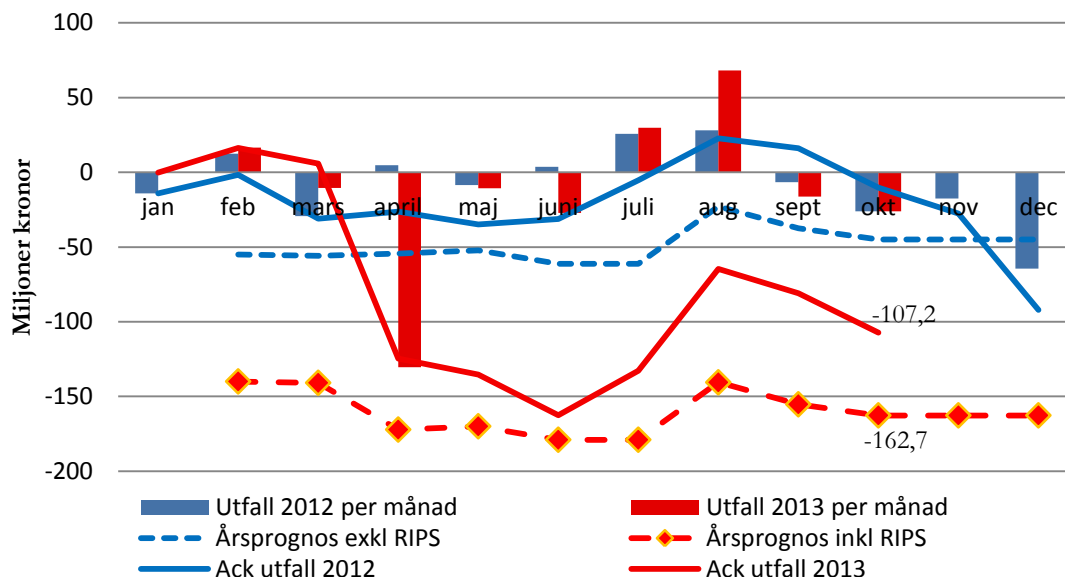


**SAMMANTRÄDESHANDLINGAR**  
**LANDSTINGSSTYRELSEN**  
**11 DECEMBER 2013**

# Månadsrapport för Jämtlands läns landsting

## Oktober 2013

### Resultat och prognos 2013 jämfört med 2012



### Vi måste vara rädd om kompetensen

För att få landstingets ekonomi i balans arbetar ledningen fram en långsiktig utvecklingsplan över tolv år. Planen ska vara klar i april nästa år, den ska vara konkret och ett reellt verktyg att luta sig mot. Avsikten är att inte fastna i brandkårsuttryckningar för att rädda ekonomin utan ha förmågan att hålla en gemensam och på förhand utstakad linje. Arbetet med planen har börjat.

Samtidigt måste landstinget göra riktade satsningar. Det handlar om att gasa och bromsa samtidigt, att få kompetent arbetskraft att söka sig till vårt landsting och att få kompetent arbetskraft att stanna kvar i vår organisation. Därför har vi även börjat arbetet med att bli en attraktiv arbetsgivare 2017. Dialog med bland annat chefer har inletts.

Positivt är också att Centrum för medicinska specialiteter har gjort ett utmärkt arbete för att förbättra arbetsmiljön och behöver inte betala det vite till Arbetsmiljöverket som tidigare aviserats.

#### • Ekonomi

Kostnaderna för bemanningsföretag fortsätter minska inom primärvården. Oktober månad var annars en dyrare månad än normalt och det är framförallt personalkostnader och köpt vård som ökat. Resultat efter oktober är 10,6 miljoner kronor, vilket inte kommer att räcka för ett positivt resultat för helåret 2013.

Prognos för helår 2013 är minus 44,9 miljoner kronor för landstingets verksamheter.

Under året har pensionsskulden uppräknats efter direktiv från SKL. Uppräknningen innebär en engångskostnad på 117,8 miljoner kronor som belastar årets resultat men redovisas som en jämförelsestörande post i årsbokslutet. Inräknat denna engångskostnad är prognosen minus 162,7 miljoner kronor.

#### • Tillgänglighet

Landstinget klarar inte kraven för kömiljarden i oktober, varken för besök eller behandling. Tillgängligheten inom primärvården är ett fortsatt förbättringsområde som det arbetas aktivt med.

#### • Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet

Socialstyrelsens rapport "Väntetider i cancervården 2013" visar mycket bra resultat för vår verksamhet. Jämtlands läns landsting rankas bäst i landet vid bland annat blåscancer och hudcancer, men även väntetiden vid bröstcancer är kort jämfört med övriga landsting.

Trenden med en minskande antibiotikaförskrivningen håller i sig och infektionsverksamheten på Östersunds sjukhus har tilldelats ett kvalitetspris från Svenska infektionsläkarföreningens för sitt arbete med Infektionsregistret.

**Björn Eriksson**

Landstingsdirektör

# Tillgänglighet

## Vårdgarantin

Landstinget klarar inte 100% måluppfyllelse (0-7-90-90) under oktober månad.

### Tillgänglighetsgarantin, 0:an

Landstingsdriven primärvård klarar tillgänglighetsgarantin med variation 65-95 %. De privata vårdgivarna klarar i genomsnitt 93%.

### Besöksgarantin, 7:an

För oktober månad klaras besöksgarantin till 89% för hela länet (landstingsdriven primärvård 88 % och privata hälsocentraler 90%). Utfallet efter september var 91%.

**Besöksgarantin, 90 dagar** för specialiserad vård har ökat till 89 % i oktober jämfört med 75% i september. Bäst utfall har BUH med 100% och lägst ligger Ögon med 72%.

**Behandlingsgarantin, 90 dagar** för specialiserad vård har också ökat och ligger nu på 88% jämfört med 75% i september. Bäst resultat har Kvinna med 96% och lägst ligger Kirurgi med 80%.

### Faktiska väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa

Landstinget klarar målet att minst 90% av patienterna ska få komma till en första bedömning inom 30 dagar samt att minst 80% ska få fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Genomförda besök 93% (september 100%)

Fördjupad utredning/behandling 100% (september 67%)

### Väntetider inom specialist sjukvårdens akutmottagning

Målet är att 80 % av patienterna vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar. Måluppfyllelsen för oktober månad ligger på 66% (ortopedi 60%, kirurgi 60% och medicin 68%) vilket är samma resultat som för september månad.

I syfte att korta väntetider för patienter har en allmänläkare anställts, från september månad, för att arbeta med flödet i triaget.

### Kömiljarden

Grundkravets lägsta nivå för ersättning är 70% för både väntande och genomförda besök/behandlingar. Landstinget har fått ersättning från kömiljarden i mars och maj månad.

