ett åsidosättande när det gäller att åstadkomma en representativ sammansättning.

  Bestämmelsen i §12 bör därför kompletteras med klargörande om hur geografiska och andra aspekter skall tillgodoses när ledamöter i ägarrådet utses. Ovan nämnda utlåtande från styrgruppen för "Framtida ägande och ansvar i AB Transitio" är ett tjänstemannautlåtande och kan därmed inte ersätta det klargörande i bolagsordningen som vi efterfrågar.
- Bolagsordningen 20-21 §§ bör enligt vår bedömning kompletteras med bestämmelse om inhämtande av godkännande, om beslut i frågor av principiell beskaffenhet, från de aktieägare som saknar eget fullmäktige.
- De ovan beskrivna bristerna i bolagsordningen avser dels avsaknad av bestämmelser och dels otydligheter i bestämmelserna i bolagsordningen. Dessa brister kan riskera det ägarinflytande och den kontroll som kommunallagens bestämmelser är avsedda att tillgodose.

Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att snarast uppmärksamma landstingsfullmäktige på de kommunalrättsliga bristerna i bolagsordningen. Landstingsstyrelsen rekommenderas också att snarast besluta om att initiera en revidering av bolagsordningen för AB Transitio, i enlighet med kommunallagens krav.

Vi emotser svar från landstingsstyrelsen senast den 5 december 2011 om vilka åtgärder som vidtagits/planeras att vidtas för att, i bolagsordningen för AB Transitio, tillgodose kommunallagens krav.

11:10

För landstingets revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Gustaf Onilsgård
Ledamot

För kännedom:

Fullmäktiges presidium
Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för ledningsstab sekretariat

12:1

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -11- 09
Dnr LS/ 1791 /20 11

Till Landstingsstyrelsen

Initiativärende ang HPV-vaccin

Alla flickors rätt och möjlighet att vaccineras mot HPV-virus är en viktig insats för att ge förbyggande insatser på ett jämlikt sätt för att skydda kvinnor från livmoderhalscancer. Beslutat är att svenska flickor mellan 13-18 år ska vaccineras kostnadsfritt.

Det är mycket otillfredsställande att denna verksamhet inte kommer igång i landets och länets landsting p.g.a av de överklaganden som gjorts i den nationellt samordnade upphandlingen.

Region Skåne vill inte längre vänta på att de upphandlingstvister och överklaganden som pågår på nationell nivå ska lösas och har beslutat att göra en egen upphandling.

Därför yrkar jag

Att landstingsstyrelsen snarast undersöker möjligheten och tar ställning till att direktupphandla vaccin med syfte att snabbt komma igång med verksamheten.

Brunflo 2011-11-09

Marianne Larm-Svensson

Centerpartiet

Jämtlands Läns Landsting

13:1

Landstingsdirektören
Bitr landstingsdirektör Nina Fållbäck-Svensson
Tfn: 063-147566
E-post: nina.fallback-svensson@jll.se

2012-01-16

Landstingsstyrelsens uppföljningsplan för 2012

Ämnesområde	Föredragande tjänsteman	Styrelsemöte
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Kompetensförsörjning och -utveckling, inkl regionaliserad läkarutbildning - FoU-frågor, lägesbeskrivning och redovisning av fördelning av FoU-medel - Lokalförsörjning och Fastighetsstrategi	Björn Ahlnäs, Christina Reuterwall Christina Reuterwall Jan-Åke Lindroth	24-25 Januari
Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Planeringsförutsättningar 2013	Karin Jonsson	24-25 Januari
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Regionalt cancercentrum, RCC	Beatrice Melin	24-25 Januari
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Sjukskrivningsprocess och Rehabiliteringsgaranti, uppföljning 2011 - Patientsäkerhetsberättelse, resultat och aktiviteter 2011 - Bättre liv för äldre ("de mest sjuka äldre"); beskrivning av process, resultat 2011 och plan 2012 - Säkerhet, rapport 2011 och plan 2012 - Miljö, rapport 2011 och plan 2012 - Redovisning av operationsprojektet - Uppföljning av vindkraftsinvestering - Tillgänglighet och Vårdgaranti, analys av avvikelse 2011 och plan för 2012 - Öppna jämförelser 2011, analyserad rapport	Solgerd Lublin Anna K Lejonklou Anna-Karin Mattsson Roland Frisdalen Roland Frisdalen Roland Frisdalen Jan-Åke Lindroth Marie Norlen Anna K Lejonklou	21-22 Februari

13:2

Ärendeområde	Föredragande/ gästområde	Styrelsemöte
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Gemensam nämnd Frostviken - Gemensamma nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter - Regionförbundet Jämtlands län	Anne-Marie Jaarnek Lena Larsson Anders Byström	21-22 Februari
Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning - Medborgardialog - Process för behovsanalys	Gun Råberg Kjellerstrand Roland Frisdalen	21-22 Februari
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Årsbokslut 2011, inkl bolag och privata utförare - Likviditetsrapport - Över- och underskottshantering - Personalbokslut - Riks o Regionvård - Läkemedel - Jämställdhet och mångfald - Uppföljning beställd primärvård - Uppföljning vårdavtal - Redovisning Akutprojektet	Karin Jonsson Annika Jonsson Karin Jonsson Björn Ahlnäs Ingela Jönsson Roland Ylander, Per Magnusson Anna Ebenmark Lena Weinstock-Svedh L Weinstock-Svedh Anna-Lena Alfreds	27-28 Mars
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - E-hälsa ; Vården på Webben och patientinformation - Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan	Marit Nilsson, Gun Råberg Kjellerstrand Nina Fällbäck-Svensson, Carsten Dencker	24-25 April
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Inera AB - Regionförbundet Jämtlands län	Helge Jonsson Anders Byström	24-25 April
Övriga ärenden till styrelsen - Sammanträdestider för 2013	Helge Scharf Wramling	24-25 April

13:3

Ärendeområde	Föredragande tjänsteman	Styrelsemöte
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Delårsbokslut april - Likviditetsrapport - Jämställdhet och mångfald - Landstingsplan 2013-2015, inkl fastighetsinvesteringar - Medarbetarenkät	 Karin Jonsson Annika Jonsson Anna Ebenmark Karin Jonsson, Jan-Åke Lindroth Björn Ahlnäs	29-30 Maj
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - LÖF - Samordningsförbundet i Jämtlans län	. Helge Jonsson Åke Rönnberg	.29-30 Maj
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Delårsbokslut april - Likviditetsrapport - Jämställdhet och mångfald - Uppföljning inprioriteringar för 2012 - Redovisning av budgetfördelning och uppdrag till Centrumen 2013 - LD:s verksamhetsplan för 2013 - FoU	 Karin Jonsson Annika J Anna Ebenmark Karin Jonsson Karin Jonsson Roland Frisdalen FoU-chefen	27-28 september
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Regionförbundet Jämtlands län - Landstingsbostäder i Jämtland AB	 Anders Byström Helge Jonsson	27-28 september
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Internkontrollplan för 2013 - Styrelsens uppföljningsplan för 2013 - Uppföljning av kunskapsstyrning, implementering av nationella riktlinjer, effektivitet i prioriterade processer - Folkhälsa, utvecklingsprojekt, uppföljning, strategi - Patientsäkerhet, resultat, avvikelser, åtgärder	 Roland Frisdalen Nina Fällbäck-Svensson Nina Fällbäck-Svensson, m fl Ronny Weylandt Anna K Lejonklou	23-24 oktober
Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. - Norrlandstingens regionförbund, NRF	 Ingela Jönsson	23-24 Oktober
Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen - Ungdomsmottagningen, uppföljning av tidigare		27-28 November

13:4

Ärendeområde	Föredragande tjänsteman	Styrelsemöte
beslut - Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan - Brukardialoger, uppföljning, redovisning av pågående arbete - Patientenkäter och vårdbarometer, resultat	Susanne Högberg Nina Fållbäck-Svensson, Carsten Dencker N Fållbäck-Svensson Roland Frisdalen	
Övriga ärenden till Styrelsen - Årsavtal med Stiftelsen Jamtli	Helge Jonsson	27-28 November
Styrelsens begäran om yttranden och upplysningar från nämnder och beredningar – motsvarande - Information om fullmäktigeberedningarnas verksamhetsplaner för år 2013 - Revisionsplan 2013	resp beredningsordförande Majvor Enström	11 December

Jämtlands Läns Landsting

14:1

Ledningsstab kvalitet
Göran Zackrisson
Tfn: 063-147547
E-post: goran.zackrisson@jll.se

2011-11-28

Landstingsstyrelsens internkontrollplan 2012

Styrelse	Process/rutin	Riskbild	Kontrollmoment
LS uppföljningsplan 21-22/2 2012	**Patientsäkerhet**	• Kontaktrutinen för patient vid hemgång/sjukresa brister och kan medföra att patient lider allvarlig skada • Patient avstår behandling pga krångliga eller obefintliga färdsätt. • Otillräcklig information till patient/anhörig vid hemgång	Uppföljning/studie av hur föreslagna åtgärder vid avvikelser följs upp. Information från riskbild.
		Överklagade upphandlingar påverkar patientsäkerheten.	Förstudie för att inventera omfattning och risk
		Smittspridning vid bygg- och renoveringsprojekt	Förstudie för att inventera omfattning och risk
LS uppföljningsplan 21-22/2 2012	**Miljö**	Extern miljöpåverkan på verksamheten	Information omvärldsbevakning och genomförda riskanalyser avseende extern miljöpåverkan
	Ekonomi	Felaktiga beslut beroende på okunskap/otydlighet om det ekonomiska läget	Uppföljning/studie avseende ekonomiska analyser, föreslagna åtgärder/handlingsplaners effekt.

14:2

Styrelse	Process/rutin	Riskbild	Kontrollmoment
LS uppföljningsplan 24-25/1 2012	**Kompetensförsörjning**	Informations- och kommunikationsbrist medför dålig introduktion för nyanställda.	Studie för uppföljning av introduktion av nyanställda
		• Läkarbrist påverkar patientsäkerheten. • Dålig kontinuitet i patientkontakten pga stafettläkarsystemet. • Svårrekryterade specialister	Följs i månadsuppföljning under 2012
		Nyckelfunktioner med unik/specifik kompetens slutar.	Information om nyckelkompetens.
		Stor personalreducering på grund av personalflykt, sjukdom	Information om personalreducering
		Miljökompetens i egen förvaltning	Information om nivå på miljökompetens inom egen förvaltning
LS uppföljningsplan 21-22/2 2012	**Krisberedskap**	• Långa avstånd och begränsade transport- resurser medför stora konsekvenser för de drabbade i en olycka. • Ledningen reser gemensamt och drabbas av en olycka • Epidemi/Pandemi medför stort patienttryck. • Flygolycka Åre Östersunds flygplats • Störning vattenförsörjning på grund av olycka vid vattenreningsverk • Bortfall telefoni • Energiransonering • Sabotage (internt)	Information om status hearing och ställningstagande till ev fördjupade uppföljningar/studier inkl fastighet/skalskydd

14:3

Styrelse	Process/rutin	Riskbild	Kontrollmoment
LS uppföljningsplan 21-22/2 2012	**Informationssäkerhet**	• Ej kompatibla datasystem. Vi litar för mycket på tekniska system avseende varningar. • IT-system slås ut • Dataintrång • Datahaveri på grund av avgrävda kablar, sabotage • Sekretessbrott. • Enskilds uppgift sprids till obehörig	Information om status hearing och ställningstagande till ev fördjupade uppföljningar/studier
	Ledning/styrning	Ärenden diarieförs ej enl gällande regler. Viktiga ärenden kan bli utan åtgärd.	Uppföljning av ärenden.
		Beslutade åtgärder implementeras ej i verksamheten på grund av otydliga beslut och/eller bristande styrsystem.	Uppföljning/studie av hur föreslagna åtgärder vid avvikelser följs upp.
		Husras byggnad 08 på grund av svällning skiffer.	Information om genomförda och planerade åtgärder. Riskanalys.
	Fastighet	Elbortfall ordinarie nät samt reservkraft krånglar	Redogör vilka rutiner/checklistor som finns samt genomförda riskanalyser

15:1

Jämtlands Läns Landsting

SPONSRINGSPOLICY

- OM STÖD OCH BIDRAG TILL EXTERNA ARRANGEMANG OCH PROJEKT

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
0.100	2006-08-01	Skapat
0.101	2006-10-16	Reviderad version inför beslut i beredningen 2006-11-09
0.200	2006-11-09	Beslut i demokrati och länsutvecklingsberedningen
0.300	2007-05-11	Omarbetat och beslut i Demokrati och länsutvecklingsberedningen
1.0	2007-06-27	Beslut i fullmäktige §108

1 LANDSTINGETS STÖD TILL EVENEMANG OCH PROJEKT – PERSPEKTIV OCH MÅLSÄTTNINGAR

Jämtlands läns landsting vision är att bidra till en god hälsa och positiv livsmiljö för alla dem som lever och verkar i Jämtlands län. Ett belägg för landstingets roll som regional utvecklingsaktör och för framgången i arbetet är de förfrågningar och ansökningar som inbjuder landstinget till medverkan i olika verksamheter och projekt som syftar till att utveckla länet och till att berika livsmiljön. Samtidigt ställer handläggningen av olika stöd till evenemang och arrangörer stora krav på landstingets som myndighet från flera utgångspunkter. Denna policy syftar till att ge förutsättningar för betydelsefulla evenemang och verksamheter att lokaliseras till Jämtlands län och att skapa en effektiv och transparent handläggning av de samarbeten som landstinget medverkar i.

Definition
Sponsring som begrepp innefattar både stöd och bidrag till olika former av samarbete. Begreppet sponsring kan även innefatta ekonomiskt stöd och samarbeten i båda riktningarna. Denna policy begränsas till att omfatta samarbeten där Landstinget beviljar stöd till evenemang och projekt som organiseras av externa arrangörer.

1.1 POLICY FÖR STÖD TILL EVENEMANG OCH PROJEKT DÄR JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING ÄR EN SAMARBETSPARTNER

Landstingets skäl att medverka till evenemang och projekt i samarbete med externa organisatörer är att landstinget därigenom på ett avgörande sätt kan bidra till visionen om god hälsa och positiv livsmiljö genom stöd och samverkan. Landstinget har ett ansvar för hälso- och sjukvården i länet. Landstinget har därför ett naturligt intresse att planera hälso- och sjukvård även för större evenemang i länet.

Landstinget har ett särskilt ansvar som aktör inom regional utveckling och har en viktig funktion att fylla för att viktiga evenemang och angelägna projekt skall komma till stånd utan geografiska gränser.

I målbilden för landstinget ligger att den verksamhet som stöds skall leda till en förbättring av förutsättningarna att leva och bo i Jämtlands län. Ett ökat underlag för kultur, arbete och bosättning gör att landstingets förutsättningar att arbeta inom Landstingets huvudsakliga kompetensområde – hälso- och sjukvård – förbättras.

Landstinget är väl medvetet om den kraft som ligger i att landstinget medverkar i olika satsningar i egenskap av regional utvecklingsaktör. Den politiska viljan att landstinget skall medverka i olika evenemang och projekt är i allmänhet större än både tillgängliga resurser och den kommunala kompetensen med hänsyn till kommunallagen tillåter. Därför är det en nödvändighet att landstinget årligen gör en samlad bedömning i budgetarbetet av vilka satsningar som ger den största måluppfyllelsen för landstinget. Samtidigt görs en prövning av evenemangets eller projektets förutsättningar att möta landstingets horisontella kriterier om jämställdhet, sysselsättning, miljö m.fl. tillämpliga perspektiv. Utrymmet till stöd/sponsring läggs fast i budget från år till år.

15:4

- Landstingets stöd till externa arrangörer gäller aktiviteter som är väl avgränsade i tid men tjänar ett långsiktigt syfte.

- Landstingets medverkan fokuseras därför till insatser som långsiktigt
  - förverkliga satsningar knutna till länet,
  - initierar utveckling och
  - tillför kompetens till länet.

- Öppenhet och transparens skall prägla information om tillgängliga medel, beslut om medverkan liksom uppföljning av arrangörens uppnådda resultat med evenemang och projekt.

- Landstingets redovisning anpassas så att stöd till externa arrangörer kan följas upp på ett ändamålsenligt sätt.

- Budgetramar för stöd till evenemang och projekt fastställs av landstingsfullmäktige

- Landstinget beviljar stöd till evenemang och projekt endast om landstinget kan utöva inflytande i evenemanget eller projektet. Detta för att landstingets övergripande mål om folkhälsa, demokratisk grundsyn, m.fl. värdegrundsbaserade utgångspunkter inte ställs mot varandra.

- Landstingsdirektören fastställer en handlingsplan för landstingets stöd till externa arrangörers evenemang och projekt. Handlingsplanen skall omfatta handläggningsordning, delegation och föreskrifter för tillämpningen av dessa.

- Landstingsfullmäktige fastställer årligen inriktningsmål för stöd till externa arrangörers evenemang och projekt i landstingsplanen.

15:5

Hej,

NCK (Nordiskt centrum för kulturarvspedagogik) arrangerar den traditionella vårkonferens 8-9 februari på Jamtli. Denna gången blir temat "Gränsöverskridande kulturarvspedagogik". Programmet bifogas.

Det har naturligtvis blivit en tradition att vi också visar våra gäster från hela Norden vilken fin stad och härlig region de besöker.

Det har också blivit en flott tradition att landstinget bjuder på festmiddag och kommunen på en lunch i samband med programmet. Vid middagen utdelas NCK:s årspris för extraordinärt bra kulturarvspedagpogiskt arbete.

Vi anslår ca. 80 deltagare i konferensen.

Jag ansöker därför med detta om att landstinget också i år bjuder på middagen och kommunen på lunch (traditionellt är det lunchen dag 2). Jag hoppas naturligtvis på att ni då kan närvara.

Med vänlig hälsning
Henrik

18:1

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -07- 06
Dnr LS/ ...../20.....