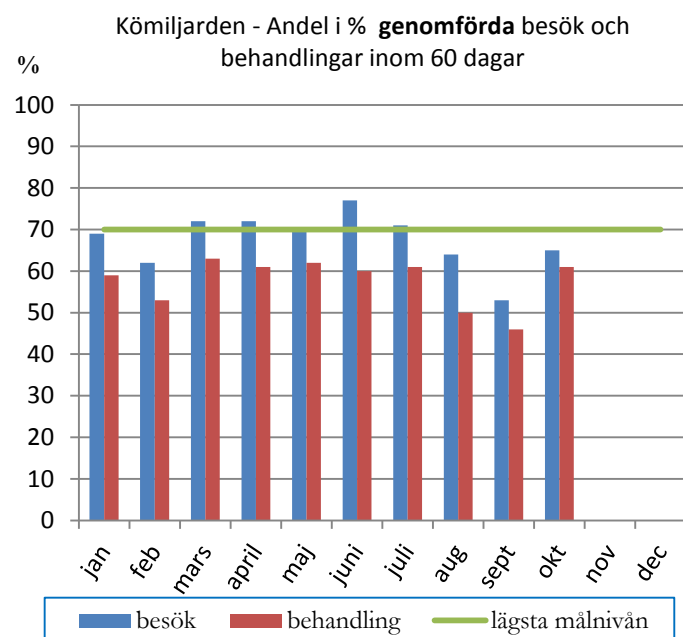
Under oktober månad klarade inte landstinget kraven för genomförda besök.

**Besök** –Väntande till första besök är 70% och genomförda besök 65% (preliminär siffra pga. viss eftersläpning i registrering)

**Behandling** –Väntande till behandling är 70% och genomförda behandlingar är preliminärt 61%.

Arbete med produktions – och kapacitetsplanering pågår och kommer med nya personella resurser att intensifieras för att nå målen för vårdgarantin.

| Hälsocentral       | 0:an | 7:an |
|--------------------|------|------|
| Myrviken           | 87   | 75   |
| Svenstavik         | 78   | 73   |
| Bräcke             | 82   | 79   |
| Kälarne            | 65   | 92   |
| Funäsdalen         | 89   | 91   |
| Sveg               | 67   | 81   |
| Föllinge           | 97   | 98   |
| Krokom             | 82   | 87   |
| Hammarstrand       | 71   | 84   |
| Backe              | 93   | 85   |
| Strömsund          | 81   | 99   |
| Hallen             | 89   | 98   |
| Järpen             | 94   | 94   |
| Åre                | 95   | 99   |
| Brunflo            | 73   | 88   |
| Frösön             | 73   | 84   |
| Lit                | 87   | 90   |
| Lugnvik            | 82   | 86   |
| Odensala           | 66   | 95   |
| Z-gränd            | 79   | 88   |
| Fjällhalsan        | 96   | 86   |
| Offerdal           | 91   | 85   |
| Nya Närvården      | 85   | 93   |
| Närvård Frostviken | 100  | 100  |



Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

| Månad     | jan  | feb  | mar  | apr | maj | juni |
|-----------|------|------|------|-----|-----|------|
| 1:a besök | 1058 | 888  | 878  | 927 | 833 | 1057 |
| Behandl.  | 627  | 454  | 422  | 528 | 509 | 499  |
| Månad     | juli | aug  | sept | okt | nov | dec  |
| 1:a besök | 1509 | 1900 | 1375 | 871 |     |      |
| Behandl.  | 743  | 697  | 504  | 397 |     |      |

## Vårdrelaterade infektioner (VRI)

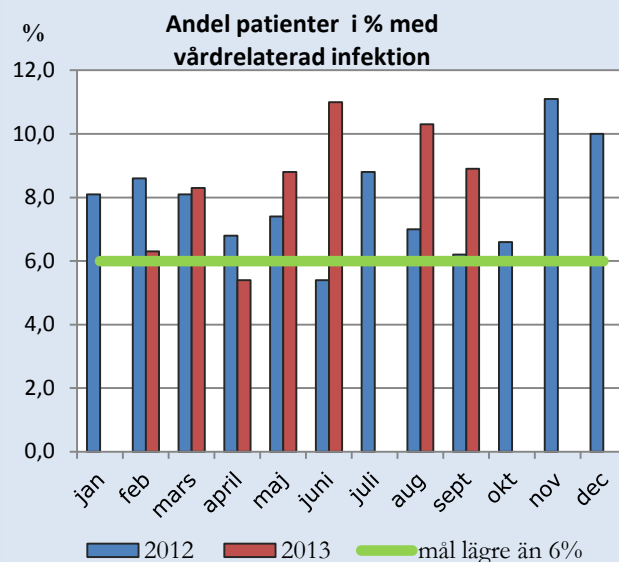
Vid de punktprevalensmätningar som utförts under 2013 har mellan 15-29 patienter vårdats för en vårdrelaterad infektion vid varje mättillfälle.

Generellt kan uttryckas att resultaten mellan centrumen varierar. Centrum för opererande specialiteter har högre andel vårdrelaterade infektioner än Centrum för medicinska specialiteter. Inom barn- och ungdomsmedicin och Kvinnosjukvården fångas få vårdrelaterade infektioner.

Underlaget till dessa mätningar är punktprevalensmätningar, vilket gör att det är ögonblicksbilder av antal och andel vårdrelaterade infektioner hos inläggande patienter som redovisas.

Oktober månads mätning är nationell och validering av underlagen ska ske innan resultaten får redovisas. Resultaten offentliggörs via Sveriges Kommuner och Landsting under november månad.

Under januari och juli månad 2013 har inga mätningar genomförts.



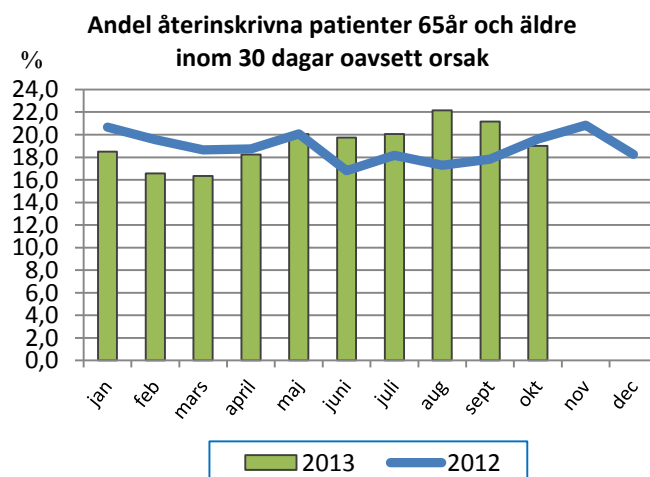
## Återinskrivning inom 30 dagar

Inom arbetet med bättre liv för sjuka äldre ingår att följa upp hur stor andel av patienter 65 år och äldre som oplanerat återinskrivs på sjukhus, oavsett orsak. Målet är att minska andelen patienter 65 år och äldre som återinläggs inom 30 dagar, *oavsett orsak*, jämfört med föregående år.

Under årets första fyra månader återinskrevs färre patienter än motsvarande månader förra året. Trenden vände tyvärr och resultatet försämrades jämfört 2012 under maj-september. Landstinget kommer därmed inte att få ta del av de statliga prestationsersättningar som finns för måttet. I oktober kan viss förbättring ses.

Inom Centrum för opererande specialiteter har vårdplatsantalet inom område kirurgi varit reducerat under september och oktober på grund av sjuksköterskebrist. Detta kan eventuellt ha bidragit till tidigare utskrivningar. En annan faktor som kan ha bidragit till återinskrivningar är att man tvingats till utlokaliseringar av inläggande patienter. Utlokalisering innebär att patienten vårdas inom annan specialitet än den som har det medicinska ansvaret för patienten.

Olika förbättringsåtgärder provas inom centrumen för att antalet minska återinskrivningar. Inom Centrum för medicinska specialiteter rings relevanta utskrivna patienter upp av sjuksköterska inom 72 timmar efter utskrivning.



## Undvikbar slutenvård

I måttet undvikbar slutenvård ingår ett urval diagnoser där bedömning gjorts att vården mest optimalt sker inom den öppna vården. Det kan handla om förebyggande arbete, primärvård eller annan öppen vård. Uppföljningen avgränsas till patienter 65 år och äldre.

Målet är att minska undvikbar slutenvård för patienter 65år och äldre, jämfört med föregående år.

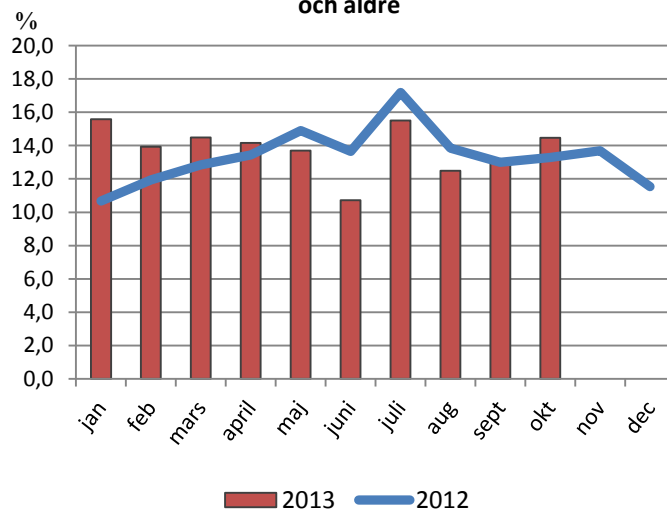
Under första tertialet blev utfallet sämre jämfört utfall 2012. För månaderna maj t.o.m. september förbättrades resultaten i förhållande till motsvarande månader föregående år. Detta gör att landstinget får ta del av de statliga prestationsersättningarna som finns för måttet. Det är i dagsläget oklart hur mycket pengar det rör sig om.

Tillsammans med måttet återinläggningar används måttet undvikbar slutenvård för att följa upp sammanhållen vård inom arbetet bättre liv för sjuka äldre. Sammanhållen vård är sådan vård där både landsting och, i de flesta fall, kommunerna är involverade i vården av patienterna.

Ortopedin har inga diagnoser som ingår i måttet undvikbar slutenvård. De patienter som fångas upp i den här uppföljningen har förutom ortopedisk diagnos en eller flera andra diagnoser som ryms inom indexet undvikbar slutenvård.

Åtgärder från centrumens sida att förbättra kan i flera fall vara lika både för återinläggningar och undvikbar slutenvård.

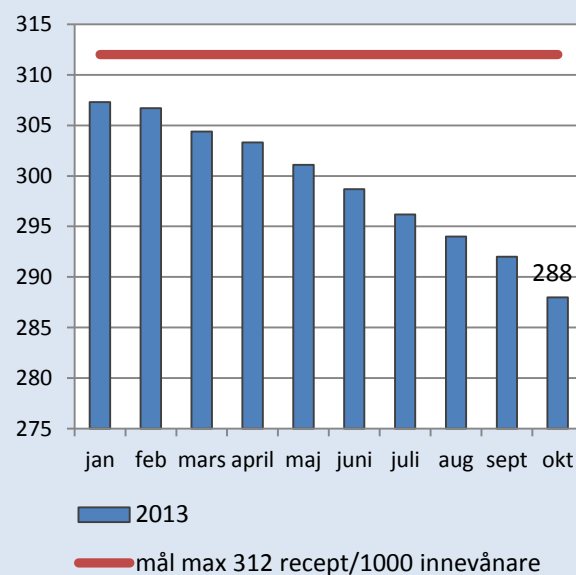
Andel undvikbar slutenvård för patienter 65år och äldre



## Minskad antibiotikaförskrivning

Under året ska förskrivningen vara högst 312 recept/1000 invånare inom primärvården. Utfallet för oktober är 288 recept per 1000 invånare. Utfallet visar en fortsatt långsam nedgång på ett tillfredsställande sätt.

Det är stor skillnad mellan länets hälsocentraler. Många hälsocentraler ligger redan under målvärdet medan andra har en bit kvar. Lokala strama-gruppen genomför riktade insatser vid de hälsocentraler som har en hög förskrivning.



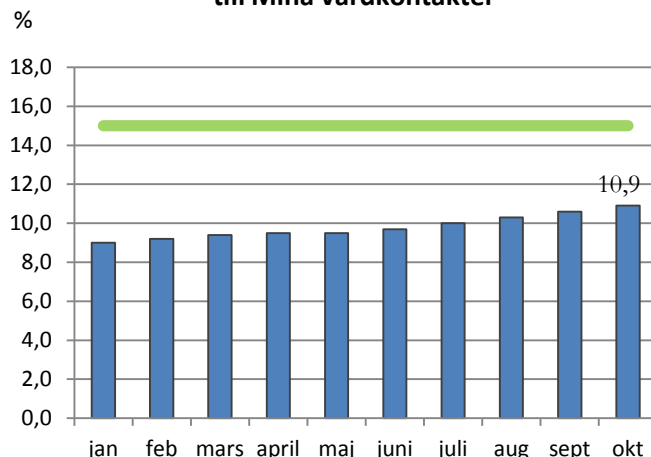
## E-hälsa – mina vårdkontakter

Mina vårdkontakter finns införda på samtliga hälsocentraler samt vid 29 av sjukhusets mottagningar. Ytterligare några mottagningar är på gång och under året kommer Mina vårdkontakter även att införas på folktandvårdens mottagningar.

Målet är att arbeta för utvecklad e-hälsa och att minst 15% av länets befolkning ska vara anslutna till ”Mina vårdkontakter” vid utgången av år 2013. Det är mottagningarna själva som informerar patienterna om tjänsten. I slutet av oktober var 13 800 användare registrerade, vilket är 10,9% av länets invånare. Snittet för riket är cirka 13%.

Ett annat mål är att öka antalet ärenden med 50% och det kommer troligen att lyckas. Det kommer totalt in mellan 250 och 350 meddelanden varje vecka men en marginell nedgång under sommaren.

Andel av länets invånare som är anslutna till Mina vårdkontakter



## Utförd tid

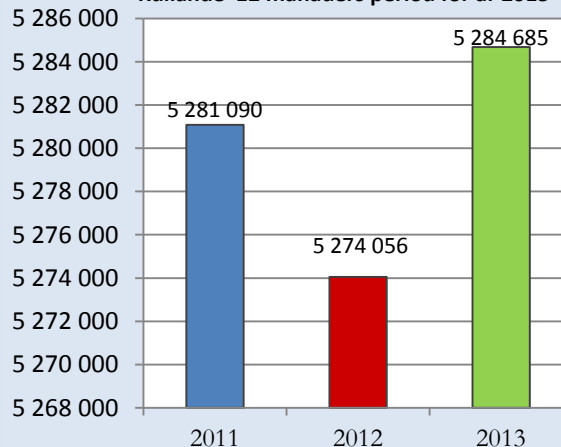
(Utförd tid rullande 12 månader visar tiden okt 2012 - sept 2013. Uppföljningen har eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

### Jämförelser mellan åren:

Justerat för antalet vardagar 2011 och 2012 ökade antalet arbetade timmar med 33 000 timmar mellan åren. Det motsvarar en ökning med 19 årsarbetare.