Grötingen 2011 07 03
Anna Lindström
Grötingen 221
840 60 Bräcke
0693 15015
0693.15015@telia.com

Harriet Jorderud
Robert Uitto
Anna Hildebrand
Monalisa Norrman

Medborgarförslag om det inte ligger med i ert uttaland BEHANDLING AV PATIENTER MED STROKE- OCH HJÄRTSJUKDOMAR SAMT PERSONER MED BEHOV AV NEUROPSYKISKA INSATSER
Har läst ert debattinlägg Länstidningen 2011 06 15
Jag har som patient följt utvecklingen på Ortopediska/Neurologiska rehabiliteringen sedan Juni 2008 febr 2009 och nu månadsskiftet maj- juni 2011
Vårdplatser har dragits in i fungerande lokaler underbar miljö, Varmvattenbassäng, Träningsredskap, VI HAR REDAN VAD ANDRA INTE HAR RÅD MED ATT INRÄTTA FLER VÅRDPLATSER.
Ett bättre och snabbare omhändetagande av färdigbehandlade patienter ger större effekter För den enskilda patienten - livskvalite. Vinst även i framtida vårdkostnader,KAN SJÄLV Många har läkare som är stela och opersonliga saknar empati ,mindre tränade i omsorg.
Forskning visar att omsorg och terapi har ett stort medicinskt värde.
VI HAR REDAN LÄKARE SOM TAR SIG TID MED PATIENTEN OCH DESS ANHÖRIGA Så ge de personalresurser,

Jag lägger in ett förslag schemalägg . **Sjukgymnaster, terapeuten, kurator likt vårdpersonal sjuksköterskor mfl. Att arbeta på helger kanske andra vardags tider**
PATIENTER FÖRVARAS EJ KVÄLLAR OCH HELGER VI FÅR LOSS VÅRDPLATSER och patienter får meningsfull rehabiliterings insats.

Hjälp överläkare Erik Mårtenson, överläkare Ann Axelsson samt läkare Els-Margret Renström Hänvisa inte bara till pengar Folket på golvet har många gånger bra tips Som inte behöver kosta men som blir samhällsvinst.

Har ni gjort någon konsekvensanalys av indragningen av vårdplatser samt personal Hur det påverkat att patienter fått vänta längre OCH ATT PERSONALEN HAR I MINA ÖGON EN OUTHÄRLIG ARBETSMILJÖ om inte personalen fanns och hjälpte varandra skulle de inte klara PATIENTSÄKERHETEN OCH BEMÖTA PATIENTERNA MED HÖG KOMPETENS OCH LYSSNANDE TILL OLIKA ÖNSKEMÅL ,OCH UTFÖRA DEM MED ETT GLATT LEENDE.

Kanske kan NI DEN 12 – 13 SEPTEMBER när årets viktigaste vårdkonferens hålls Huvudtemat i år en nollvision för vårdskador
Berätta att Ni jobbar för att färdigbehandlad patient ska snabbt få rehabilitering för Att snabbare komma tillbaka till arbete eller bättre livskvalite och lägre vårdkostnader

I Estland läste jag följande. Internet knyter samman människor icke datamaskiner. Regeringsmöten hålls papperslösa har de haft sedan 2000, LÅT SKOGEN VÄXA. DET BEHÖVS EJ DÖDA TRÄN FÖR ATT FATTA BESLUT.

Anna Lindström

19:1

Medborgarförslag:

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 110708
Från:
Carin Ahlstedt
Rörosvägen 121, 840 95 FUNÄSDALEN
0684-211 79, 070-511 64 19
carin21179@telia.com

Förslaget i korthet:
Att tjänsten "Mina vårdkontakter" inte införs på respektive hälsocentral förrän det finns tid och utbildad personal att hantera den.
Alternativt att det under hög belastning, t.ex. sommartid, ligger ett meddelande på den hemsidan om att tjänsten inte bevakas.

Motivering:
Tjänsten "Mina vårdkontakter" via nätet ser i förstone alldeles utmärkt ut, åtminstone när man till slut upptäckt att man måste scrolla långt över tomt utrymme till höger i bilden för att hitta "knappen" för att skicka sitt meddelande.

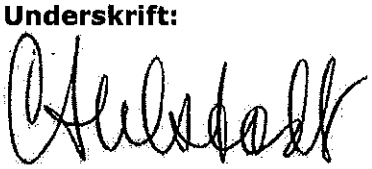
Som vårdtagare måste man lägga ner en hel del tid och ansträngning för att orientera sig på denna hemsida och skaffa sig nödvändiga inloggningsuppgifter, det senare är helt motiverat ur säkerhetssynpunkt. Den tiden lägger man gärna ner, för att man tror att detta system kommer att underlätta både för mottagningen ifråga och en själv och för att man sedan kommer att ha dokumentation på alla kontakter.

När man till slut lyckats få till det ärende man önskar, så kan man på hemsidan begära att få besked via SMS och/eller e-post om när man fått svar. Också det alldeles utmärkt! Om det fungerar, vill säga ...

När inget sådant meddelande kommer och man till slut ringer, så får man till svar att "oj, oj, det är så mycket man skulle vara inne på, men ingen har tid med det nu ..." eller "jag är bara vikarie här, så det vet jag inget om".

När jag sedan ringer landstingets växel för att få tala med den som ansvarar för införandet av "Mina vårdkontakter", så är det ingen där som har en aning om vem det är eller vart jag skall vända mig. Därav detta medborgarförslag!

Härmed godkänner jag att Jämtlands läns landsting lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kan även bli publicerat på landstingets webbplats.
Underskrift:



20:1

Medborgarförslag

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -07- 07
Dnr LS/ 1146/2011

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2011-07-05

Från:
Namn. Stina Almén
Gatuadress. Fröjavägen 11 a
Postnummer och ort. 832 47 Frösön
Telefon-/mobilnummer. 0703984503
E-postadress. almenstina@gmail.com

Förslaget i korthet:

Flexiblare möjlighet till tidsbokning på hälsocentralen, gemensamt överenskommet system för förvaring av material på provtagning för att underlätta för personal som får rycka in vid sjukdom mm.

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

När jag skulle kontakta hälsocentralen för dotterns räkning, så gick mycket tid åt för både mig och distriktssköterskan för att boka tiden.
Dag 1. Jag ringde - telefonkö - bad att bli uppringd - bra service! - fick svar och erbjuden en tid som vi inte skulle hinna till. Frågade om en tid på eftermiddagen, men fick inte boka då eftersom de skulle vara till de som ringde på eftermiddagen??!! Varför? Frågade om en tid nästa dag - nej fick inte - måste ringa nästa dag för det??!!!
DAg 2. Jag ringde - telefonkö - bad att bli uppringd - fick svar (samma sköterska som dag 1) - drog ärendet igen och fick en tid.
OM man redan dag 1 hade kunnat boka tid så hade min tid sparats och framförallt så hade sköterskan kunnat svara en annan vårdtagare istället för mig. Skulle tro att det inte bara var jag som fick ringa dag 2. Slapp man den "översläpningen" skulle kanske telefonköerna kortas.

Labbet.
När vi kom dit så var det en vikarie som hade fått rycka in pga sjukdom. Hon ägnade en stor del av tiden till att leta efter var saker och ting låg och fick till slut vänta på en av de ordinarie för att hitta allt. En patient som var innan oss skulle bara hämta ett rör och ett papper för att sedan få återkomma med ett prov. Eftersom vikarien inte visste var man förvarade remisser, så fick den patienten vänta i ca 30 minuter. I vårt fall så hittade inte vikarien materialet och kunde inte ta alla prover, utan vi fick vänta på ordinarie personal. Väntrummet fylldes under tiden upp med en massa nya patienter som skulle ta prov.

Hade man däremot ETT sätt att lägga saker och ting på alla centralen (förstår att det inte går exakt, men säkert kan man nå vissa gemensamma regler) så skulle detta inte ha inträffat utan det skulle ha gått mycket smidigare. Tidsvinst för patienter och vårdpersonal.

Härmed godkänner jag att Jämtlands läns landsting lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kan även bli publicerat på landstingets webbplats.

Underskrift: _____

21:1

Medborgarförslag

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -07- 26
Dnr LS/ 1227/20..11.....

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2011-07-24

Från:
Namn. Emanuel Sandberg
Gatuadress. Slandrom 376
Postnummer och ort. 83293 Frösön
Telefon-/mobilnummer. 063-37230
E-postadress. emanuel.sandberg@ostersund.se

Förslaget i korthet:

Frivilliga livräddare

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

Se bilaga

Härmed godkänner jag att Jämtlands läns landsting lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kan även bli publicerat på landstingets webbplats.

Underskrift: Emanuel Sandberg

Mall för medborgarförslag till Jämtlands läns landsting, Sekretariatet, J Winoy, tfn: 063-14 75 51, e-post: james.winoy@jll.se

Jämtlands Läns Landsting

21:2

Frivilliga livräddare får larm med sms

I Stockholm har sms-livräddare gjort 215 utryckningar och troligen räddat 20 människors liv..

Här i Jämtland är det långa transporter till läkare speciellt kvälls-och nattetid. En del hinner inte få den hjälp de behöver i tid även om man använder helikopter.

Varje år drabbas flera av hjärtstopp i hemmet eller på arbetsplatsen. För varje minut som går ökar risken att dö, efter fem minuter är risken femtio procent.

En hel del i länet har gått utbildning i hjärt- och lungräddning ett antal av dem finns tillgängliga på de olika orterna och de skulle kunna hjälpa till i väntan på ambulans eller helikopter.

Så har kan det gå till: När SOS alarm får ett nödsamtal skickar de ett sms till de registrerade och utbildade som befinner sig inom 500 meters radie från den sjuke samtidigt som ambulans larmas detta gör att man kan gripa in i ett tidigt skede av tex hjärtattacken.

Jag föreslår att :

Landstinget tar ett initiativ till att en liknande insats genom att erbjuda frivillig utbildning av lämpliga personer eller registrering av redan utbildade personer,

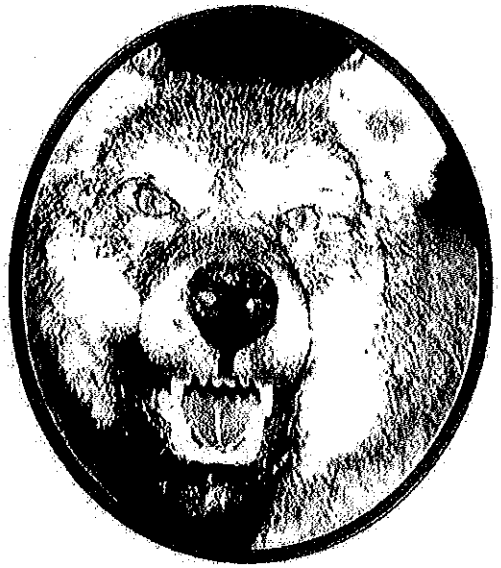
Östersund 110724

Emanuel Sandberg

22:1

Landstingsfullmäktige i Jämtlands län

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -11- 09
Dnr LS/ 1787/20 11



MOTION:

Ett vargfritt landsting/län av regionalpolitiska skäl.

Vårt landstingsområde/län är för närvarande tämligen fritt från varg. Orsaken till det är statens beslut sedan länge att renbetesland inte kan hysa fasta bosättningar av varg.
Rennäring och vargförekomst går inte att förena. Samma sak kan man påstå om fåbojordbruk och om småskalig livsmedelsproduktion som baseras på frigående djur som get, får och kor.

Sverige har idag en ambition att bli ett nytt matland. Regeringens ambition är att bli främsta matlandet i Europa. Lokal och regional mat och matkultur väcker stort intresse. Jämtlands län har fantastiska förutsättningar att skapa upplevelser genom mat. På landsbygden föder man upp djur många gånger i verkliga kulturmiljöer. Mer och mer av förädling sker runt om i länet, både av kött, fisk, ost och bröd. Även boende i dessa mat-och djurmiljöer erbjuds i ökande utsträckning.
I länet finns ett stort engagemang för miljö-och klimatfrågor, en god djurhushållning samt säker och miljövänlig matproduktion i hela kedjan från ax till limpa.
Sveriges mest ökande näring är turismen och i vårt län är det den största näringen förutom offentlig verksamhet. Turistmåltider och handel med livsmedel i turismen omsätter idag miljardbelopp i Sverige. Vi vet att många ser mat och upplevelser genom mat som en viktig del av sin semester. Matupplevelser i landsbygden är ett växande semestermål och alltfler söker sig dit för upplevelsen och för att nyttja landsbygdens resurser. Den största turistströmmen förutom under sommaren till vår landsbygd är troligen älgjägare under hösten som formligen fyller våra skogar i jakten efter den världsberömda jämtländska älgen. Älgjägarna

22:02

levererar mången välbehövlig kronor/Euro till vår landsbygd då de både bor och äter här under ca en vecka.
Vårt nationaldjur Älgen är vargens stapelföda. Man beräknar att en vuxen varg fäller upp till 12 älgar årligen. Vargen är vårt mest omdebatterade rovdjur. Den blev utrotad under 1950-60 talet men har åter etablerat sig i Mellansverige. Där går debattens vågor mycket höga, antingen är man för eller emot. Vår del av Sverige har hittills räddats av renbetesområdets bestämmelser att vargfrihet gäller.
Vi bör se på denna fråga ur flera aspekter. En viktig aspekt är vår Regionala utvecklingsstrategi (RUS). Där pratas det om livsmiljö och attraktionskraft och om näringsliv och företagande som två av fyra utvecklingsområden.
Väldigt många av de gårdar som ligger i vargområden i Mellansverige skyddas idag av höga elstängsel och är inte omgärdade av gärdesgårdar som turisterna vill se. Många gårdar har slutat med djurhållning och andra för en tynande tillvaro då de inte orkar med oron att deras djur skall bli angripna. Många älgjägare i söderut har sökt sig norrut för att få möjlighet att jaga traditionsenlig löshundsjakt. Älgtillgången minskar kraftigt om fast vargetablering tillåts. Länets livsmiljö och attraktionskraft minskar märkbart särskilt på landsbygden samt försvåras näringsliv och företagande i just dessa näringar som regeringen sagt skall växa. "Det främsta matlandet i Europa" är mantrat och en stärkt landsbygd med ökande sysselsättning och fler invånare vill man se. Min tro är att man inte når målet om det skulle ske fast etablering av varg i länet. Och det kan ske genom att regeringen ändrar sig vad gäller varg inom renbetesområdet eller att man tillåter utplantering eller flyttning av varg till länets östliga delar.
Min uppfattning är att länets politik i kommuner, landsting och Region Jämtland uttalar sig mot fast etablering av varg.

Jag motionerar därför:
att Landstingsfullmäktige uttalar att man som politiskt organ anser att fasta etableringar av varg inte bör få ske i Jämtlands län

att landstingsfullmäktige översänder motionen till Region Jämtland med rekommendation att de fattar ett likalydande beslut.

Frösön den 8 november 2011

Finn Cromberger
Ledamot av Landstingsfullmäktige
folkpartist

23:1

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -07- 11
Dnr LS/ 1171 /2011

Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands län, med anledning av ambulansverksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att det skall finnas den personal som behövs för att ge god vård.
Arbetets art avgör vilken kompetens som behövs. Varje enhet skall vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning. Vi politiker tillsammans med övrig landstingsledning och ansvarig chef har ansvar för att det finns personal med såväl formell som reell kompetens som kan fullgöra de uppgifter som skall utföras, och därigenom verka för att hela befolkningen får en sjukvård på lika villkor och med hög kvalitet.

Ambulanssjukvården har under senare år befunnit sig i en relativt stark utveckling i Sverige. Allt fler avancerade medicinska bedömnings-, undersöknings- och behandlingsmetoder har införts i det dagliga arbetet. Detta förhållande ställer krav, såväl på medicinsk kompetens, som på ett aktivt kvalitets- och utvecklingsarbete inom ambulansverksamheten.

Ambulanssjukvården står ofta inför situationer som ställer höga krav på dess företrädare. Den måste bygga på förutsättningen att patientens medicinska behov säkerställs och att allmänhetens förväntningar och krav blir tillgodosedda. Kompetens och tillgänglighet är väsentliga begrepp för en väl fungerande ambulanssjukvård.

Ambulansverksamheten i Jämtlands län behöver en extern genomlysning, på samma sätt som
psykiatrin reviderades för några år sedan.

-Jag yrkar att landstingsfullmäktige ger landstingsledningen i uppdrag att genomlysa ambulansverksamheten med extern uppdragsgivare.