Jämförelser mellan 2013 (rullande 12 månader) och helår 2012 visar en ökning av utförda tiden med 10 629 timmar. Det motsvarar en ökning med 6 årsarbetare. Ökningen är jämförbar med föregående månads uppföljning som visade på en ökning av 7 årsarbetare.

Utförd tid i timmar . Helår 2011 och 2012.  
Rullande 12 månaders period för år 2013



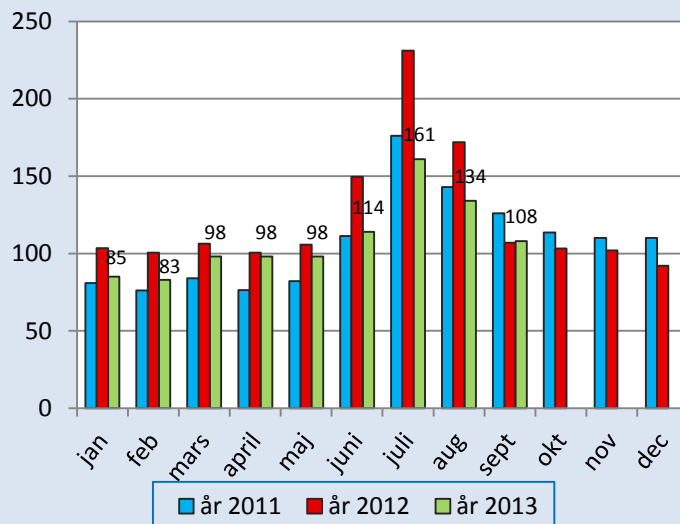
## Antal timanställda till och med föregående månad

Bemanning med timavlönade minskar från och med september 2012 jämfört med 2011. Minskningen försätter under 2013.

En förändring i tillämpning av arbetstidsmodellen gjordes från och med hösten 2012 och det är den främsta orsaken till minskningen.

Generellt erbjöds sommarvikarierna i år månadslön.

Antal timanställda redovisat som heltidstjänster (1760 timmar)



## Nyttjande av bemanningsföretag

Totalt är kostnaderna 3,8 miljoner lägre än föregående år. Centrumen för opererande specialiteter och barn, kvinna, psykiatri ligger över fjolårets nivå medan övriga centrum ligger under.

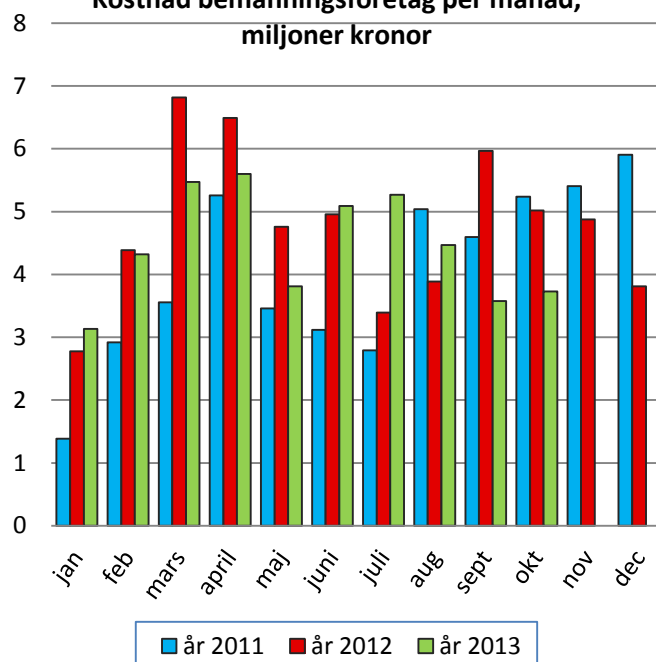
I primärvården har kostnaderna för bemanningsföretag minskat med totalt 6,4 miljoner, samtidigt som kostnaderna för arvodesanställda läkare ökat med 0,9 mkr. Totalt ger det en kostnadsminskning med 5,5 miljoner kronor mellan åren. I Östersunds närvårdsområde har kostnaderna minskat med 9,4 miljoner kronor mellan åren.

Från och med oktober avropas bemanningsföretag för Centrum för primärvård och Område psykiatri via en central avropsfunktion i landstinget. Övriga verksamheter går in i modellen från november. Syftet med centraliseringen är att avlasta cheferna, uppnå en högre grad av effektivitet, kvalitetssäkra processen och hålla kostnaderna nere.

Totalt fördelar sig stafettläkarkostnaderna enligt nedan:

| Centrum (mkr)                 | jan -okt 2012 | jan- okt 2013 | Förändring  |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| Opererande specialiteter      | 2,7           | 3,8           | +1,1        |
| Medicinska specialiteter      | 4,9           | 4,9           | 0           |
| Barn Kvinna Psykiatri         | 8,9           | 10,8          | +1,9        |
| Primärvård                    | 27,8          | 21,4          | -6,4        |
| Diagnostik, teknik, service   | 3,5           | 3,4           | -0,1        |
| Lednings- och verksamhetsstöd | 0,7           | 0,3           | -0,4        |
| <b>Totalt</b>                 | <b>48,4</b>   | <b>44,6</b>   | <b>-3,8</b> |

Kostnad bemanningsföretag per månad, miljoner kronor



## Internt stafettavtal

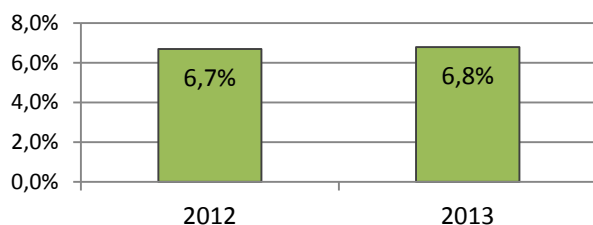
|           | Antal tim<br>Primärvård | Antal tim<br>Röntgen |
|-----------|-------------------------|----------------------|
| Januari   | 24                      | 0                    |
| Februari  | 80                      | 0                    |
| Mars      | 82                      | 0                    |
| April     | 128                     | 40                   |
| Maj       | 236                     | 0                    |
| Juni      | 216                     | 0                    |
| Juli      | 120                     | 0                    |
| Augusti   | 160                     | 0                    |
| September | 120                     | 0                    |
| Oktober   | 120                     | 0                    |

## Sjukfrånvaro

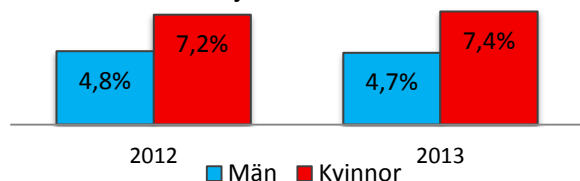
Sjukfrånvaron ligger kvar på nästan samma nivå som motsvarande period 2012. Kvinnors sjukfrånvaro har ökat med 0,2%-enheter medan männens frånvaro har minskat med 0,1%-enhet.

Andel sjuktimmar 60 dagar eller mer har minskat under 2013 jämfört med 2012.

Andel sjuktimmar i % av ordinarie tid,  
januari - oktober



Skillnad mellan män och kvinnors  
sjukfrånvaro

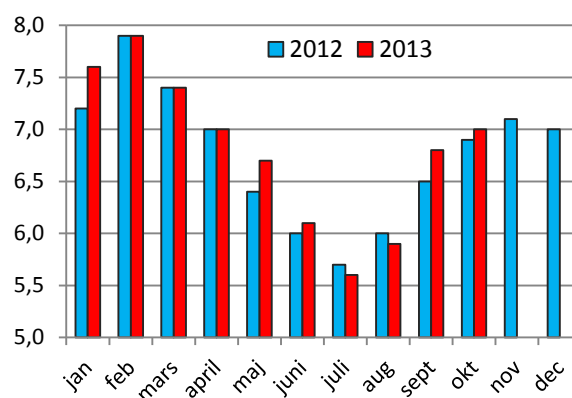


Om man ser per månad och jämför med 2012 så har sjukfrånvaron totalt sett varit densamma för februari, mars och april. I januari, maj, september och oktober har ökningar skett medan sjukfrånvaron minskat under sommarmånaderna..

Kvinnors sjukfrånvaro har varit högre varje månad 2013 jämfört med 2012 medan männen sammantaget har en lägre sjukfrånvaro.

Från juni har männens sjukfrånvaro ökat men den minskar igen under oktober. Kvinnorna har minskat i juli och augusti men ökar igen under september och oktober.

Andel sjuktimmar i % av ordinarie tid,  
per månad





## Ekonomiskt utfall till oktober 2013 och prognos helår

| Utfall per centrum/verksamhet<br>(miljoner kronor) | Resultat per<br>2013-10-31 | Resultat<br>oktober<br>månad | Prognos<br>oktober | Förändring<br>jfm sept |
|----------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|
| Motsedda (exkl sänkt RIPS-ränta)                   | 34,9                       | -0,6                         | 26,7               |                        |
| Centrum diagnostik, teknik, service                | 9,8                        | -0,3                         | 10,0               | -1,0                   |
| Centrum lednings o verksamhetsstöd                 | 14,6                       | -3,3                         | 9,0                |                        |
| Patientnämnd                                       | 0,3                        | 0,0                          | 0,3                |                        |
| Politisk organisation                              | 1,5                        | 0,2                          | 0,0                |                        |
| Revision                                           | 0,4                        | 0,0                          | 0,0                |                        |
| Centrum barn, kvinna, psykiatri                    | -4,2                       | -3,9                         | -2,6               | -0,6                   |
| Centrum folktandvård                               | -0,5                       | 0,8                          | -1,7               |                        |
| Landstingsövergripande verksamhet                  | 2,0                        | 3,5                          | -9,7               |                        |
| Centrum primärvård                                 | -13,6                      | -2,0                         | -15,0              |                        |
| Centrum opererande spec.                           | -25,5                      | -5,9                         | -33,5              | -3,8                   |
| Centrum medicinska spec.                           | -27,9                      | -8,2                         | -34,0              | -2,0                   |
| <b>Totalt JLL förvaltning</b>                      | <b>-8,2</b>                | <b>-19,6</b>                 | <b>-50,5</b>       | <b>-7,4</b>            |
| Finansiering                                       | 18,8                       | -6,7                         | 5,6                |                        |
| <b>Resultat 1</b>                                  | <b>10,6</b>                | <b>-26,2</b>                 | <b>-44,9</b>       | <b>-7,4</b>            |
| Effekt av sänkt RIPS-ränta                         | -117,8                     | 0,0                          | -117,8             |                        |
| <b>Resultat 2</b>                                  | <b>-107,2</b>              | <b>-26,2</b>                 | <b>-162,7</b>      | <b>-7,4</b>            |

Oktoberprognosen för helårsresultat är -162,7 miljoner kronor, vilket är en försämring med 7,4 miljoner kronor jämfört med september.

### Kommentar till resultat och prognosavvikelse.

- Motsedda utgifter (exkl. effekt av förändrad RIPS-ränta) lämnar en oförändrad prognos på plus 26,7 miljoner kronor. Överskottet innehåller: utfall av sjukskrivningsmiljarden 4 mkr, ej använda medel för oförutsett/stimulansmedel 6 mkr, återbetalning från AFA 46,7 mkr, överskott från LÖF och internpension 4 mkr, kostnader för pensioner - 19,4 mkr, dyra riks- och regionsjukvårdspatienter -15 mkr.
- Centrum för diagnostik, teknik och service räknar med större volymer än budgeterat och därmed högre intäkter. Prognosen sänks med 1 miljon ner till plus 10 miljoner kronor jämfört med septemberprognosen efter ökade kostnader i oktober.
- Centrum för lednings- och verksamhetsstöd prognostiserar ett överskott på 9,0 miljoner kronor. Samtliga enheter har sparkrav för året och vakanshåller en eller flera tjänster. Det råder restriktivitet för resor och utvecklingsinsatser.
- Centrum för barn, kvinna, psykiatri prognostiserar underskott utifrån ökade kostnader för stafettläkare, Riks- och regionvård samt Rättspsykiatri. Prognosen försämras med 0,6 miljoner ner till -2,6 miljoner kronor beroende på strukturella lönesatningar och kostnader för personalavveckling.
- Centrum för folktandvård prognostiserade underskott med 1,7 miljoner kronor. Underskottet beror främst på ökad bemanning som inte i motsvarande grad mötts av ökade intäkter.
- Landstingsövergripande verksamhet prognostiserar underskott för bland annat utomlänsvård och länstrafik. Obalansen år 2012 var 15 miljoner kronor. Prognos för år 2013 är -9,7 miljoner kronor.
- Centrum för primärvårds prognostiserar -15,0 miljoner kronor. Underskottet beror främst på höga kostnader för stafettläkare och egen personal men även på övriga verksamhetskostnader.
- Centrum för opererande specialiteter försämrar sin prognos med 3,8 miljoner ner till -33,5 miljoner kronor utifrån en ingående obalans samt att centrumet under året haft viss produktionsökning och samtidigt ökade kostnader för läkare, köpt vård och medicinsk service.
- Centrum för medicinska specialiteter försämrar sin prognos med 2,0 miljoner ner till -34 miljoner kronor. De största avvikelserna i helårsprognos jämfört med helårsbudget är personalkostnader (-13 mkr), riks- och regionvård (-6 mkr), sjukresor inkl. flygambulans (-5 mkr), och läkemedel (-5 mkr).
- Finansieringen prognostiserar +5,6 miljoner kronor. I prognosen bedöms ersättningen för året bli 17,5 miljoner kronor lägre än budgeterat för läkemedelsförmånen. Skatteintäkter och generella statsbidrag bedöms bli 21,7 miljoner kronor högre än budgeterat och finansnettot beräknas bli +1,3 miljoner kronor.

Bitr landstingsdirektör, Hälso- och sjukvårdschef  
Nina Fållback-Svensson  
Tfn: 063-14 75 66  
E-post: [nina.fallback-svensson@jll.se](mailto:nina.fallback-svensson@jll.se)

2013-12-02

Dnr LS/1373/2013

Center för eHälsa i samverkan  
[sofie.zetterstrom@cehis.se](mailto:sofie.zetterstrom@cehis.se)

## Svar på remiss regelverk för Journal på nätet

### Bakgrund

Center för eHälsa i samverkan, CeHis, driver projektet Journal på nätet. Projektet syftar till att ge regioner och landsting möjlighet att tillgängliggöra journalåtkomst till invånare och patienter via e-tjänster.