Gert Norman

Gert Norman (v)
Fullmäktigeledamot

23:2

Jämtlands Läns Landsting

Översyn av ambulanssjukvården i Jämtlands län mars 2011

Version: 1

Ansvarig: Ingalill Persson, Verksamhetsområdeschef område akutvård

Handläggare: Anita Secher, vårdutvecklare område akutvård

Ingalill Persson

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2011-02-11	Arbetsmaterial till H Jorderud		
2.	2011-03-09	Slutrapport		

Ingalill Persson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 SAMMANFATTNING 5
2 BAKGRUND 7
3 UPPDRAG 8
4 AMBULANSVERKSAMHETEN 2010 8
4.1 Genomförda förändringar 2000-2010 8
4.2 Verksamhetsidé 8
4.3 Ambulanssjukvårdens uppdrag och mål 8
4.4 Resurser 9
4.5 Resurser medarbetare 9
4.6 Kostnadsutveckling ambulansverksamhet 11
4.7 Övriga ambulans- och sjukreseverksamheter 11
4.7.1 Ambulanshelikopter 11
4.7.2 Ambuss 12
4.7.3 Sjukresor 12
4.8 SOS Alarmerings- och dirigeringstjänst 15
4.9 Avtal IVPA (I Väntan På Ambulans) 15
4.10 Avtal VIA (Vård Innan Ambulans) 16
5 VERKSAMHET PER AMBULANSSTATION 16
5.1 Uppdragsfrekvens per ambulansstation 16
5.2 Uppdragsprioritet 17
5.3 Variation över året 17
5.4 Uppdragens fördelning över dygnet 18
5.5 Tid per uppdrag, medianvärde 21
6 UPPDRAG AMBULANSHELIKOPTER 22
6.1 Fördelning över året 22
6.2 Fördelning över dygnet 22
6.3 Fördelning på orter 23
7 TILLGÄNGLIGHET 24
7.1 Ambulansernas täckning av länet 24
7.2 Samarbetsavtal med andra landsting/länder 25
8 UTVECKLING 25

8.1 Behandling på plats 25
8.2 Sjukvårdande uppdrag (prio 4) 25
8.3 Turismen 26
9 UTREDNINGSALTERNATIV 27
9.1 Minskad tillgänglighet på orter med säsongsvariationer 27
9.2 Längre inställelsetid på stationer med få uppdrag under natten 29
9.2.1 Förslag A. Sämre tillgänglighet 9 timmar per natt 29
9.2.2 Förslag B. Sämre tillgänglighet 6 timmar per natt 32
9.2.3 Konsekvenser längre inställelsetid 34
9.3 Färre personer per station 34
9.3.1 Konsekvenser färre personer per station 36
10 REFERENSER 36
11 BILAGOR 37

1 SAMMANFATTNING

Syftet med översynen av ambulanssjukvården är att hitta alternativ till dagens verksamhet där kostnaderna är lägre än idag då ambulansverksamheten i Jämtland är förhållandevis dyr i jämförelse med andra Nysam-landsting.

Ambulansverksamheten har över tid genomgått en hel del förändringar som resulterat i minskade ambulansresurser. Idag finns i länet 11 ambulansstationer varav 10 i landstingets regi. På alla stationer utom Östersund och Strömsund finns endast en ambulans tillgänglig under hela året, under vintersäsongen finns extra resurser i Åre och Vemdalen. Målet med placering av ambulansstationer är att 95% av befolkningen ska nås av ambulans inom 30 minuter (tiden är teoretisk och grundar sig på att en ledig ambulans finns disponibel på respektive station när larmet går). Detta klarar ambulanssjukvården inte av idag utan medianvärdet för måluppfyllelse vid Prio 1-larm är 77%. Från 2005 finns krav på att varje ambulansbesättning ska bestå av minst en sjuksköterska. Det har inneburit att mer sjukvårdande behandling kan utföras av ambulansresurserna. Totalt åtgår åtta heltidsanställningar för att bemanna en dygnsambulans. Utöver dessa åtta personer finns behov av vikarier för att täcka upp vid frånvaro och utbildningar. Kostnadsutvecklingen mellan åren 2005 till 2010 visar på en ökning av nettokostnaden per uppdrag från 4 974 kronor till 5 886. Under samma period har personalkostnaden per arbetad timme ökat från 294 kronor till 339, detta samtidigt som antalet arbetade övertidstimmar minskat. Övriga ambulansresurser är ambulanshelikoptern som även har tillgång till vägambulans och storambulansen Ambuss vilken används för dagliga, planerade transporter till Umeå.

En omvärldsbild av bemanning av ambulanser på några olika stationer runt om i landet visar att de flesta stationer har ambulansresurserna tillgängliga omedelbart. Det innebär att det åtgår minimum åtta årsarbetare per dygnsambulans. På Norrbottens glesbygdsstationer har man sämre tillgänglighet genom längre inställelsetid och då kan också bemanningen minskas..

Uppdragsfrekvensen varierar stort mellan de olika stationerna i länet, från Gäddede med cirka 0,5 uppdrag per dygn till Östersund med drygt 13 uppdrag, alla stationer utom Strömsund och Östersund hade färre än 3 uppdrag per dygn i genomsnitt under 2010. Arbetstyngden i Östersund ligger i mängden uppdrag medan de ambulansstationer med relativt få uppdrag som ligger perifert ifrån Östersunds sjukhus i stället har belastningstyngden i långa transporter och handläggningstider. Av totala antalet uppdrag är ungefär en tredjedel brådskande ärenden (prio 1), den största delen är prio 2 och en mindre del är prio 3. Säsongsvariation i antalet uppdrag ses tydligt på stationer med vinterturism. Funäsdalen, Hede, Järpen och Krokom har betydligt fler uppdrag under vintermånaderna än under resten av året. Resurser tillförs därför under vintermånaderna med en dagbil i Vemdalen respektive en bil i Åre.

Över dygnet kan ses en variation i antal uppdrag. De flesta uppdragen sker under dagtid och ett betydligt lägre antal uppdrag under sena kvälls- och nattimmar. Under tidsperioden mellan klockan 21 och 06 har stationerna Bräcke, Funäsdalen, Gäddede, Hammarstrand, Hede samt

Sveg i genomsnitt mindre än ett uppdrag varannan natt. De stationer som under samma tidsperiod har mindre än ett uppdrag var tredje natt är Funäsdalen, Gäddede och Hede. Under tidsperioden mellan klockan 00 och 06 har Bräcke, Funäsdalen, Gäddede, Hammarstrand, Hede, Sveg samt Svenstavik mindre än ett uppdrag var tredje natt. Hur lång tid ett uppdrag tar varierar mellan stationerna, till viss del beroende på avstånd till sjukhuset. Mediantiden per uppdrag varierar mellan ca en timme i Östersund och knappt fem timmar i Gäddede.

I syfte att förkorta väntan på hjälp och för ökad trygghet hos medborgarna finns avtal, IVPA (I Väntan På Ambulans), med olika räddningstjänster i länet. Avtalet innebär att räddningstjänsten larmas ut på prio 1 larm vid akut livshotande sjukdom eller olycksfall i de fall ambulans inte finns tillgänglig inom 15 minuter. Totalt finns räddningstjänsten tillgänglig för IVPA-uppdrag på 18 orter men arbete pågår med att se över möjligheterna till en utökning av verksamheten.

Antalet turister i länet påverkar behovet av ambulansresurser i vissa områden. Möjligheten till konstsnö har förlängt vintersäsongen, även antalet gästnätter under sommarsäsongen visar på en ökning. Turistnäringen i Härjedalen och Åreområdet arbetar för en ökad turism under både vinter- och sommarsäsong och räknar med en fortsatt ökning av antalet gästnätter.

Utifrån den ovan beskrivna bakgrunden och genomgången av ambulansverksamheten har två inriktningar till att minska kostnaderna framkommit. En inriktning är minskad tillgänglighet med de två alternativen säsongsvariation eller längre inställelsetid under tid på dygnet med färre uppdrag. Andra inriktningen är samma tillgänglighet som idag men med färre personer per ambulansstation.

Alternativ med minskad tillgänglighet på stationer med säsongsvariation: Under vintermånaderna utökas resurserna vilket gör att stationer med säsongsvariation är aktuella för utredningsalternativ på samma villkor som övriga stationer.

Alternativ längre inställelsetid under tid med få uppdrag: Alternativet innebär en ändring från att personalen under natten har jour eller aktiv tid med 90 sekunders inställelsetid till beredskap med 10 minuters inställelsetid. Beräkningar är gjorda utifrån två olika tidsperioder, mellan a) klockan 21-06 eller b) klockan 00-06. I kostnadsberäkningarna ingår ändrade kostnader för jour och beredskap, lönekostnader för årsarbetare, övertidsersättning samt ökat nyttjande av ambulanshelikoptern. Gäddede är ej med i kostnadsberäkningar.
a) Beredskap mellan klockan 21-06 kan innebära en kostnadsminskning på cirka 1,0 – 2,1 miljoner kronor per år beroende på hur vilket målvärde som sätts för antal uppdrag under natten. 1,0 miljoner är beräknat på de stationer (2) med mindre än ett uppdrag var tredje natt och 2,1 miljoner är beräknat på stationer (5) med mindre än ett uppdrag varannan natt.
b) Beredskap mellan klockan 00-06 innebär en kostnadsminskning med cirka 0,85 miljoner kronor vid beräkning på de stationer (6) som har mindre än ett uppdrag var tredje natt.

Konsekvenser vid längre inställelsetid:

För medborgare. Vid längre inställelsetid för ambulanspersonalen kommer tillgängligheten för medborgarna i aktuella områden att minska. Väntetiden på ambulans kommer att öka. Förutsättningarna för invånarna i länet kommer att vara olika. Risk finns även för negativ påverkan på turistnäringen i Härjedalen, då tillgång till akutsjukvård kommer att skilja sig från andra områden i länet.. Måluppfyllelsen att 95% av Prio 1-uppdragen ska nås inom 30 minuter uppnås inte idag och kommer att försämras ytterligare.

Medarbetare. För medarbetarna innebär det att man får arbeta fler pass (dygn) per vecka, från dagens 1,75 till antingen 2 eller 2,33 pass. Totala uttaget av arbetstid per medarbetare ökar liksom tiden för övertid. Mer arbetad tid ger minskad möjlighet till återhämtning och förmodligen en risk för ökad sjukfrånvaro. Risk finns att rekrytering till glesbygdsambulanserna försvåras ytterligare då det är andra arbetsvillkor än på övriga stationer.

Alternativ med färre personer per station: Möjligheten att minska antalet årsarbetare begränsas av ATL. Den minskning som är möjlig och samtidigt klara ATL är från 8 årsarbetare till 7,5. Vid beräkning på 9 dygnsambulanser där hänsyn är tagen till lönekostnad för årsarbetare, jourkostnad samt övertidskostnad blir det en kostnadsminskning på cirka 0,25 miljoner, vilket innebär ca 27 000 kronor per dygnsambulans.

Konsekvenser vid färre personer per station:
För medborgare. Inga.

Medarbetare. Antalet arbetspass (dygn) per vecka kommer att öka från 1,75 till 1,87. Veckoarbetstiden ökar från 36 timmar 20 minuter till 38 timmar 15 minuter för sjuksköterskor och 37 timmar för undersköterskor. Totalt uttagen tid (aktiv tid + jour) kommer att öka. Till detta kommer en ökning av övertidsarbete. Mer uttagen tid ger minskad möjlighet till återhämtning och förmodligen en risk för ökad sjukfrånvaro.
Ska alla ha möjlighet att arbeta heltid måste halvtidstjänstgöringen delas mellan två stationer för att få till en heltid vilket inte är enkelt med de stora avstånden mellan stationerna.

2 BAKGRUND

Kostnaden som redovisas i Nysam för ambulanssjukvården i Jämtland är hög jämfört med andra NYSAM- landsting. Kostnaden per invånare 2009 är för Jämtland 824 kronor. Övriga landsting ligger mellan 311 och 704 kronor, medianen är 506 kronor. I kostnaden per invånare för Jämtland finns även kostnaderna med för ambulansflyg i landstinget och ambulanshelikopter-verksamheten samt kostnaden för jämtlänningar som nyttjar ambulans i andra landsting.
Utredningar har gjorts vid ett flertal tidigare tillfällen där man sett över antalet ambulansstationer och deras placering. Senaste förändringen gjordes under 2008 med nedläggning av Backe ambulansstation. Samtidigt utökades ambulansstationen i Strömsund med en dagambulans. Ytterligare minskning av antalet stationer är inte aktuell att genomföra eftersom täckningsgraden då skulle bli alltför dålig och insatstiderna inte godtagbara.

Ingalill Persson

3 UPPDRAG

Verksamhetsområdet ska göra en översyn av ambulansorganisationen i länet avseende struktur och organisation. Översynen ska leda fram till alternativa förslag där kostnaderna är lägre än nuvarande med oförändrat antal ambulansstationer.

4 AMBULANSVERKSAMHETEN 2010

4.1 Genomförda förändringar 2000-2010

2000	Nedläggning av dagbil Hammarstrand.
2002	Nedläggning av dagbilar i Sveg och Backe.
2003	Nedläggning av dagbilen i Östersund i oktober. Ambuss införs.
2004-2005	Vinterbil Vemdalen införs.
2005	Krav på sjuksköterskebemanning i varje ambulans.
2007	Ny ATL ger ändring i bemanning med utökning från 7 till 8 personer per dygnsbil (ej Östersund som redan hade den bemanningen).
2008	Sjukvårdande uppdrag. Nedläggning av Backe ambulansstation. Utökning med 1 dagbil i Strömsund.

4.2 Verksamhetsidé

Ambulansverksamheten ingår som en del i Verksamhetsområde akutvård. Områdets olika verksamheter ambulanssjukvård, akutmottagning, operations- och anestesisjukvård samt intensivvård ska tillhandahålla vård dygnet runt, året runt. Detta ska ske med hög tillgänglighet, kvalitet och effektivitet vid både akuta och planerade vårdtillfällen. Medarbetarna ska arbeta utifrån en humanistisk värdegrund med patientens bästa i fokus. Området ska även trygga medborgarnas behov av professionell sjukvård vid kris och katastrofer genom att ständigt ha sjukvårdsgrupper tillgängliga.

4.3 Ambulanssjukvårdens uppdrag och mål

Ambulanssjukvården ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende prehospital sjukvård i vägambulans och ambulanshelikopter, såväl akuta som icke akuta, samt planerade uppdrag med Ambuss. Idag bedrivs avancerad sjukvård i ambulanserna och medicinsk behandling startas redan på hämtplats. Ca 5% av uppdragen färdigbehandlas på plats vilket innebär att ambulanspersonalen har behandlat patienten på hämtplats, gjort en bedömning av patientens tillstånd och varit i kontakt med läkare för godkännande att patienten inte skall transporteras till sjukhuset.

Målet med placering av ambulansstationer är att 95% av befolkningen ska nås av ambulans inom 30 minuter (tiden är teoretisk och grundar sig på att en ledig ambulans finns disponibel på respektive station när larmet går). Målsättningen att 95 % av patienterna vid Prio 1 larm ska nås inom 30 minuter uppnås inte av någon station. Måluppfyllelsen ligger mellan 94% i Östersund och 58% i Gäddede, median 77%.

Tabell nedan visar måluppfyllelse för insatstider vid Prio 1-uppdrag 2010.

Ambulansstation/antal Prio 1	Andel uppdrag framme inom 0-10 minuter	Andel uppdrag framme inom 11-20 minuter	Andel uppdrag framme inom 21-30 minuter	Måluppfyllelse	Andel Prio 1 av totalt antal uppdrag
Funäsdalen/127	30%	34%	13%	77%	26%
Hede/168	20%	20%	27%	68%	31%
Sveg/249	32%	17%	23%	71%	34%
Svenstavik/263	18%	27%	32%	77%	35%
Bräcke/200	38%	25%	23%	86%	35%
Hammarstrand/215	24%	25%	31%	81%	28%
Strömsund/346	35%	16%	24%	74%	29%
Järpen/347	20%	39%	24%	83%	40%
Krokom/ 366	24%	35%	19%	78%	35%
Östersund/1451	57%	28%	9%	94%	34%
Gäddede/48	38%	13%	8%	58%	28%
Ambulanshelikopter/569	13%	17%	22%	52%	63%

Källa: Qlikview

4.4 Resurser

Länet har 11 dygnsambulanser och en dagambulans fördelat på 10 stationer i landstingets regi. Ambulanserna är stationerade på följande orter: Bräcke, Hammarstrand, Funäsdalen, Hede, Järpen, Krokom, Sveg, Svenstavik, Strömsund (1 dygn och 1 dag) och Östersund (2 dygn). Därutöver finns i Gäddede en dygnsambulans vilken drivs av Närvården Frostviken. Under delar av vintersäsongen finns även två ambulanser dagtid med placering i Åre och Vemdalen. Möjlighet finns att förlänga eller förkorta perioden för "vinterbilarna".

Utöver vägambulanserna finns i länet en ambulanshelikopter ständigt bemannad. Ambulanshelikoptern har även tillgång till en vägambulans och vid brist på resurser i Östersunds närområde kan den larmas ut och vid dåligt flygväder även möta ambulanser från ytterområdena.

4.5 Resurser medarbetare

Varje ambulans är ständigt bemannad med två personer, en sjuksköterska och en ambulanssjukvårdare alternativt två sjuksköterskor. Totalt åtgår 8 heltidsanställningar för att bemanna en dygnsambulans. Utöver dessa åtta personer behövs vikarier vid semester,

sjukfrånvaro och annan ledighet eller utbildningstillfällen. Dessa personer är anställda i Resursenheten. Önskvärt, men inget krav, är att sjuksköterskorna ska ha en vidareutbildning i ambulanssjukvård eller annan lämplig vidareutbildning.

Organisatoriskt är personalen indelade i tre avdelningar, Nord, Mitt och Syd, där varje avdelning leds av en enhetschef. En heltidsanställning åtgår till funktionsansvar för samtliga fordon och utrustning inom ambulanssjukvården. Övriga funktioner är MLA 20 %, vårdutvecklare ca 15 % och assistent ca 75%.

Tabell nedan visar personalresurser per station år 2010.

Station År 2010	Antal grundutbildade sjuksköterskor	Antal sjuksköterskor med vidareutbildning	Antal ambulanssjukvårdare	Totalt
Östersund	5	6	6	17
Krokom	2	2	4	8
Järpen	1	3	5	9
Strömsund	4	3	6	13
Hammarstrand	4	1	4	9
Bräcke	4	2	3	9
Svenstavik	4	2	3	9
Sveg	4	0	4	8
Hede	3	5	2	10
Funäsdalen	3	2	4	9
Gäddede	1	3	3	7
Helikopter		7		7
Resursenheten	4	12	0	16

4.6 Kostnadsutveckling ambulansverksamhet

Ambulansverksamhet inom Akutområdet exkl Ambuss, hkp				Gäddede
	2005	2009	2010	2010
Totalt antal årsarbetare	122,4	123,3	125,7	4,5
varav årsarbetare sjuksköterskor	56,6	70,5	73,7	3
varav årsarbetare ambulanssjukvårdare	65,8	50,0	48,0	1,5
Årsarbetare enhetschefer	2,6	2,8	3,0	
Nettokostnad milj kr	56,3	65,7	67,8	
varav personalkostnad	53,0	64,3	64,3	
varav övertidskostnad	2,8	2,5	2,3	
Externa intäkter milj kr	12,8	15,5	16,2	
Antal ambulansuppdrag	11 320	11 515	11 515	169
Antal ambulansstationer	11	10	10	1
Arbetade timmar[1]	180 147	195 295	189 617	
varav övertid timmar	9 376	7 514	7 263	
Personalkostnad/arbetad timme kr	294	329	339	
Nettokostnad/uppdrag kr	4 974	5 705	5 886	
Nettokostnad per inv kr	443	519	535	

4.7 Övriga ambulans- och sjukreseverksamheter

4.7.1 Ambulanshelikopter

Larmkriterierna för SOS innebär att det finns indikation för att använda ambulanshelikoptern när en allvarligt sjuk eller skadad person behöver kvalificerad medicinsk hjälp och en snabb och skonsam transport till sjukhus eller regionsjukvård. Ambulanshelikoptern är bemannad dygnet runt av anestesisjuksköterska. Utöver piloten arbetar en person, Hemscrew, som är ambulanssjukvårdare i ambulanshelikoptern. Anestesiläkare kan medfölja på vissa uppdrag.

Arbetstiden i ambulanshelikoptern har förändrats till större andel aktiv tid, största förändringen skedde 2007 när nya ATL trädde i kraft.

Ambulanshelikopter			
	2005	2009	2010
Antal årsarbetare (anestesisjuksköt)	2,2	2,5	2,7
Antal flyguppdrag	603	707	777
Antal väguppdrag	188	357	413
Nettokostnad mkr	8,1	12,7	13,0
Nettokostnad per inv kr	64	100	102

[1] Mellan åren 2005 och 2009 har Hede och Funäsdalen gått från deltid- till heltidstjänstgöring utifrån politiskt beslut att alla ska ha rätt till heltid.

4.7.2 Ambuss

Landstingets storambulans, AMBUSS, trafikerar sträckan Östersund - Umeå via Sollefteå, Örnsköldsvik t.o.r. varje helgfri vardag med länsinvånare som skall vårdas i Umeå eller som ska tillbaka till Östersunds sjukhus. Under 2010 var AMBUSS planerat stängd två veckor i juli och två veckor runt jul och nyår samt sju vardagar för underhåll och service. Den tvingades även till en icke planerad stängning under en kort period p g a fordonsskada vid trafikolycka. AMBUSS är inredd med två platser för liggande patienter med vårdbehov, två platser för sittande patienter med vårdbehov och sju platser för övriga sjukresenärer. Besättningen på AMBUSS består av två ambulanssjukvårdare tillika förare, samt en sjuksköterska ifrån hjärtintensivavdelningen (HIA). AMBUSS fraktar också vissa laboratorieprover mellan orterna. Vid stor olycka eller katastrof kan AMBUSS användas som resurs om den finns inom rimligt avstånd.

Ambuss 2010	
totalt antal patienter varav med vårdbehov	2 199 663
bruttokostnad varav personalkostnad	4 808 135 kr 3 097 949 kr
intäkter	501 381 kr

4.7.3 Sjukresor

Sjukresor är separerade från ambulanssjukvården och sköts idag av Länstrafiken.
Beställningscentralen (BC) samordnar och administrerar sjukresor, personalresor, riksfärdtjänst, färdtjänst samt Länstrafikens närtrafik och anropsstyrda linjetrafik. Beställningscentralen är upphandlad på entreprenad och drivs av BC Jämtland.
Länstrafiken administrerar och betalar ut bidrag till patienter som själva svarat för sina resekostnader, t ex buss eller egen bil. Behöver patienten tillsyn under transport, eller om vårdbehov föreligger rekvireras ambulans.

	Antal sjukresor	Totalkostnad per resa, kronor
2009	126 445	367
2010	?	?

4.7.4 Omvärldsbevakning

I syfte att jämföra hur man organiserat ambulansverksamheten i andra delar av landet har ett antal telefonintervjuer genomförts. De ambulansverksamheter som redovisas ligger i områden med liknande geografi och/eller befolkningsmängd.

Ambulansen Mora
Resurser:
2 dygnsbilar, 1 dagbil
Tjugosex personer åtgår för att bemanna dessa och veckoarbetstiden är 36,33 tim. Personalen planerar schemat genom individuell schemabemanning (tvättstugeschema), aktiv tid dygnet runt

med rätt att sova mellan kl. 23-06. I verksamheten arbetar två ambulanssjukvårdare, övriga är sjuksköterskor varav sex stycken är vidareutbildade. Ett av målen för insatstider är att 95% av prio 1-larmen skall nås inom 30 minuter.

Ambulansen Örnsköldsvik
Resurser:
2 dygnsambulanser, 1 dagambulans 07.30-15.30, 1 sjuktransportambulans
Dagambulansen används oftast till transporter till Umeå och Sundsvall.
Sjuktransportambulansen bemannas av personer som inte klarar det ordinarie ambulansarbetet. Behovet av denna transportform har minskat då många transporter idag kan utföras med bårtaxi. Måndag-fredag, första bilen har delat dygn (byte 17.30) med aktiv tjänstgöring alla timmar, andra bilen arbetar heldygn men med jour under natten. Lördag och söndag har båda bilarna dygnstjänstgöring med jour under natten. Alla har heltidstjänster, 18 personer bemannar två dygnsbilar och dagbilen. Utför ca 4500 uppdrag per år.

Ambulansen Gävleborg
Resurser:
Gävle 3 dygnsbilar, 2 dagbilar
Hudik 2 dygnsbilar, 1 dagbil, 1 sjuktransportbil
Söderhamn 2 dygnsbilar, 1 dagbil (vardagar)
Sandviken 2 dygnsbilar, 1 dagbil + 1 dagbil som delas med Hofors
Ljusdal 2 dygnsbilar, 1 dagbil som åker till Los
Bollnäs 2 dygnsbilar, 2 dagbilar (1 vardagar, 1 hela veckan), 1 sjuktransportbil
Edsbyn 1 dygnsbil
Jättendal 1 dygnsbil
Ockelbo 1 dygnsbil
Delsbo 1 dygnsbil

På enbilsstationerna Edsbyn, Jättendal (Nordanstig), Ockelbo och Delsbo arbetar man dygn på helgerna, övrig tid delat dygn. På flerbilsstationerna får man (frivilligt) arbeta 1 dygn/v med 4 tim. jour kl 02-06, övrigt delat dygn. Använder sig av tvättstugeschema. Bemanningen beräknas utifrån nio personer per ambulans. Mål vid prio 1 att nå 90% av befolkningen inom 20 min. Ingen del av verksamheten ligger på entreprenad.

Ambulansen Blekinge
Resurser Karlshamn:
Karlshamn 1 dygnsbil. 1 dagbil
Olofström 1 dygnsbil
Sölvesborg 1 dygnsbil (satellitstation)
Personalen har en veckoarbetstid på 36,33 timmar och arbetar varannan helg. Använder sig av tvättstugeschema. Bemanningen beräknas utifrån åtta personer per ambulans. Utför ca 7700 uppdrag / år (befolkning ca 61000).

Resurser Karlskrona:
Karlskrona 2 dygnsbilar, 2 dagbilar (vardagar 7-18)
Ronneby 1 dygnsbil (satellit)

Personalen har en veckoarbetstid på 36,33 timmar och arbetar varannan helg. Använder sig av tvättstugeschema. Bemanningen beräknas utifrån åtta personer per ambulans. Utför ca 8500 uppdrag/år och kör ca 43000 mil/år. Mål för ambulanssjukvården är att vid prio 1 ska 90% av befolkningen nås av ambulans inom 15 min
Blekinge har två sjukresebussar. En av bussarna tar 35 sittande passagerare och en lite mindre buss transporterar patienter till Växjö för strålning.

Ambulansverksamheten Jokkmokk
Resurser:
1 dygnsbil, 1 dagbil
Ambulansen är integrerad i primärvården, undersköterska arbetar med provtagning och på vårdavdelning, sjuksköterska på vårdavdelning, journottagning och telefonrådgivning. Tio personer arbetar i ambulansen varav 4 heltider, resterande har varierande tjänstgöringsgrad. Arbetstidsmått: är 38,25 timmar/vecka för sjuksköterskor och 37 timmar för undersköterskor. Dygnsambulansen är bemannad kl 07-22 och beredskap kl 22-07, dagambulans bemannas fram till kl 16. Beredskap innebär inställelsetid med 10 minuter. Totalt antal uppdrag år 2010 var 723. De flesta transporterna går till Gällivare (10 mil), övriga till Sunderbyn (15 mil). Om något akut inträffar när ambulansen är borta kan personal från vårdavdelning eller jourläkare åka ut. Har idag ingen IVPA men planering pågår för att komplettera verksamheten med det. Alla glesbygdsambulanserna i Norrbotten ser ut på liknande sätt

Ambulansen Leksand/Rättvik
Resurser:
1 dygnsbil, 1 dagbil
Bemannas av 16 ordinarie personal med 36,33 timmars veckoarbetstid. Personalen består av fyra ambulanssjukvårdare, övriga är sjuksköterskor varav tre med vidareutbildning (1 anestesi och 2 prehospital). Jobbar delat dygn efter tvättstugeschema. Utför ca 2000 uppdrag /år. Mål att vid prio 1 larm ska 95% av befolkningen nås inom 30 minuter

Sammanställning omvärldsbevakning

	Mora	Ö-vik	Gävleborg	Karlshamn	Karlskrona	Leksand/ Rättvik	Jokkmokk
Antal dygnsambulanser*	2,5	2,5	17 dygn 9 dag	3,5	4	1,5	1,5
Personalresurser	26	18	9/amb	8/amb	8/amb	16	10 (4 heltid, övr varierande tjg grad)
Tvättstugeschema	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aktiv tid	24 tim, får sova kl 23-06	1 bil 24 tim 1 bil 16 tim	20 tim	24 tim	24 tim	24 tim	15 tim
Jour	Nej	Ja, 1 bil 8 tim	Ja, 4 tim kl 02-06	Nej	Nej	Nej	Nej

		Helg 2 bilar ca 7 tim					
Beredskap	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja, 9 tim med 10 min inställelsetid
Veckoarbetstid	36.20			36.20	36.20	36.20	38,25 ssk 37 usk

* 1 dagbil räknas som 0,5

De stationer vi tittat på har alla, förutom Norrbottens glesbygdsstationer, minst 16 timmars aktiv tid och resterande tid jour per dygnsbil. Det innebär att det åtgår minimum 8 heltider per dygnsambulans. Flera stationer har 24 timmars aktiv tid vilket gör att det krävs mer än 8 heltider per dygnsambulans. Veckoarbetstiden för medarbetarna är då 36 timmar 20 minuter per vecka. På Norrbottens glesbygdsstationer, där 15 timmars aktiv tid kombineras med 9 timmars beredskapstjänstgöring, åtgår färre än 8 heltider för att täcka behovet i ambulansen. Veckoarbetstiden för medarbetarna är då enligt avtal 37 timmar för undersköterskor och 38 timmar 15 minuter för sjuksköterskor om de inte har treskiftstjänstgöring med nattarbete på vårdcentral.

4.8 SOS Alarmerings- och dirigeringstjänst

Landstinget har avtal tecknat med SOS Alarm t o m 2015-12-31 att utföra alarmerings- och dirigeringstjänster. SOS arbetar utifrån svenskt index för akutmedicinsk larmmottagning med rådgivning och prioritering. Landstinget ansvarar för att SOS Alarm har aktuella larmplaner med uppgift om vilka resurser som ska larmas beroende på typ av händelse eller sjukdomstillstånd. Ett dokument, "Larminstruktioner för ambulanssjukvården" finns utarbetat med gemensamma riktlinjer mellan ambulanssjukvården och SOS Alarm.
Svenskt index bedömer ambulansbehovets brådska (prioritet) på grundval av patientens symtom och medicinska behov.

Prio 1	Akuta livshotande symtom eller olycksfall
Prio 2	Akuta men ej livshotande symtom
Prio 3	Övriga uppdrag med vård- eller övervakningsbehov där rimlig väntetid inte bedöms påverka en patients tillstånd.
(Prio 4)	Används i Jämtland för sjukvårdande uppdrag.

4.9 Avtal IVPA (I Väntan På Ambulans)

I syfte att förkorta väntan på hjälp och för ökad trygghet hos medborgarna finns avtal med Räddningstjänsten i Åre kommun, Östra Jämtlands kommunförbund, Härjedalens kommun (Ytterhogdal) samt Norra Jämtlands räddningstjänstförbund. Avtalet innebär att räddningstjänsten larmas ut på prio 1 larm vid akut livshotande sjukdom eller olycksfall i de fall ambulans inte finns tillgänglig inom 15 minuter. Personalen i räddningstjänsten ska finnas som stöd för den sjuke eller skadade och även klara av t ex hjärt-lungräddning, ge konstgjord andning, fixera frakturer och stoppa blödningar. Räddningstjänstpersonalen utbildas av ambulanspersonal från landstinget. Landstinget står för utbildarnas kostnader.

Totalt finns räddningstjänsten tillgänglig för IVPA-uppdrag på 18 orter vilket ger god täckning i vissa delar av länet. Utöver avtal om IVPA, finns i dagsläget D-HLR avtal med enstaka brandstationer. Det är sådana stationer som är utrustade med defibrillator och bemannas av personal som har utbildning och behörighet för ändamålet. I dagsläget debiteras landstinget 1000 kr per utfört IVPA- larm.

Möjlighet finns dock till förbättrad täckningsgrad genom att teckna avtal med räddningstjänster på ytterligare orter. Enligt beslut i landstingsstyrelsen 2010-10-27 ges landstingsdirektören uppdraget att ta fram ett förslag på svar på medborgarförslag om införande av IVPA och hjärtstoppsverksamhet på samtliga brandstationer i länet. Antalet stationer ytterligare är då 13 varav 9 bör prioriteras p g a ortens läge i förhållande till ambulansstation. Detta skulle då medföra en ökad kostnad för IVPA verksamheten. Beslut ska tas vid landstingsstyrelsens sammanträde den 1 juni 2011.

Under 2010 genomfördes 360 IVPA-uppdrag (jmf 2009 383). Räddningstjänsten har larmats ut vid bland annat andningssvårigheter, bröstsmärta, kramper, fallolyckor, buksmärtor och hjärtstopp. I en uppsats av Andreasson D. & Lundin , M. (2009) vid Karlstads universitet, "Ambulanspersonalens upplevelser och erfarenheter av IVPA-larm", framgår att ambulanspersonalens, räddningstjänstens, patienters och anhörigas syn på IVPA är mycket positiv. Ambulanspersonalen upplever minskad stress under framkörning och att patienten oftast är lugn vid ankomst. Anhöriga känner en lättnad över att få lämna över ansvaret till någon annan. Patienterna känner ofta att de får god vård och räddningstjänsten upplever uppdragen som meningsfulla.

4.10 Avtal VIA (Vård Innan Ambulans)

Som en extra resurs kan personal vid hälsocentral larmas ut tillsammans med IVPA. Hälsocentralens personal (distriktsläkare och/eller distriktssköterska) åker ut vid prio 1 larm om inte ambulans finns på orten. Detta kan ske vardagar kl 08.00-17.00. Avtal har funnits tecknade med hälsocentralerna i Backe, Hoting, Utrikeshälsan i Hammerdal, Hallen, Kälarne, Bräcke och Gällö. I samband med fria vårdvalet har inte VIA reglerats i något avtal med Backe, Hoting eller Utrikeshälsan.

5 VERKSAMHET PER AMBULANSSTATION

För detaljerad information se bilagor 2-4.

5.1 Uppdragsfrekvens per ambulansstation

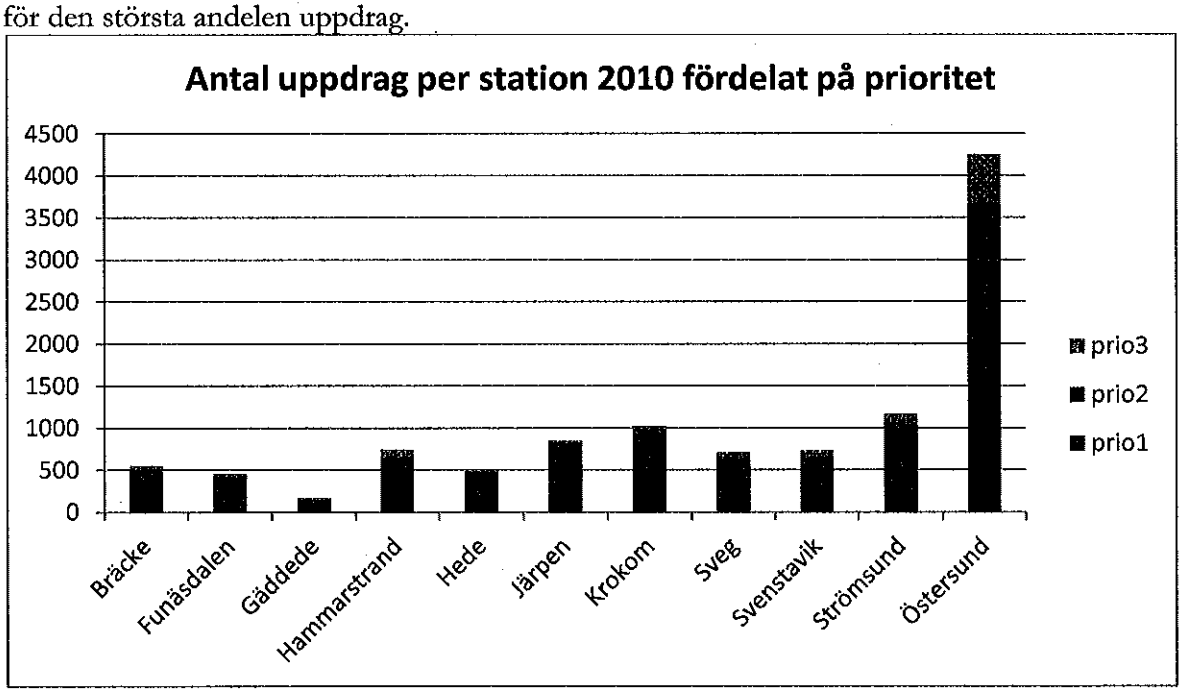
Uppdragsfrekvensen varierar stort mellan de olika stationerna i länet, från Gäddede med cirka 0,5 uppdrag per dygn till Östersund med drygt 13 uppdrag. Se bilaga 1. Arbetstyngden i Östersund ligger i mängden uppdrag medan de ambulansstationer med relativt få uppdrag som ligger

perifert ifrån Östersunds sjukhus i stället har belastningstyngden i långa transporter och handläggningstider.