Projektet utförs av två utförare. Stockholms läns landsting utvecklar infrastruktur, e-tjänsten Mitt vårdflöde och Prenumerationstjänsten, där den enskilde administrerar sina prenumerationer till Hälsa För Mig. Uppsala läns landsting som haft tjänsten Min journal i drift sedan hösten 2012, har i projektet haft uppgiften att anpassa e-tjänsten till den nationella infrastrukturen.

Jämtlands läns landsting, JLL, har inbjudits att lämna synpunkter på förslag till regelverk för Journal på nätet. Genom en bred remissomgång har det framkommit en rad synpunkter som JLL framför i detta remissvar.

### Synpunkter

JLL ser positivt på initiativet till gemensamma regelverk för dels den enskildes direktåtkomst till sin egen vårdokumentation (Min journal), dels utlämnande av vårdokumentation till den enskilde via medium för automatiserad databehandling (HälsaFörMig). Det finns ett stort behov av att klargöra hur landstingens ansvar skiljer sig åt i dessa båda lösningar och att detta är tydligt för den enskilde patienten.

Beroende på inkomna synpunkter i remissbehandlingen bör tidplanen för införande av regelverk och möjligheter att använda tjänsten övervägas. Om det framkommer många risker och problematiserande synpunkter bör man noggrant överväga dem för att undvika problem vid införandet. Alla landsting har t ex haft problem med införandet av Pascal, vilket ställer stora krav vid införande av ny tjänster. Bättre något senare och rätt, än fort men fel.

### Rekommendation till regelverk för enskilds direktåtkomst till sin egen journal

Landstinget har inget att invända mot hur regelverket har implementerats i tjänsten Min journal. Patientens åtkomst via Mina vårdkontakter, ger en samlad och tydlig kanal för

kommunikation med vårdgivaren. En viktig utgångspunkt är att anslutning till tjänsten. Min journal innebär att vårdgivaren accepterar och tillämpar regelverket.

**Identifiering sker genom stark autentisering**

Bra! Det är viktigt ur sekretessynpunkt med säker inloggning i systemen.

**Patienten ska upplysas om vart man kan vända sig för att förstå journal-informationen, samt var man kan begära ut sådan dokumentation som inte lämnas ut genom direktåtkomst.**

JLL anser att detta är positivt ur patientsynpunkt. Samtidigt kommer det att innebära ökade krav på prioriteringar i organisationen både vad gäller tidsåtgång och rent ekonomiska åtaganden.

**Vuxna personer från 18 år och uppåt har direktåtkomst till sin journal.**

Direktåtkomsten är visserligen positiv men alternativ som bör övervägas är att ge patienten möjlighet att efter begäran få journalen på nätet och att den först därefter är åtkomlig.

**Vårdnadshavare har direktåtkomst till sina barns journaler t o m 12 års ålder.**

Det är viktigt att regelverket utformas enkelt och tydligt vid tveksamheter, som exempelvis vid vårdnadstvister eller misstänkt barnmisshandel. I den typen av situationer skulle det vara en fördel om vårdgivaren hade möjlighet att spärra möjligheten för vårdnadshavare att ta del av journalen på nätet.

**Vuxna har direktåtkomst till andra vuxnas journaler, om man blivit utsedd till ombud.**

Det är viktigt att man utformar tydliga regelverk som förhindrar någon att tilltvinga sig rollen som ombud.

**Barn upp till 17 år har inte tillgång till sin journal.**

JLL anser att denna del bör ses över ytterligare, med hänsyn till att mognaden hos individer varierar kraftigt.

**Patienter som har förseglat journalen har ingen åtkomst till den.**

JLL anser att detta är en mycket viktig del i förslaget till regelverk som en åtgärd för att förhindra obehöriga att ta del av patientjournalen. Med ett regelverk som innebär att patienten aktivt begär åtkomst till journalen på nätet ger man också patienten möjlighet att överväga de eventuella säkerhetsrisker som alltid finns med att lägga ut information utanför landstingens nätverk.

**Journaler visas oavsett om de är signerad eller inte.**

JLL avvisar bestämt förslaget att osignerade journalanteckningar lägg ut. Det förekommer ibland rena felaktigheter i journalanteckningar som kan vara till direkt men för patienten och som också kan väcka onödig oro.

**Journalanteckningar som är inskrivna under sökordet "Tidiga hypoteser" visas inte.**

JLL instämmer i förslaget. Det finns dock en risk att detta kommer att användas frekvent om man antar förslaget att osignerade anteckningar ska läggas ut.

**Journalinformation som skrivits in under de senaste två veckorna visas inte för patienter som valt två veckors fördröjning.**

JLL anser att det här är en bra funktion för att undvika att patienter får svåra besked som inte hunnit kommuniceras i direktkontakt med behandlande personal.

**Journalinformation visas inte från vårdenheter där man genom policybeslut bedömt att informationen måste prövas manuellt före utlämnande.**

JLL instämmer i förslaget

**Journalinformation visas inte från yrkeskategorier där man genom policybeslut bedömt att informationen måste prövas manuellt före utlämnande.**

JLL instämmer i förslaget

**Patienten har möjlighet att ange avvikande mening**

JLL instämmer i förslaget. Det kan ge möjligheter att rätta till eventuella missförstånd mellan patient och behandlare.

**Patienten kan kontrollera åtkomstlogg**

JLL anser att förslaget är positivt även om det kan komma att bli resurskrävande.

**Juridiska hållpunkter för utlämnande och personuppgiftsansvar gällande prenumerationstjänsten i Hälsa för mig.**

JLL har inget att invända mot den tekniska lösningen i Prenumerationstjänsten. JLL har eller inte några avvikande uppfattningar när det gäller övriga juridiska aspekter av förslaget.

Ur ett landstingperspektiv är det av stor vikt att det tydligt framgår var landstingets ansvar för informationsinnehållet slutar. Landstinget anser det korrekt att det föreslagna ställningstagandet att vårdgivarens ansvar för tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder omfattar den personuppgiftshantering som sker fram till och med API Gateway.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud  
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson  
Landstingsdirektör

Center för eHälsa i samverkan  
Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm  
Vxl: 08-452 70 00  
Tel: 08-452 71 67  
Mob: 070-315 71 67

sofie.zenstrom@cehis.se  
www.cehis.se | info@cehis.se

Till registrator i landsting och regioner  
CeHis strategiska råd för kännedom

## Missiv till remiss av regelverk för Journal på nätet

### Bakgrund

CeHis driver projektet Journal på nätet, som syftar till att ge landsting och regioner möjlighet att tillgängliggöra journalinformation till invånare och patienter via e-tjänster. Journalinformation kan nås genom direktåtkomst, i så kallade hitta och titta-lösningar, och dessutom utlämnas till det kommande statliga hälsokontot HälsaFörMig, genom prenumerationer som den enskilde hanterar själv.

Projektet genomförs av två utförare, Stockholms läns landsting som bland annat utvecklar infrastruktur, e-tjänsten Mitt vårdflöde, och Prenumerationstjänsten, där den enskilde administrerar sina prenumerationer till HälsaFörMig. Dessutom Landstinget i Uppsala län, som anpassar den befintliga e-tjänsten Min journal till den nationella infrastrukturen, så att övriga landsting och regioner kan ansluta sig till tjänsten.