Stationer med upp till 1 uppdrag per dygn i genomsnitt per år: Gäddede (0,5)
Stationer med 1-2 uppdrag per dygn i genomsnitt per år: Bräcke (1,6), Funäsdalen (1,3), Hede (1,5), Sveg (1,9).
Stationer med 2-2,5 uppdrag per dygn: Svenstavik (2,1), Hammarstrand (2,1).
Stationer med mer än 2,5-3 uppdrag per dygn: Järpen (2,6), Krokom (2,8).
Stationer med fler än 3 uppdrag per dygn: Strömsund (1 dygnsbil och 1 dagbil) (3,4), Östersund (2 dygnsbilar) (13,8).

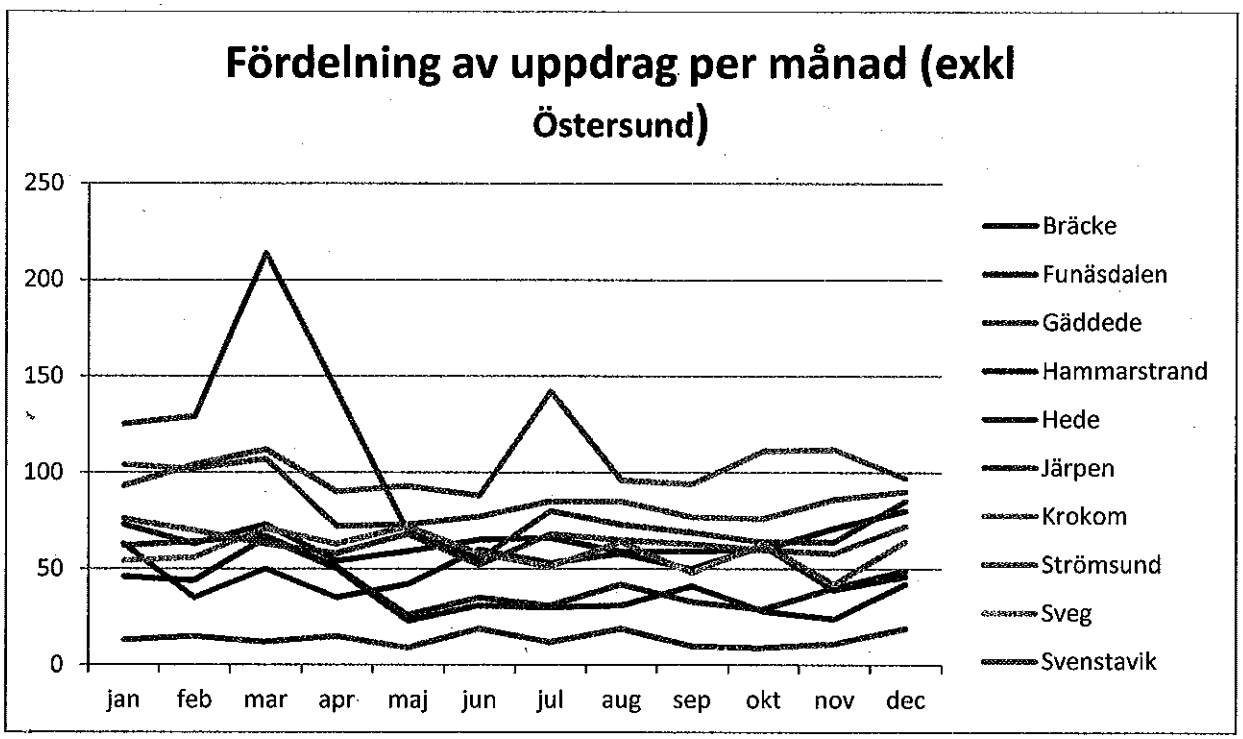
5.2 Uppdragsprioritet

Vid utlärmning på uppdrag Prio 1 eller Prio 2 ska ambulansbesättning i aktiv tjänst eller jour kvittera larmet från SOS Alarm inom 90 sekunder. Larmkvitteringen sker i ambulansen. Vid Prio 3 uppdrag ska larmet kvitteras inom 180 sekunder. På samtliga stationer står Prio 2-uppdragen för den största andelen uppdrag.



5.3 Variation över året

På grund av turismen i länet ses på vissa ambulansstationer en variation i mängden uppdrag under året. En ökad mängd uppdrag ses under vintermånaderna på stationer i Härjedalen och i Åreområdet.



Källa: Qlikview

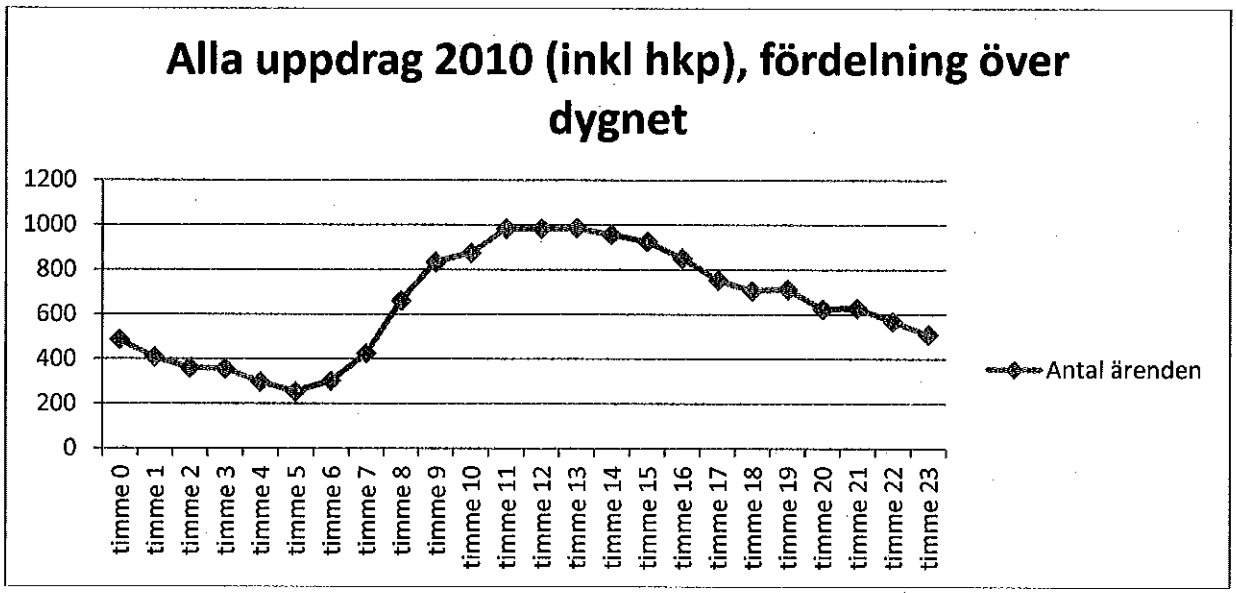
Bräcke: Ingen tydlig säsongsvariation, något fler uppdrag under sommarmånader.
Funäsdalen: Säsongsvariation med fler uppdrag under vintermånaderna och få uppdrag under sommaren.
Gäddede: Ingen tydlig säsongsvariation.
Hammarstrand: Ingen tydlig säsongsvariation.
Hede: : Säsongsvariation med fler uppdrag under vintermånaderna och få uppdrag under sommaren.
Järpen: Stor säsongsvariation med många uppdrag under vintersäsong. Har dock relativt många uppdrag under övrig tid av året.
Krokom: Stor säsongsvariation med många uppdrag under vintersäsong. Har dock relativt många uppdrag under övrig tid av året.
Strömsund: Ingen tydlig säsongsvariation förutom under juli då det finns en topp.
Sveg: Ingen tydlig säsongsvariation.
Svenstavik: Ingen tydlig säsongsvariation.

5.4 Uppdragens fördelning över dygnet

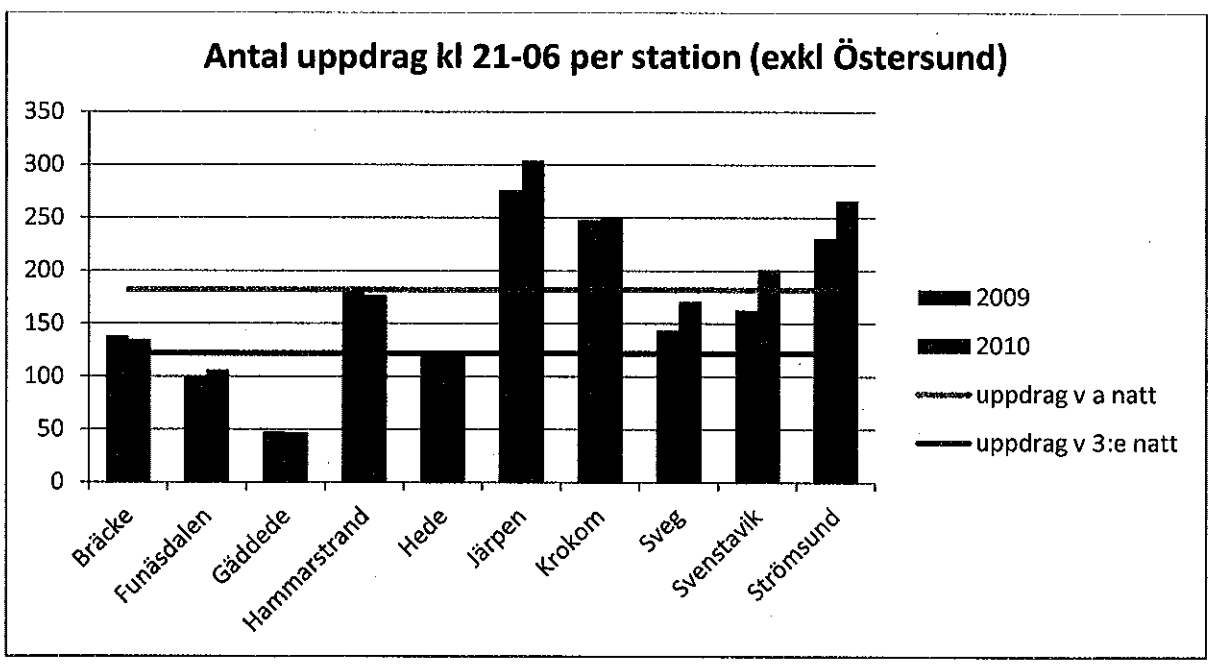
Där uppdragen redovisas per timme betyder det att uppdraget har påbörjats inom den timmen.

Fördelning av uppdrag över dygnet visar att de flesta uppdrag sker under dagtid.

Ingalill Persson



Uppdrag med start kl 21-06



Ingalill Persson

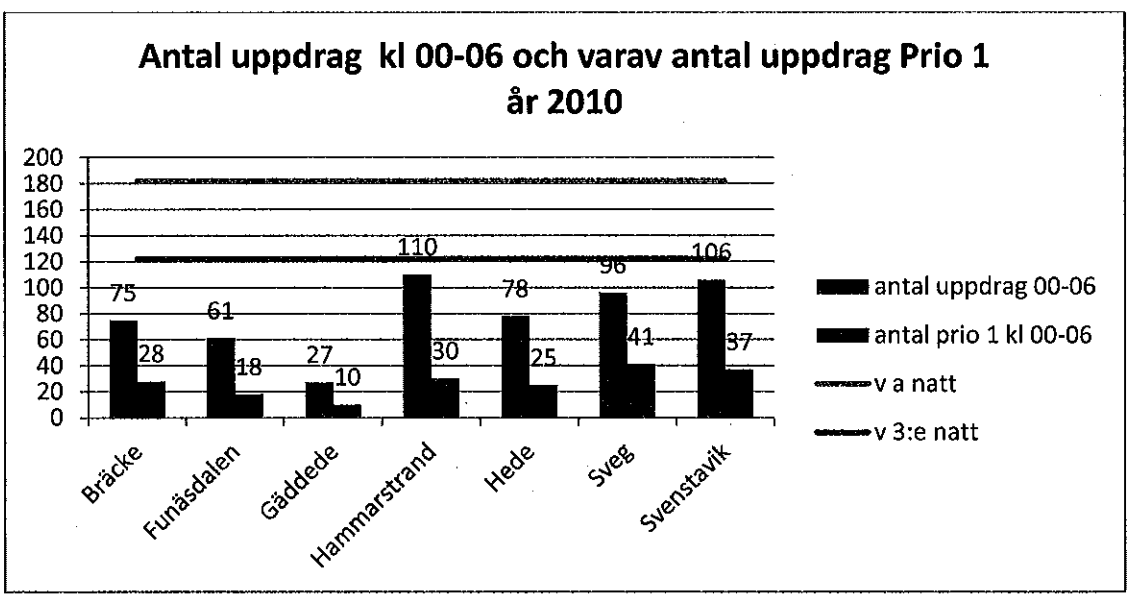
Stationer med i genomsnitt färre än ett uppdrag varannan natt (kl 21-06):

	Antal uppdrag 2010 (2009) kl 21-06	Andel prio 1
Bräcke	135 (138)	36%
Funäsdalen	106 (99)	25
Gäddede	47 (48)	34
Hammarstrand	177 (181)	26
Hede	122 (119)	33
Sveg	171 (144)	44

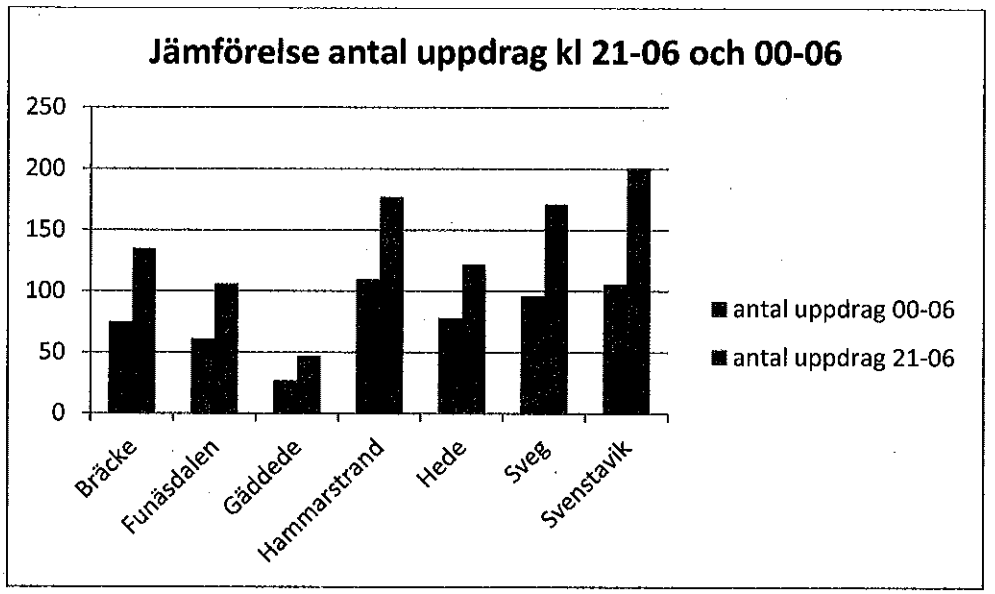
Av totala antalet uppdrag kl 21-06 är i genomsnitt ca en tredjedel brådskande ärenden, prio 1, i Bräcke, Gäddede och Hede. I Funäsdalen och Hammarstrand är ca en fjärdedel av uppdragen prio 1 och i Sveg knappt hälften av uppdragen.

Stationer med i genomsnitt färre än ett uppdrag var tredje natt kl 21-06 är Gäddede, Hede och Funäsdalen.

Uppdrag med start kl 00-06

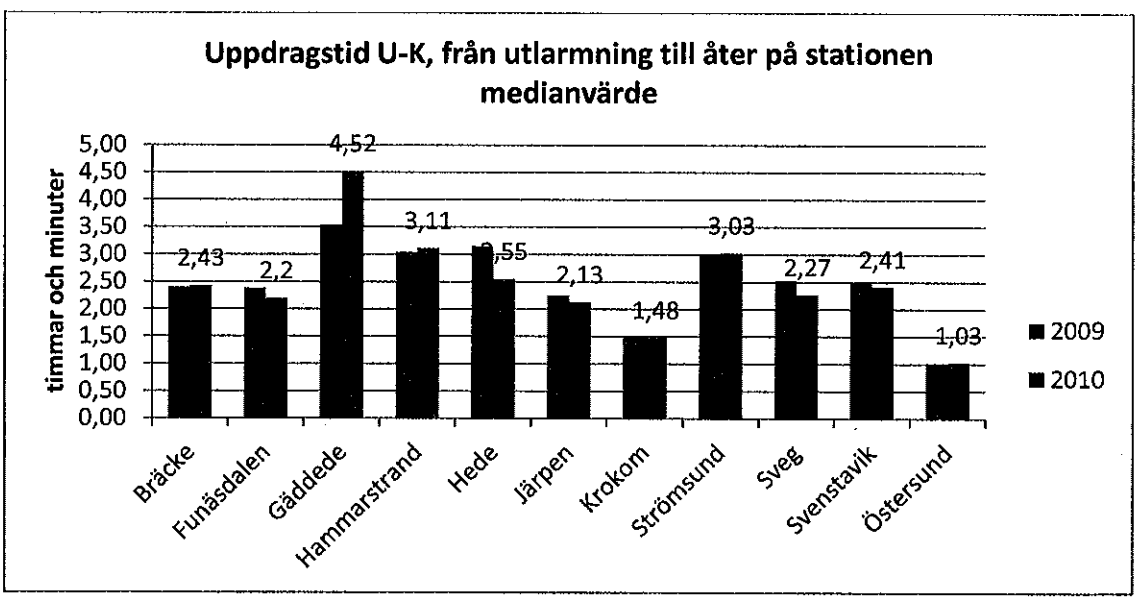


En minskning av uppdragen kan ses under sena kvällstimmar, kl 00-06 har alla ovanstående stationer färre än ett uppdrag var tredje natt.