### Regelverk

Projektet Journal på nätet har formulerat två förslag till regelverk, där det ena avser den enskildes direktåtkomst till sin egen vårddokumentation, och det andra avser utlämnande av vårddokumentation till den enskilde via medium för automatiserad databehandling. Det förstnämnda reglerar den enskildes direktåtkomst till journalinformation via hitta och titta-tjänster, och det sistnämnda reglerar utlämnandet till HälsaFörMig.

Regelverken finns i fullskaliga versioner av relativt hög detaljnivå, och i sammanfattande form. Kontaktpersoner för frågor kring regelverket är:

För regelverket kring direktåtkomst: **Benny Eklund, Landstinget i Uppsala län**  
[Benny.eklund@lul.se](mailto:Benny.eklund@lul.se), 070 510 13 06

För ramverk kring utlämnande via ADB: **Nina Lundberg, Stockholms läns landsting**  
[nina.lundberg@sl.se](mailto:nina.lundberg@sl.se), 070 737 51 19



2 oktober 2013

## Remissen

CeHis önskar få landstingens och regionernas synpunkter på regelverken, inför färdigställandet av slutversioner. Varje vårdgivare som ansluter sig till någon av e-tjänsterna inom Journal på nätet måste sedan självständigt anta regelverken.

Remissvar mejlas till:

Sofie Zetterström, CeHis

[Sofie.zetterstrom@cehis.se](mailto:Sofie.zetterstrom@cehis.se), 08 452 71 67

Remissvaren måste vara CeHis tillhanda senast den 13 december 2013.



Åke Rosandher  
Chef, CeHis

Center för eHälsa i samverkan  
Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm  
Vxl: 08-452 70 00  
www.cehis.se | info@cehis.se

## Rekommendation till regelverk för enskilds direktåtkomst till sin egen vårddokumentation

### Bakgrund

Landstinget i Uppsala län (Uppsala) låter sedan slutet av 2012 alla som har sökt vård i Uppsala läsa sina journaler via Internet. I dagsläget har 33 000 personer, med jämn fördelning i ålder och även över landet, läst sin journal via e-tjänsten "Min journal". Ytterligare 60 000 personer har försökt logga in, utan att ha någon journal i Uppsalas journalsystem. Intresset är stort hos flera andra landsting och regioner att ansluta sig till tjänsten. Uppsala har därför CeHis uppdrag att vidareutveckla tjänsten och ansluta den till den nationella infrastrukturen, så att fler journalsystem och landsting kan anslutas enligt nationella standarder. Vid slutet av året kommer en lösning att finnas på plats som är färdig att återanvändas för resten av landet.

Min journal bygger på ett regelverk, som är implementerat i själva tjänsten. De landsting och regioner som ansluter sig till tjänsten måste också acceptera regelverket, som kommer att förvaltas och vidareutvecklas tillsammans med e-tjänsten, på CeHis uppdrag. Målsättningen är att regelverket ska bli nationellt, så att tjänsten fungerar på samma sätt i hela landet. Det kan annars bli svårt för invånare och patienter att förstå varför funktionalitet och tillgång till journalinformation varierar. Det finns dock flera konfigurationsmöjligheter för de enskilda landstingen. Men en förutsättning för att regelverket ska bli nationellt är att varje sjukvårdshuvudman beslutar om att anta det, i samband med att man ansluter sig till tjänsten Min journal.





## Regelverket i sammanfattning

### **Identifiering ska ske genom stark autentisering**

Detta sker genom anslutning till Mina vårdkontakter.

### **Patienten ska upplysas vart man kan vända sig för att förstå journalinformation, samt var man kan begära ut sådan dokumentation som inte lämnats ut genom direktåtkomst**

Vårdokumentation som inte nås genom direktåtkomst kan lämnas ut på papper. Det varierar mellan landstingen vart man ska vända sig, men vanligen till ett patientkontor. Hänvisning kan exempelvis ske till 1177 på webb och telefon för råd och stöd.

### **Vuxna personer från 18 år och uppåt har direktåtkomst till sin journal**

### **Vårdnadshavare har direktåtkomst till sina barns journaler till och med 12 års ålder**

### **Vuxna har direktåtkomst till andra vuxnas journaler, om man blivit utsedd till ombud**

En användare kan genom e-tjänsten bjuda in en annan användare, exempelvis en närstående, att ta del av journalen. Ombudsrollen kan när som helst avbrytas av den som journalen gäller

### **Barn upp till 17 år har inte direktåtkomst till sin journal**

Detta innebär att journaler för barn och ungdomar mellan 13 och 17 år inte är tillgängliga för vare sig barnet/ungdomen eller vårdnadshavaren.

### **Patienter som har förseglat journalen har ingen åtkomst till den**

Med en knapptryckning eller ett telefonsamtal kan tjänsten Min journal förseglas för all framtid. Avsikten med detta är att skydda personer som befinner sig i vanmaktssituationer, exempelvis genom våldsamma relationer. Förseglingen kan brytas efter prövning av vårdgivaren.

### **Journalanteckningar visas oavsett om de är signerade eller inte**

Bakgrunden till detta är en dom i Högsta förvaltningsrätten som fastslagit att journalanteckningar är allmän handling oavsett om de är signerade eller inte. Osignerade anteckningar förses dock med en förklaring att texten inte är granskad och därför ska betraktas som preliminär. Tidigare erfarenheter visar att patienter vill se även osignerade journalanteckningar.



## **Journalanteckningar som är inskrivna under sökordet ”Tidiga hypoteser” visas inte**

Avsikten är att uppgifter om tidiga misstankar inte ska visas, och därmed minska risken för dubbel journalföring.

## **Journalinformation som skrivits in under de senaste två veckorna visas inte för patienter som valt två veckors fördröjning**

När en användare loggar in på Min journal måste ett val göras, om journalinformationen ska visas direkt eller om det ska ske en fördröjning i två veckor. Patienten får också information om att journalen kan uppfattas som svårbegriplig eller oroande. Avsikten är att patienten ska slippa få svåra besked som vården inte hunnit kommunicera muntligt.

## **Journalinformation visas inte från vårdenheter där man genom policybeslut bedömt att informationen måste prövas manuellt före utlämnande**

Detta kan exempelvis omfatta barn- och ungdomspsykiatri, kvinnofridsenheter, klinisk genetik etc.

## **Journalinformation visas inte från yrkeskategorier där man genom policybeslut bedömt att informationen måste prövas manuellt före utlämnande**

Detta kan exempelvis omfatta psykiater etc.

## **Patienten har möjlighet att ange avvikande mening**

Patientens uppgifter publiceras som en länk i anslutning till den aktuella journalanteckningen. Patienten får dock meddelande om att man inte ska förvänta sig något svar.

## **Patienten kan kontrollera åtkomstlogg**

Loggen visar vilken vårdpersonal eller ombud som tittat i journalen, och innehåller uppgifter om namn, roll och tidpunkt.