En knapp halvering sker av uppdragen kl 00-06 jämfört med kl 21-06 förutom Hede och Hammarstrand som har en minskning motsvarande minskningen av antalet timmar.

5.5 Tid per uppdrag, medianvärde

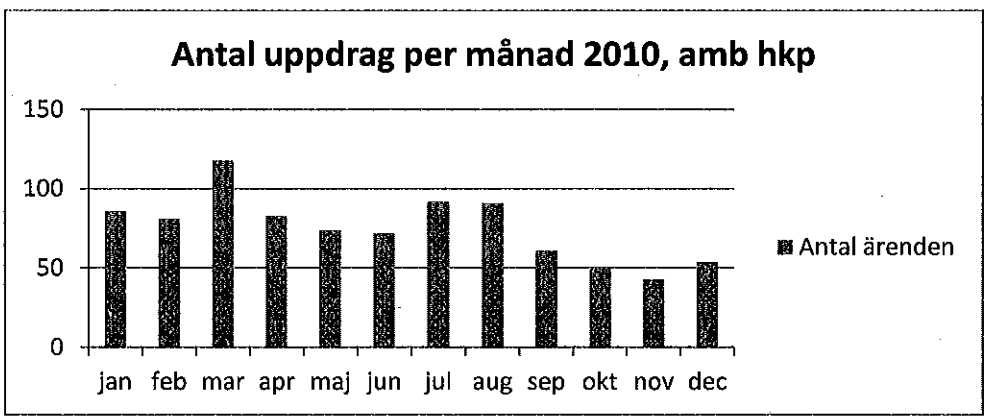


Uppdragstidens längd varierar på de olika stationerna. Mediantiden från uppdragets start till att man är åter på stationen varierar mellan cirka 1 timme i Östersund till knappt 5 timmar i Gäddede. För många stationer tar uppdragen betydligt längre tid än den mediantid som visas, främst vid resor till Östersunds sjukhus. Att mediantiden är relativt låg på många stationer beror t ex på att man lämnar patient på HC eller att ambulanshelikoptern utlarmas.

Ingalill Persson

6 UPPDRAG AMBULANSHELIKOPTER

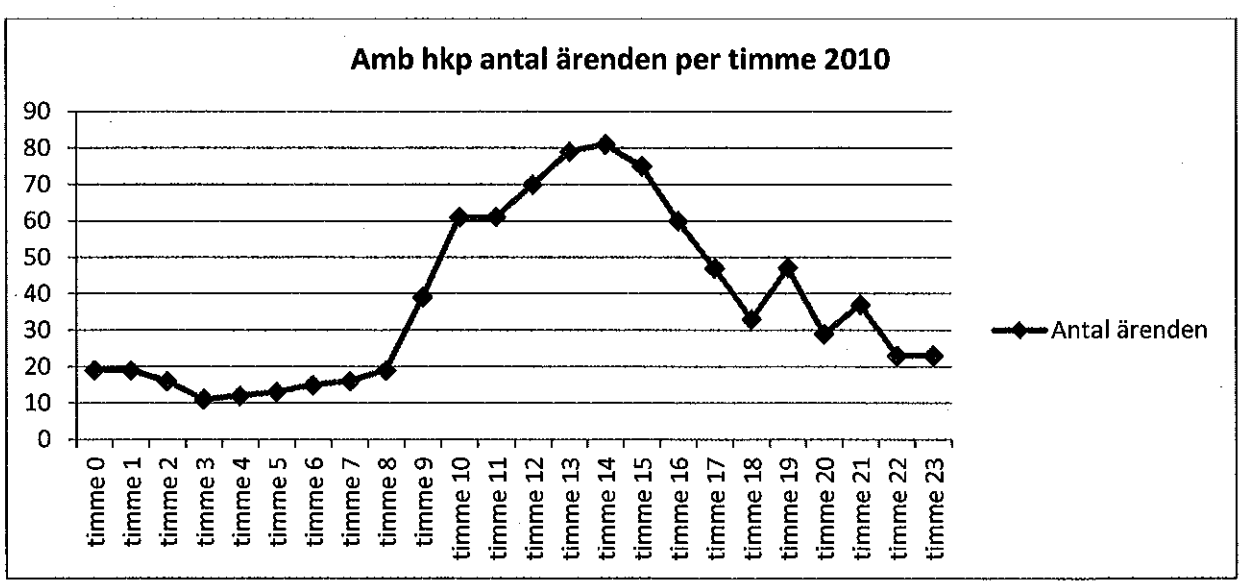
6.1 Fördelning över året



Ambulanshelikoptern har färre uppdrag under oktober och november. Orsakerna är flera bl a att det är lågsäsong för turismen men även att väderförhållandena är för dåliga för att helikoptern ska kunna flyga. Personalen i ambulanshelikoptern har även tillgång till vägambulans vilken används för uppdrag om Östersundsambulanserna är upptagna eller om vädret inte tillåter flygning.

6.2 Fördelning över dygnet

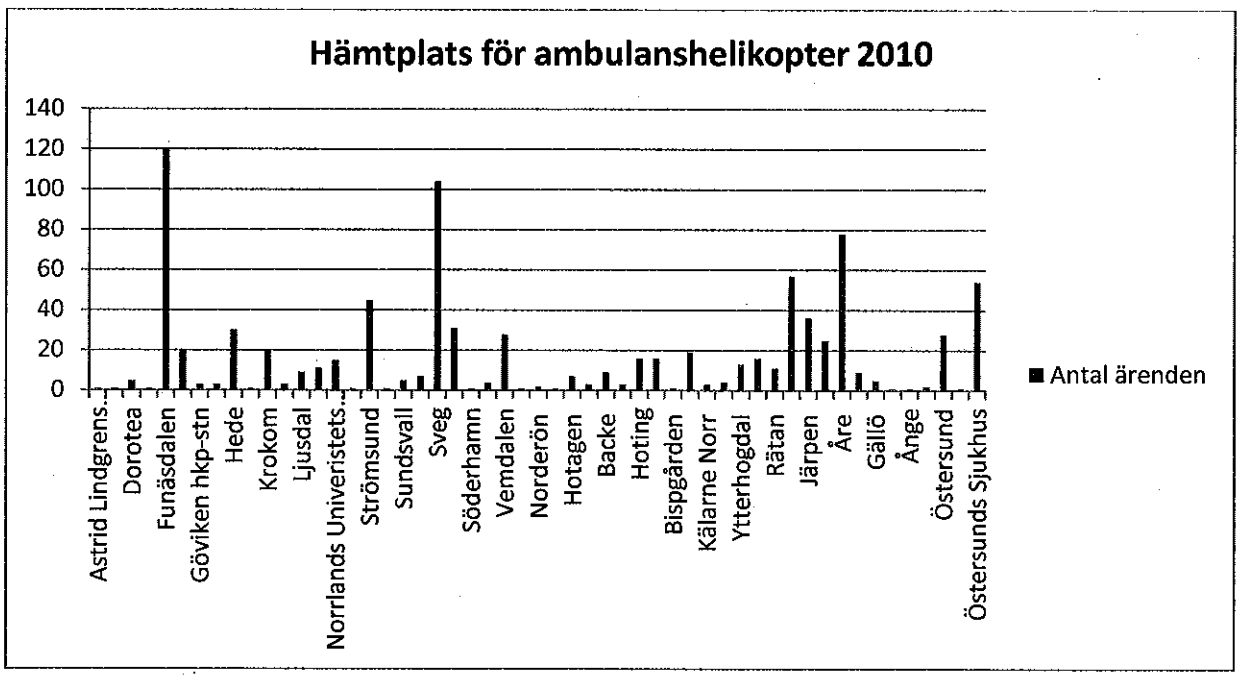
Ambulanshelikoptern finns tillgänglig dygnet runt. Personalen arbetar kl 08-23 och har därefter jour på helikopterstationen i Göviken mellan kl 23 och 08. Totalt har ambulanshelikoptern 173 uppdrag mellan kl 21 och 06, den utför alltså mindre än ett uppdrag varannan natt i genomsnitt. Mediantid för ambulanshelikopterns uppdrag är 1 timme 15 minuter (2010).



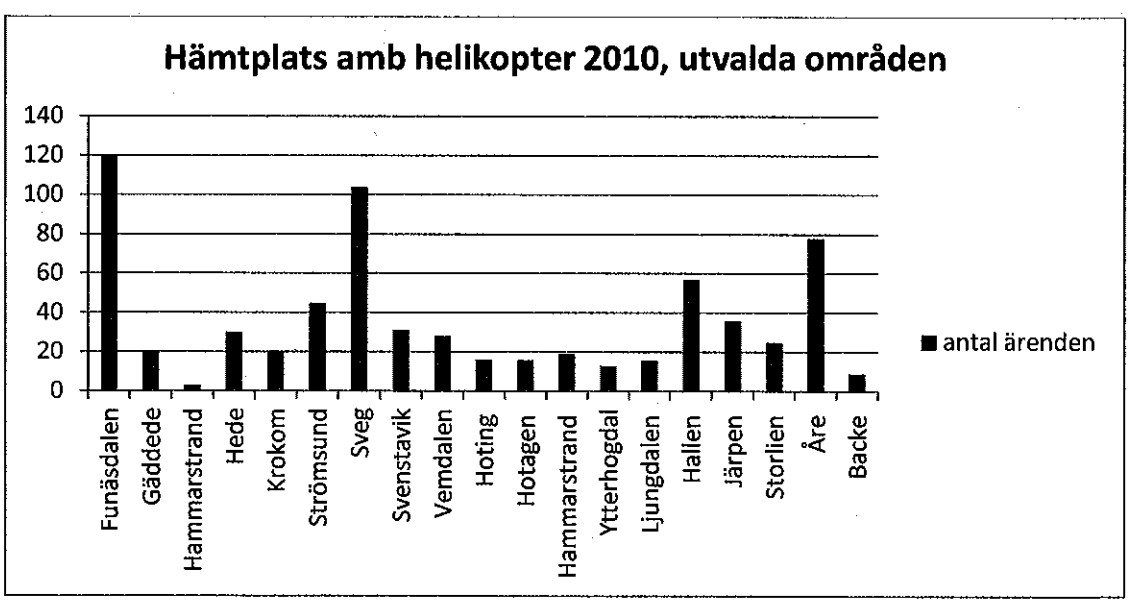
Ingalill Persson

6.3 Fördelning på orter

Hämtplats alla uppdrag 2010. I stapeldiagrammet framgår inte namnet på alla orter.



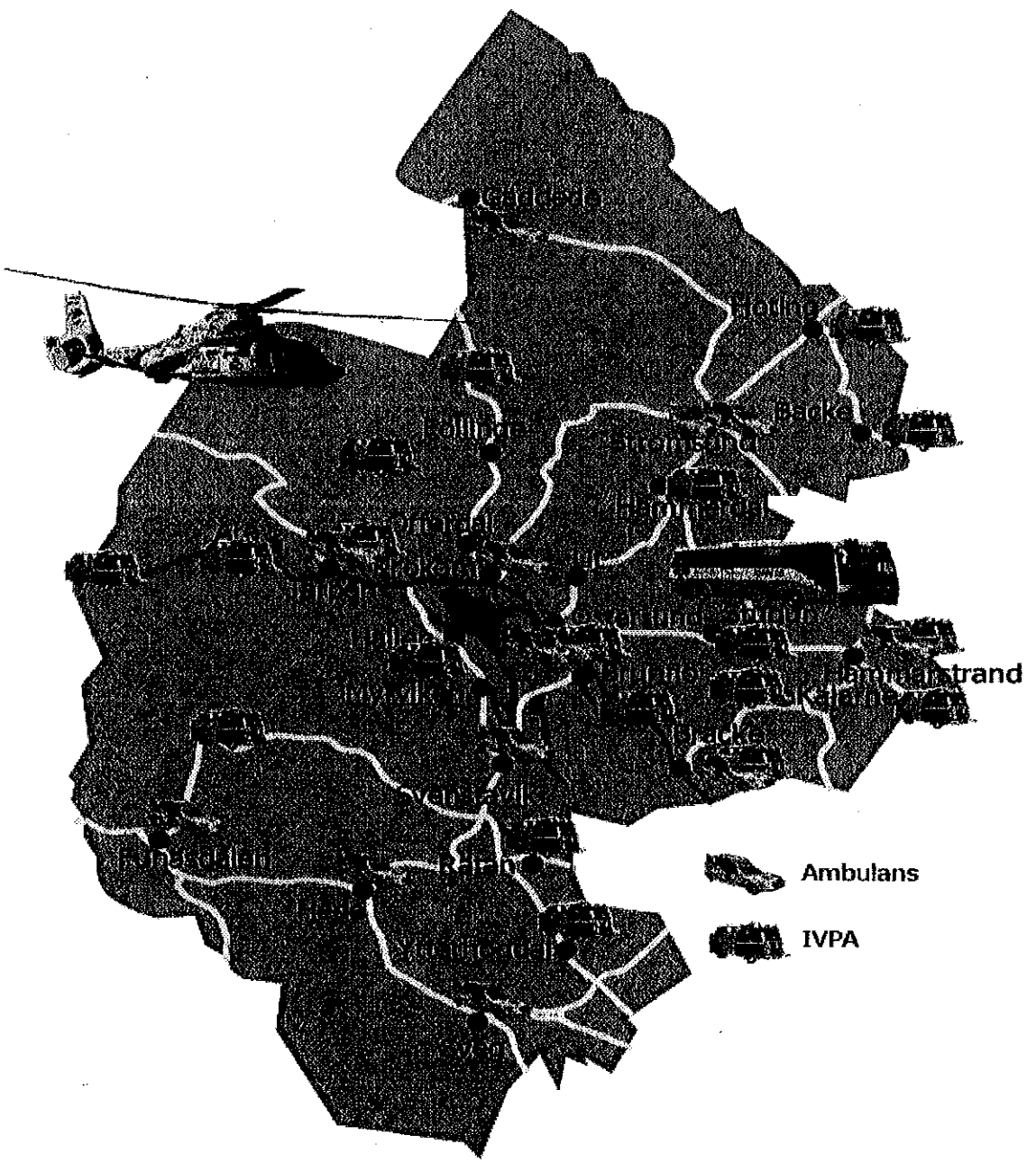
Hämtplats utvalda orter.



Ingalill Persson

7 TILLGÄNGLIGHET

7.1 Ambulansernas täckning av länet



7.2 Samarbetsavtal med andra landsting/länder

Samverkansavtal mellan ambulanshelikoptern i Jämtland och ambulanssjukvården i landstinget Gävleborg finns t o m 2010-12-31. Avtalet innebär att Gävleborg kan använda ambulanshelikoptern vid prio 1 uppdrag, i första hand i nordvästra Hälsingland.
Gränslös dirigering av landstingens ambulanser, ambulanshelikoptrar och ambulansflyg innebär att dessa skall betraktas som en gemensam resurs i hela norra sjukvårdsregionen och resurserna skall nyttjas optimalt. Det innebär att vid prio 1 larm i Hoting-, Norråker- och Tåsjöområdet skall i första hand ambulansen från Dorotea larmas. Vid prio 2 larm i samma områden larmas i första hand ambulansen i Strömsund, vid resursbrist Dorotea ambulansen.
I Storlien, Gäddede och Funäsdalen finns ett avtal med den norska ambulanssjukvården om samverkan i gränsområdet. Det innebär att både svensk och norsk ambulans kan larmas för insatser över riksgränsen. Utlarmningen sker i samverkan med AMK i Trondheim eller AMK i Namsos.

8 UTVECKLING

8.1 Behandling på plats

Sedan oktober 2005 är minst en person i ambulansbesättningen sjuksköterska. Vissa patienter kan numer efter att ambulanssjuksköterskan gjort en bedömning av patientens tillstånd få behandling på plats och behöver inte åka med till sjukvårdsinrättning. Det kan innebära att ambulansbesättningen blir upptagen med en patient på plats under längre tid men det blir en tidsvinst för ambulansresursen då det inte krävs någon transport till sjukvårdsinrättning. Under 2009 färdigbehandlades 1057 (1173 år 2010) patienter på plats och av Gäddede ambulansen 55 (37)patienter.

8.2 Sjukvårdande uppdrag (prio 4)

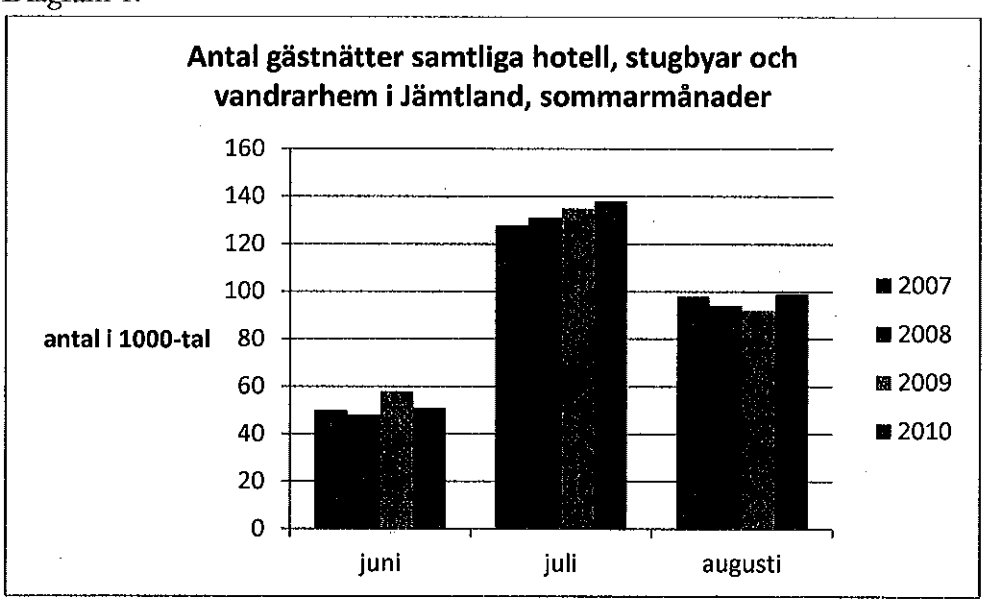
Distriktsläkare/distriktssköterska från en hälsocentral, sjuksköterska på 1177 (Sjukvårdsrådgivningen), HMK (högre medicinsk kompetens) hos SOS samt kommunens distriktssköterska kan begära hjälp av ambulanspersonalen för ett sjukvårdande uppdrag. Uppdraget kan vara att undersöka patienten, ta blodprover, EKG, sätta kateter m m. Området för sjukvårdande uppdrag är ca 2 mil från ambulansstationen. Utlarmning sker alltid via SOS. Ambulanslarm går före sjukvårdande uppdrag. Orter: Strömsund, Krokom, Hammarstrand, Bräcke, Svenstavik, Sveg, Hede, Funäsdalen och Järpen. Ej Östersund. Särskilt avtal finns med polisen angående blodprovstagning vilket främst berör Östersundsambulansen. Ambulansen larmas vid sjukvårdande uppdrag ut som ett uppdrag prio 4. Under 2009 utfördes totalt 156 (190 år 2010) sjukvårdande uppdrag, i Gäddede 17 (2) uppdrag.
Ur kostnadsperspektiv är det viktigt att vidareutveckla rutinerna för behandling på plats och sjukvårdande uppdrag så att vård ges på rätt nivå

8.3 Turismen

Turismen påverkas mycket av vädret, speciellt under somrarna, men också tillgången på snö. Sommarvädret påverkar främst de enklare boendeformerna som t ex camping och boende i eget fritidshus. Även ekonomin och omvärldshändelser påverkar hur vi turistar. Turistnäringen i länet räknar med en ökning av antalet gästnätter på turistorter både under vinter- och sommarsäsong

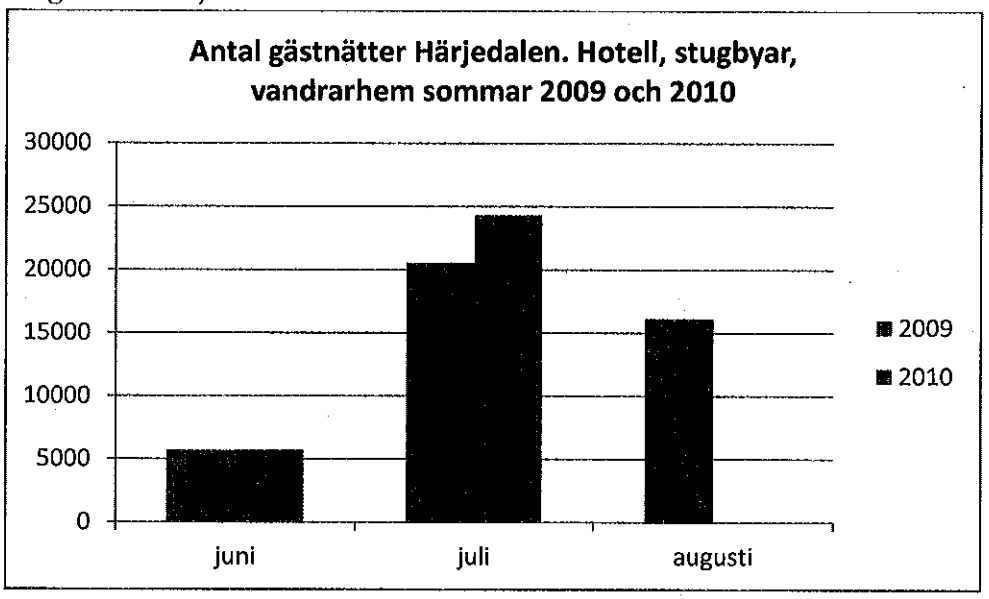
Skistars rapport för perioden 2009-10-01 t o m 2010-05-31 redovisar en ökning av nettoomsättningen med 4% för hela företaget. Bokningsläget inför säsongen 2010-2011 låg 8% högre jämfört med fjolårssäsongen.
I Härjedalen beräknas det ha tillkommit mellan 500 och 1000 bäddar. Ett nytt snöanläggningssystem i Björnrike kommer att förlänga skidsäsongen. Under säsongen 2009/2010 noterades en minskning av antalet skiddagar med 0,7%. Antalet bokningar t o m maj 2010 låg på samma nivå som fjolåret.
I Åreområdet noterades en liten minskning , 2,5%, av antalet skiddagar under fjolårssäsongen. Man räknar inte med någon större ökning av antalet gästnätter. Satsning pågår med anläggande av nya skidnedfarter, mot utlandsmarknaden och för att öka turismen övriga delar av året

Diagram 1.



För att få en bild av turismen under sommarmånaderna har vi tittat på Tillväxtverkets och SCB:s inkvarteringsstatistik. Den visar att under sommaren har antalet gästnätter i Jämtland ökat något under juli och augusti de senaste åren , se diagram 1. Saknas i denna statistik gör camping och privata boenden.

Diagram 2. Härjedalen



Antalet gästnätter på hotell, stugbyar och vandrarhem under sommarmånaderna i Härjedalen visar på en ökning under juli 2010 jmf 209, se diagram 2 (Källa: SCB och Tillväxtverket).

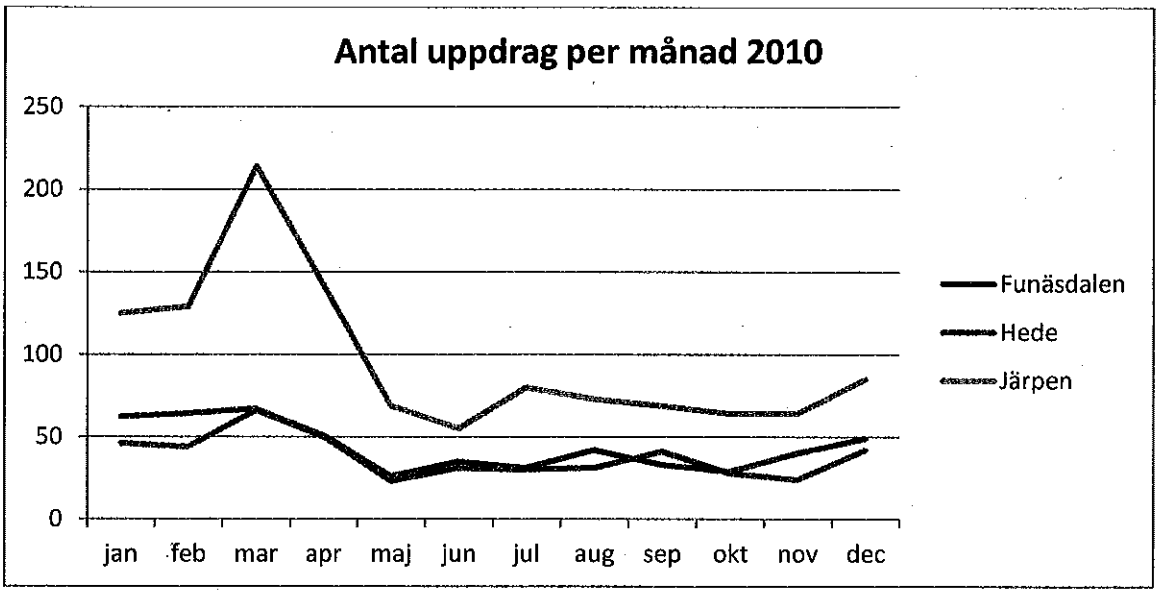
9 UTREDNINGSALTERNATIV

De alternativ som presenteras är utifrån vad som går att göra inom befintlig organisation. Inget fokus har lagts på alternativa driftsformer som t ex entreprenad eller annan organisation av ambulanssjukvården inom landstinget. De alternativ som redovisas är ändrad tillgänglighet på stationer med säsongsvariation, försämrad tillgänglighet under tid på dygnet med lågt antal uppdrag samt minskad bemanning per station.

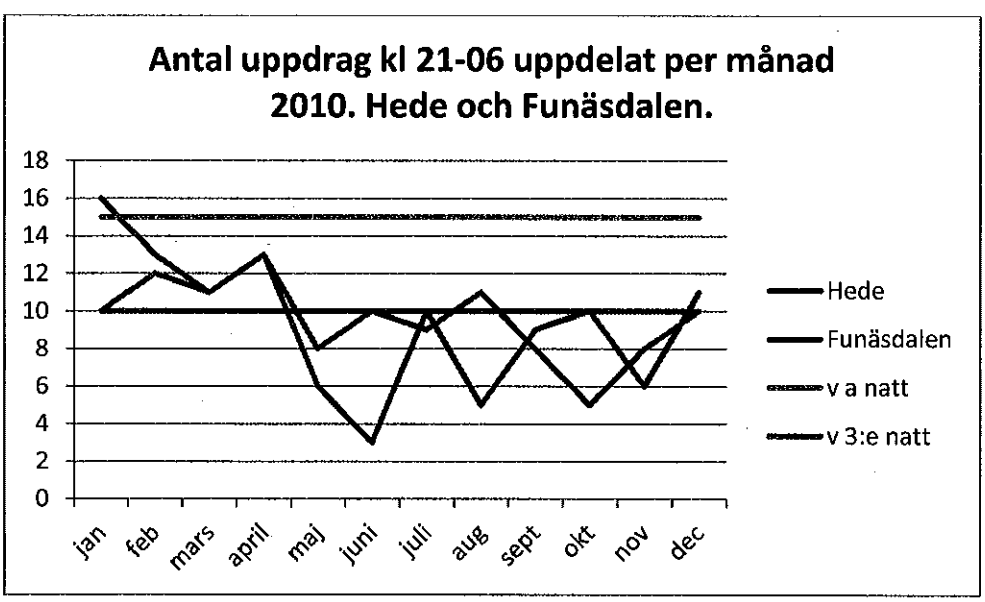
9.1 Minskad tillgänglighet på orter med säsongsvariationer

De stationer som uppvisar säsongsvariation är Hede, Funäsdalen och Järpen. Under vintersäsongen finns utökade resurser i form av Vinterbilen i Åre och Vinterbilen i Härjedalen med placering i Vemdalen. Efter vintersäsongens slut har Hede och Funäsdalen få uppdrag per månad, Järpen har fortfarande relativt många uppdrag.

Ingalill Persson



De stationer som skulle vara aktuella för olika tillgänglighet under året är Hede och Funäsdalen. På grund av att stationerna totalt har få uppdrag under året är det inte säsongsvariationen som skulle styra en förändring utan antalet uppdrag totalt. Detta på grund av att det redan nu tillförs resurser under vintersäsongen. Om man tittar på antalet uppdrag kl 21-06 är det variation under året, Hede kommer under januari upp i mer än ett uppdrag per natt annars ligger antalet under vintermånaderna mellan ett uppdrag varannan till var tredje natt. Under sommarmånaderna ligger antalet uppdrag nattetid i stort under ett uppdrag var tredje natt. Hede och Funäsdalen skulle därför vara aktuella för minskad tillgänglighet under natten på samma villkor som andra stationer.



9.2 Längre inställelsetid på stationer med få uppdrag under natten

Av de ambulansstationer runt om i landet som vi haft kontakt med är det glesbygdsstationerna i Norrbotten som har sämre tillgänglighet under natten. Där har man beredskap med 10 minuters inställelsetid under natten på stationer med få uppdrag.
Tänkbara områden i Jämtland att försämra tillgänglighet till ambulans är de stationer med få uppdrag under natten. De stationer som har färre uppdrag än ett varannan natt, kl 21-06 är Bräcke, Funäsdalen, Gäddede, Hammarstrand, Hede och Sveg. Svenstavik är ett gränsfall, har färre än ett uppdrag 2009 och fler än ett varannan natt under 2010. De stationer med färre än ett uppdrag var tredje natt kl 21-06 är Hede, Funäsdalen och Gäddede.
Ambulanshelikoptern utförde år 2010 173 uppdrag kl 21-06 vilket betyder att det finns möjligheter till ett utökat nyttjande som komplement vid minskad tillgänglighet på vägambulanser. Tillgången till ambulanshelikopter kan begränsas av väderförhållanden, främst under senhösten. Funäsdalen (120 hämtningar av ambulanshelikopter) och Sveg (104) är de områden som idag mest frekvent använder ambulanshelikopterns resurser. Vid ett ökat nyttjande av ambulanshelikopter ökar kostnaden med 9 500 kronor per flygtimme. Mediantiden för ambulanshelikopterns uppdrag är 75 minuter, vilket ger en ökad kostnad per uppdrag på 11 875 kronor. I alternativen nedan har en teoretisk beräkning gjorts utifrån antalet Prio 1-uppdrag per station och att det finns en tidsvinst i insatstid jmf med vägambulans. Beräkningen innebär att helikoptern skulle användas till fler uppdrag med lång insatstid än den gör idag, alltså på andra kriterier. Övertidskostnaden flyttas från vägambulans till helikopterpersonal.

Förslag med längre inställelsetid
- Aktuella stationer: Bräcke, Funäsdalen, Hammarstrand, Hede, Sveg och Svenstavik. (Gäddede)
- Beredskap med 10 minuters inställelsetid. Enligt AB 2010-04-01 ska personal vid beredskap "...vid behov utan dröjsmål kunna utföra arbete" (sid. 29). Inställelsetid på 10 minuter är en mycket kort inställelsetid och kan kräva ett specialavtal med de fackliga organisationerna som ger en högre ersättning och kostnad än enligt AB.
- Arbetsgivaren tillhandahåller lokal under natten till de arbetstagare som inte är bosatta på orten.

9.2.1 Förslag A. Sämre tillgänglighet 9 timmar per natt

Med beredskap 9 timmar per natt kan bemanningen minskas till 6 personer per ambulans och samtidigt klara ATL.

Aktiv tid per pass kl **06-21** eller 07-22	15 timmar
Beredskap per pass kl 21-06 eller 22-07	9 timmar
Antal arbetsdygn per person och vecka	2,33
Arbetstid i ambulans per person och vecka	2,33 x 15 = 35 timmar/v
Beredskap per person och vecka	2,33 x 9 = 21 timmar/v
Tid över till APT mm	Ssk 3,25 timmar/v Usk 2 timmar/v
Veckoarbetstid	Ssk 38,25 tim Usk 37 tim

Ingalill Persson

Ekonomi förslag A. Beräknat på 5 stationer med färre uppdrag än ett varannan natt kl 21-06, Funäsdalen, Hede, Bräcke, Sveg och Hammarstrand. Gäddede är ej med i beräkningar.

- Kostnad årsarbetare.

En kostnadsminskning med 1 sjuksköterska och 1 undersköterska per ambulans. 5 ambulanser.
465 000 kronor årslön för ssk x 5 = 2 325 000 kronor
400 0000 kronor årslön usk x 5 = 2 000 000 kronor
Total kostnadsminskning på 5 dygnsambulanser 4 325 000 kronor. D v s 864 000 kronor per dygnsambulans.

- Kostnad för jour och beredskap

Jourkostnad idag är 8 timmar per dygn och ambulans = 8 x 365 dagar x 31,80 kr x 5 amb =465 000 kronor
Ny kostnad beredskap blir 18 timmar per dygn och ambulans = 18 x 365 x 15,30 kr x 5 = 503 000 kronor.
Ev beräkna annan ersättning än enligt AB

Kostnadsökning beredskapsersättning jämfört dagens jourersättning ca 38 000 kronor.

- Kostnad övertid

Station	Antal uppdrag kl 21-06 år 2010	Mediantid per uppdrag	Antal timmar övertid vid beredskap	Ökad kostnad (1 person x antal tim x 410 kr*)
Bräcke	135	2,75	371	371 x 410=152 110
Funäsdalen	106	2,33	246	100 860
Gäddede	47	4,86	228	93 480
Hammarstrand	177	3,18	562	230 420
Hede	122	2,92	356	145 960
Sveg	171	2,45	388	159 080
Totalt exkl Gäddede	711		1923	**788 430**

* timlön 171 kronor beräknad på enbart kvalificerad övertidsersättning (240%).

Kostnad för övertid kommer att öka. Vid beräkning utifrån de mediantider per uppdrag som finns tillgängliga blir kostnadsökningen cirka 788 430 kronor – (kostnad för beredskap 1923 timmar x 15.30 =)29 421 kr = 759 000 kronor.

- Kostnad ökat nyttjande av ambulanshelikopter

Station	Insatstid hkp, min	Andel prio 1 över insatstid	Antal prio 1 kl 21-06	Beräknat antal uppdrag	Flygtid per uppdrag, minuter	Kostnad, kronor
Funäsdalen	30	36%	38	14	75	166 000
Hede	25	60%	44	24	65	246 000
Sveg	30	51%	75	38	75	451 000
Bräcke	15	62%	48	30	45	213 000
Hammarstrand	20	76%	46	35	55	302 000
Gäddede	30	49%	16	8	75	
Totalt exkl Gäddede						**1 378 000**

Summa kostnadsminskning vid beredskap 9 timmar och 5 stationer:

Årsarbetare	- 4 325 000
Jour/beredskap	+ 38 000
Övertidsersättning	+ 759 000
Ökat nyttjande hkp	+1 378 000
totalt	**- 2 150 000**

Ekonomi förslag A. Beräknat på 2 stationer med färre än ett uppdrag var tredje natt kl 21-06, Hede och Funäsdalen.

- Kostnad årsarbetare.

En kostnadsminskning med 1 sjuksköterska och 1 undersköterska per ambulans. 2 ambulanser.
465 000 kronor årslön för ssk x 2 = 930 000 kronor
400 0000 kronor årslön usk x 2 = 800 000 kronor

Total kostnadsminskning på 2 dygnsambulanser 1 730 000 kronor.

- Kostnad för jour och beredskap

Jourkostnad idag är 8 timmar per dygn och ambulans = 8 x 365 dagar x 31,80 kr x 2 amb = 185 712 kronor
Ny kostnad beredskap blir 18 timmar per dygn och ambulans = 18 x 365 x 15,30 kr x 2 amb = 201 042 kronor.
Beräkna annan ersättning än enligt AB

Kostnadsökning beredskapsersättning jämfört dagens jourersättning 15 330 kronor.

- Kostnad övertid

Station	Antal uppdrag kl 21-06 år 2010	Mediantid per uppdrag	Antal timmar övertid vid beredskap	Ökad kostnad
Funäsdalen	106	2,33	246	100 860
Hede	122	2,92	356	145 960
Totalt	228		602	246 820

*timlön 171 kronor beräknad på enbart kvalificerad övertidsersättning (240%)

Kostnad för övertid kommer att öka. Vid beräkning utifrån de mediantider per uppdrag som finns tillgängliga blir kostnadsökningen cirka 246 820 kronor – (kostnad för beredskap 602 timmar x 15.30 =)9 210 kr = 237 610 kronor.

Summa kostnadsminskning vid beredskap 9 timmar och 2 stationer:

Årsarbetare	-1 730 000
Jour/beredskap	+ 15 330
Övertidsersättning	+ 237 610
Ökat nyttjande hkp	+ 412 000
Totalt	**- 1 065 060**

9.2.2 Förslag B. Sämre tillgänglighet 6 timmar per natt

Med beredskap 6 timmar per natt kan bemanningen minskas med en undersköterska per ambulans.

Aktiv tid per pass kl **06-24**	18 timmar
Beredskap per pass kl 00-06	6 timmar
Antal arbetspass per person och vecka	2
Arbetstid i ambulans per person och vecka	2 x 18 = 36 timmar/v
Beredskap per person och vecka	2 x 6 = 12 timmar/v
Tid över till APT mm	Ssk 2,25 timmar/v Usk 1 timme/v
Veckoarbetstid	Ssk 38,25 tim Usk 37 tim

Ekonomi förlag B. Beräknat på 6 stationer med färre uppdrag än ett var tredje natt kl 00-06, Funäsdalen, Hede, Bräcke, Sveg, Hammarstrand och Svenstavik.

- Kostnad årsarbetare

En kostnadsminskning med 1 undersköterska per ambulans. 6 ambulanser
400 000 kronor årslön usk x 6 = 2 400 000 kronor

Total kostnadsminskning på 6 dygnsambulanser 2 400 000 kronor d v s 400 000 kronor per ambulans.

- Kostnad för jour och beredskap

Jourkostnad idag är 8 timmar per dygn och ambulans = 8 x 365 dagar x 31,80 kr x 6 amb= 557 000 kronor
Ny kostnad beredskap blir 16 timmar per dygn och ambulans = 16 x 365 x 15,30 kr x 5 = 536 000 kronor.
Ev beräkna annan ersättning än enligt AB

Kostnadsminskning beredskapsersättning jämfört dagens jourersättning ca 21 000 kronor.

- Kostnad övertid

Station	Antal uppdrag kl 00-06 år 2010	Mediantid per uppdrag	Antal timmar övertid vid beredskap	Ökad kostnad
Bräcke	75	2,75	206	84 460
Funäsdalen	61	2,33	142	58 220
Gäddede	27	4,86	131	53 710
Hammarstrand	110	3,18	350	143 500
Hede	78	2,92	228	93 480
Sveg	96	2,45	235	96 350
Svenstavik	106	2,68	284	116 440
Totalt exkl Gäddede	526		1445	592 450

* timlön 171 kronor beräknad på enbart kvalificerad övertidsersättning (240%)

Kostnad för övertid kommer att öka. Vid beräkning utifrån de mediantider per uppdrag som finns tillgängliga blir kostnadsökningen 592 450 kronor – (ersättning för beredskap 15,30 x 1445 timmar =)22 108 kr = 570 342 kronor .

- Kostnad ökat nyttjande av ambulanshelikopter

Station	Insatstid hkp; min	Andel prio 1 över insatstid	Antal prio 1 kl 00-06	Beräknat antal uppdrag	Flygtid per uppdrag, minuter	Kostnad, kronor
Funäsdalen	30	36%	18	6	75	71 250
Hede	25	60%	25	15	65	154 375
Sveg	30	51%	41	21	75	249 375
Bräcke	15	62%	28	17	45	121 125
Hammarstrand	20	76%	30	23	55	198 835
Gäddede	30	49%	10	5	75	
Svenstavik	15	82%	37	30	45	213 750
Totalt exkl Gäddede				112		**1 008 710**

Summa kostnadsminskning vid beredskap 6 timmar och 6 stationer:

Årsarbetare	- 2 400 000
Jour/beredskap	- 21 000
Övertidsersättning	+ 570 342
Ökat nyttjande hkp	+1 008 710
totalt	**- 841 948**

9.2.3 Konsekvenser längre inställelsetid

För medborgare. Vid längre inställelsetid för ambulanspersonalen kommer tillgängligheten för medborgarna i aktuella områden att minska. Väntetiden på ambulans kommer att öka. Förutsättningarna för invånarna i länet kommer att vara olika. Måluppfyllelsen att 95% av Prio 1-uppdragen ska nås inom 30 minuter uppnås inte idag och kommer att försämras ytterligare. Eventuellt kan turistnäringen, om utvecklingen fortsätter i samma takt och då främst i Härjedalen, påverkas negativt av att tillgängligheten till ambulans försämras genom att personer som inte är helt friska väljer annat semesteralternativ. En väl fungerande akutsjukvård är viktig, inte minst för orter som har lång väg till sjukhuset.
Medarbetare. För medarbetarna innebär det att man får arbeta fler pass (dygn) per vecka, från dagens 1,75 till antingen 2 eller 2,33 pass. Veckoarbetstiden ökar från 36 timmar och 20 minuter till 37 timmar för undersköterskor och 38 timmar 15 minuter för sjuksköterskor. Idag är totala uttaget per vecka (arbetstid+jourtid) 43 timmar 20 minuter. Med beredskap 9 timmar kommer arbetstid plus beredskap att uppgå till 59 timmar 15 minuter för sjuksköterskor och 58 timmar för undersköterskor. Med beredskap 6 timmar kommer arbetstid plus beredskap att uppgå till 50 timmar 15 minuter för sjuksköterskor och 49 timmar för undersköterskor. Till detta kommer tiden för övertidsarbete. Mer arbetad tid ger minskad möjlighet till återhämtning och förmodligen en risk för ökad sjukfrånvaro. Risk finns att rekrytering till glesbygdsambulanserna försvåras ytterligare då det är andra arbetsvillkor än på övriga stationer.

9.3 Färre personer per station

Införandet av ny ATL 2007 medförde förändringar i bemanningen i ambulanssjukvården, från sju personer per dygnsambulans till åtta Jourtid kom att jämställas med aktiv arbetstid i totala veckoarbetstiden som får tas ut av varje medarbetare. Totalt får medarbetaren arbeta maximalt 48 timmar per vecka i genomsnitt. Begränsning finns även till att antalet jourtimmar inte får överstiga 12 timmar per vecka (48 timmar/4 veckor) i genomsnitt.
Dessa åtta personer bokar idag sina arbetspass i ett tvättstugeschema där de lägger ut vartannat pass med 24 timmars aktiv tid och vartannat pass med 16 timmars aktiv tid och 8 timmars jourtid. Veckoarbetstidsmåttet för både sjuksköterskor och undersköterskor är 36 timmar 20 minuter. Genom att man är åtta personer blir det varje vecka en del tid "över" till andra arbetsuppgifter än att bemanna ambulansen, t ex APT och utbildning. Den "överblivna" tiden sparas ihop till dessa tillfällen.
Genom att förändra fördelningen av arbetstiden med mindre aktiv tid och större andel jourtid går det att minska ner antalet personer till 7,5 per station och följa ATL. Det innebär att ambulansen är tillgänglig på samma sätt som idag. För personalen innebär det att totala uttaget av tid (aktiv tid plus jour) ökar. Veckoarbetstidsmåttet förändras till 38 timmar 15 minuter för sjuksköterskor och 37 timmar för undersköterskor. Aktiv tid per pass för sjuksköterskor blir 19 timmar och jourtid 5 timmar. Aktiv tid för ambulanssjukvårdare 18 timmar 15 minuter och jourtid 5 timmar 45 minuter. Minsta antal sjuksköterskor i bemanningen måste vara fyra heltid. Tid kommer även att finnas för APT och utbildning. Övertiden kommer att öka något beroende av hur uppdragen fördelar sig under dygnet och att det inte kommer att vara någon i arbetslaget som har aktiv tid utan båda har jour och därmed övertidsarbete vid uppdrag nattetid. Kostnaden för jour kommer att öka liksom behovet av vikarier under sommarsemesterperioden. Idag minskas bemanningen under semesterperioden till 7 personer per ambulans. Det är möjligt p g a att inga utbildningar, APT mm sker under sommaren.

Ambulansstationen i Östersund berörs ej av förändring på grund av mängden uppdrag.

	Bemanning 8 heltid (idag)	**Bemanning 7,5 heltid (min 4 ssk heltid)**	
Arbetstidsmått	36 tim20 min (ssk+usk)	38 tim 15 min (ssk)	37 timmar (usk)
Tid som bokas i dygnsambulans per vecka	7 pass x 24 tim + 7 pass x 16 tim= 280 timmar	Aktiv tid 19 tim x 7 pass = 133 tim	Aktiv tid 18 tim 15 min x 7 pass = 127 tim 45 min
Medarbetarnas totala arbetstid per vecka	8 heltid x 36 tim 20 min = 290 timmar 40 min	4 heltid x 38 tim 15 min = 153 tim	3,5 heltid x 37 tim = 129,5 tim
Tid över till annat än att bemanna ambulans per vecka	290 tim 40 min – 280 timmar = 10 tim 40 min att dela på 8 heltid	282 tim 30 min – 260 tim 45 min = 21 tim 45 min att dela på 7,5 heltid	
Jourtid per vecka och heltid	8 tim x 7 pass = 56 tim/8 heltid = 7 tim/heltid	5 tim x 7 pass = 35 tim/3,75 heltid = 9 tim 20 min/heltid	5 tim 45 min x 7 pass = 40,25/3,75 heltid= 10 tim 45 min/heltid
Antal pass i ambulans per vecka och heltid	14 pass/ 8 heltid = 1,75 pass per heltid	14 pass/7,5 heltid = 1,87 pass per heltid	
Total arbetstid per vecka och heltid	36 tim 20 min + 7 tim jour= 43 tim 20 min	38 tim 15 min + 9 tim 20 min jour = 47 tim 35 min	37 tim + 10 tim 45 min = 47 tim 45 min

Ekonomi

Ökad jourkostnad. Varje ambulans kommer att generera en ökad kostnad för jour med 8 timmar varje arbetspass under året. Totalkostnad 31,80 kronor(från 2011-04-01) x 8 timmar x 365 dagar x 9 ambulanser= ca 835 000 kronor

Minskad lönekostnad. Bemanningen minskas med 0,5 heltid ambulanssjukvårdare på 9 dygnsambulanser. Total minskning av lönekostnader 4,5 heltid ambulanssjukvårdare x 400 000 kronor = 1,8 milj kronor.

Ökad övertidskostnad.

	Antal uppdrag kl 01-06	Tid per uppdrag	Total tid timmar	Ökad kostnad (1 person x totaltid x 410 kr)
Bräcke	58	2,75	159	65 190
Funäsdalen	50	2,33	116	47 560
(Gäddede)	25	4,86	121	49 610
Hammarstrand	80	3,18	254	104 140
Hede	65	2,92	190	77 900
Järpen	123	2,25	276	113 160
Krokom	99	1,8	178	72 980
Sveg	74	2,45	181	74 210
Svenstavik	77	2,68	206	84 460
Strömsund	115	3,05	350	143 500
TOTAL (exkl	741		1910	783 100

Gäddede)				

Kostnad för övertid kommer att öka. Vid beräkning utifrån de mediantider per uppdrag som finns tillgängliga blir kostnadsökningen 783 100 kronor. Total kostnadsökning för övertid ca 783 100 kronor – (1910 jourtimmar à 31,80=) 60 738 kronor = ca 722 362 kronor.

Summa kostnadsminskning vid minskning av 0,5 heltid på 9 stationer::

Årsarbetare	- 1 800 000
Jourkostnad	+ 835 000
Övertidskostnad	+ 722 362
totalt	**- 242 638**

Att minska bemanningen på 9 dygnsambulanser med 0,5 person/ambulans ger en kostnadsbesparing på ca 242 000 kronor, d v s 27 000 kronor per dygnsambulans. Kostnadsminskningen kan bli mindre beroende på eventuella inskolningskostnader för sommarvikarier.

9.3.1 Konsekvenser färre personer per station

För medborgare. Inga.

Medarbetare. Antalet arbetspass (dygn) kommer att öka från 1,75 till 1,87. Veckoarbetstiden ökar från 36 timmar 20 minuter till 38 timmar 15 minuter för sjuksköterskor och 37 timmar för undersköterskor. Totalt uttagen tid (aktiv tid + jour) ökar från 43 timmar 20 minuter till 47 timmar 35 minuter (38,25+9,33) för sjuksköterskor och 47 timmar och 45 minuter (37 + 10,75) för undersköterskor. Till detta kommer en ökning av övertidsarbete. Mer uttagen tid ger minskad möjlighet till återhämtning och förmodligen en risk för ökad sjukfrånvaro.
Ska alla ha möjlighet att arbeta heltid måste halvtidstjänstgöringen delas mellan två stationer för att få till en heltid vilket inte är enkelt med de stora avstånden mellan stationerna.

10 REFERENSER

Diverse dokument
Larminstruktioner för ambulanssjukvården.

PM beslut angående gränslös dirigering av Norrlandstingens ambulanser, ambulanshelikoptrar, ambulansflyg samt transportkoordinator.

Uppsats "Ambulanspersonalens upplevelser och erfarenheter av IVPA-larm". Andreasson & Lundin. Karlstads universitet, 2009.

Tidigare utredningar

Analys av ambulanssjukvården Landstinget Blekinge . Jan Bejrum, 2010.

Slutrapport för deluppdrag alternativa driftsformer. Jörgen Boström, 2008.

Sammanställning av ambulanssjukvården i Norrlandstingen. Nils-Arne Olofsson, 2004.

Ambulanssjukvården 2007-2008. Nils-Arne Olofsson, 2008.

Intervjuer
Ansvariga för ambulanssjukvården i
Mora, Örnsköldsvik, Gävleborg, Blekinge, Jokkmokk, Leksand/Rättvik, primärvården Norrbotten.

Statistikkällor
Qlikview.
Ambreg.
Tillväxtverket och SCB.
Prodiver.

11 BILAGOR

Bilaga 1. Uppdragsfrekvens per station.
Bilaga 2. Verksamhet per ambulansstation 2009-2010, ambulans Mitt.
Bilaga 3. Verksamhet per ambulansstation 2009-2010, ambulans Nord.
Bilaga 4. Verksamhet per ambulansstation 2009-2010, ambulans Syd.

24:1

Folkpartiet Liberalerna

CENTERPARTIET

ALLIANSEN

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2011 -10- 10
Dnr LS/ 1626/2011

Till Landstingsfullmäktige

Initiativärende rörande kommunala sjuksköterskors åtkomst till VAS för palliativa patienter

Människor i livets slutskede vårdas i stor utsträckning utanför sjukhuset, både i de egna hemmen och i kommunala boendeformer. Ansvaret för den palliativa vården i livets slutskede ligger i de allra flesta fall på lokala distriktsläkare, distriktssköterskor eller kommunala sjuksköterskor på boendet.

Vid verksamhetsbesök har det framkommit att dessa, av kommunen anställda sjuksköterskor, inte har tillgång till VAS. Detta innebär att ansvarig vårdpersonal inte kan läsa läkemedelslistor, epikriser och labbprovsvar, vilket kraftigt försämrar den vård som patienten har rätt till.

I yttersta fall innebär detta ett stort lidande för patienten, i andra fall risk för felmedicinering eller felaktiga åtgärder vid försämring - allt på grund av att de kommunalt anställda sköterskorna inte haft access till nödvändiga uppgifter. Bristen på åtkomst av väsentliga journaluppgifter i VAS förorsakar varje vecka tidskrävande extraarbete för dessa, i övrigt redan hårt belastade, sjuksköterskor.

Vi inom alliansen yrkar på en omgående lösning av denna situation. Människor i Sverige ska inte behöva utsättas för onödigt lidande och risker i livets slutskede på grund av en formsak.

Med hänvisning till ovanstående föreslås att VAS, eller delar av VAS - med de restriktioner som bedöms nödvändiga, görs tillgängligt för kommunsköterskor med ansvar för palliativa patienter.

För Alliansen, genom

Christer Siwertsson, M	Marianne Larm-Svensson, C	Finn Cromberger, FP
Ledamot Landstingsfullmäktige	Ledamot Landstingsfullmäktige	Ledamot Landstingsfullmäktige