Följande personer har konsulterats vid utarbetande av regelverket:

*Mats Holmberg*, landstingsjurist Landstinget i Uppsala län

*Camilla Ziegler*, chefsjurist Region Skåne

*Patrik Sundström*, jurist och huvudsekreterare i regeringens utredning Rätt information i vård och omsorg

*Suzanne Carlsson Isberg*, Datainspektionen

*Maria Jacobsson*, Socialstyrelsen

Kontaktperson för regelverket: *Benny Eklund*, IT-strateg, Landstinget i Uppsala län

## Kommentarer till regelverket

### Menprovning

I Offentlighets- och sekretesslagstiftningen är huvudregeln att sekretess inte gäller i förhållande till den enskilde själv. Dock kan sekretess gälla gentemot patienten själv om det med hänsyn till ändamålet med vården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut till denne. Regelverket utgår ifrån att de vårdenheter där det är sannolikt att viss journalinformation bör menprövas manuellt, undantas från direktåtkomst. Detta undantagande baseras på policybeslut som sjukvårdshuvudmannen fattar.

Det är inte helt klarlagt om detta förfarande ligger i enlighet med lagstiftningens intentioner. Juristen Patrik Sundström har bland annat skrivit:

*"Det är svårt att lämna ett entydigt svar på om det ur ett rent formellt perspektiv ligger i linje med lagstiftningens utformning att automatisera ett utlämnande och kombinera det med en mer övergripande sekretessprovning t.ex. med stöd av policybeslut/riktlinjer. Samtidigt finns det många omständigheter som gör att en sådan väg går att försvara. Om de närmare förutsättningarna för att lämna ut patientinformation dessutom läggs så nära vårdgivar-/verksamhetsnivån som möjligt, ökar även de faktiska möjligheterna att reducera risker för utlämnanden som kan vara negativt för ändamålet med patientens vård och behandling. När sekretessbestämmelsen infördes i sekretesslagen från 1980 uttalades att bestämmelsen endast skulle tillämpas i undantagsfall och att skadeverkningar istället bör förebyggas genom att den som gör anteckningar i journalen utformar dessa med beaktande av att patienten kan komma att läsa dem."*

### Utse ombud

Lagstiftningen varken stöder eller förbjuder att patienter utser ombud genom e-tjänster. Det är därför svårt att bedöma om lösningen håller för en provning.

# Rekommendation till regelverk för enskilds direktåtkomst till sin egen vårddokumentation

## Förslag till beslut

Center för eHälsa i samverkan (CeHis) rekommenderar landstingen att besluta att regelverk enligt bilaga 1 ska gälla för enskilds direktåtkomst till sin egen vårddokumentation.

## Bakgrund

CeHis driver det nationella projektet Journal på nätet, som utvecklar de tekniska förutsättningarna för att ge invånarna tillgång till sin vårddokumentation via Internet. Utförarorganisationer i projektet är Stockholms läns landsting och Landstinget i Uppsala län. En av projektets leveranser är e-tjänsten Min journal (arbetsnamn), som bygger på en vidareutveckling av den e-tjänst som använts i Uppsala sedan slutet av 2012. Inloggning till Min journal sker via Mina vårdkontakter, och ger invånaren direktåtkomst till information från vårdgivarnas journalsystem. Varje landsting och region beslutar om införande av e-tjänsten Min journal, i den takt och omfattning som passar. Vid införande av Min journal måste beslut fattas om att följa det regelverk som e-tjänsten bygger på.

## Regelverket

För att införa e-tjänsten Min journal behöver vårdgivare ha ett fastställt regelverk för enskilds direktåtkomst. Ett enhetligt regelverk för alla vårdgivare är en förutsättning för att patienters tillgång till egen vårddokumentation kan ske utan märkbar skillnad över organisations- och länsgränser.

Detta regelverk förvaltas av CeHis. Relevanta fora för synpunktshantering, utvärdering och vidareutveckling kommer att upprättas.

Framtagandet av föreliggande förslag baseras på erfarenheter från Sustains-projektet, där e-tjänsten Min journal funnits i drift i Uppsala län sedan september 2012 för en begränsad grupp av patienter (med en anställning inom landstinget). 8 november 2012 öppnades tjänsten för alla personer boende inom C-län, för att därefter 3 december även öppnas för alla som är folkbokförda i Sverige och med en journal från Uppsala län. Antalet personer som loggat in har ökat med ca 109 nya användare per dag, och uppgick 2013-06-20 till 24.493 personer. Dessa patienter gjorde under maj månad 17.648 inloggningar vilket motsvarar 569 inloggningar per dag. Möjligheten att ta del av sin journalinformation via Internet har även inneburit högre ökningstakt av nya användare av Mina vårdkontakter i Uppsala län.

I bilaga 1 presenteras förslag till "Regelverk för patientens direktåtkomst till journalen via Internet", som föreslås gälla för enskilds direktåtkomst till sin egen vårddokumentation.

Bilaga 2 kompletteras med ytterligare dokumentation i form av:

Information till patienter – Exempel från Min journal i Uppsala läns landsting

Filtreringsregler – Exempel från Min journal i Uppsala läns landsting

Kontaktperson för regelverket: Benny Eklund, [benny.eklund@lul.se](mailto:benny.eklund@lul.se), tel 0705 101306

Ansvarig på CeHis: Sofie Zetterström, [Sofie.Zetterstrom@cehis.se](mailto:Sofie.Zetterstrom@cehis.se), tel 08-452 71 67

UTKAST

## 1 Kortfattad innebörd av regelverket

### 1.1 Generella regler enligt Patientdatalagens och Socialstyrelsens krav på enskildas direktåtkomst

- För att ge den enskilde direktåtkomst till vårddokumentation, anger Patientdatalagen att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om krav på säkerhetsåtgärder som ska gälla vid sådan direktåtkomst.<sup>1</sup> I föreskrifterna anges att den enskilde ska ha identifierats genom stark autentisering<sup>2</sup>.
- Socialstyrelsens föreskrifter anger att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett system för bedömning av de uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till den enskilde och som inte ska kunna lämnas ut genom direktåtkomst. Detta system är detta regelverk.
- Patienten behöver dels veta vart man vänder sig för att få hjälp att förstå dokumentationen samt i vilken mån informationen är begränsad.

### 1.2 Särskilda regler för patients elektroniska direktåtkomst till journalinformation genom e-tjänsten Min journal

#### 1.2.1 Vem ges möjlighet till direktåtkomst?

- Vuxna har direktåtkomst till sin journal
- Vårdnadshavare har direktåtkomst till sina barns journal upp till att de fyllt 13 år
- Vuxna har direktåtkomst till andra vuxnas journal om denne av patienten utsetts till ombud.

#### 1.2.2 Vem har inte direktåtkomst?

- Barn upp till 18 år har inte direktåtkomst till sin journal
- Patient som förseglat sin egen journal har inte tillgång till sin journal

#### 1.2.3 Vilken information visas vid direktåtkomst?

- Journalanteckningar är tillgängliga för patientens direktåtkomst oavsett om de är signerade eller osignerade<sup>3</sup>.
- I princip visas all information för patienten. Dock med följande undantag:
  - Anteckningar under sökordet "Tidiga hypoteser"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

<sup>2</sup>Detta sker via tjänsten "Mina vårdkontakter".

<sup>3</sup>Det vanligaste klagomålet från patienter när ovidimerad eller osignerad information, inte är synlig för patienten

<sup>4</sup>Vårdgivaren bestämmer policy för hur detta skall användas

- Information som är mindre än två veckor gammal för patienter som valt alternativet att bara se äldre information än 14 dagar.
- Information från enheter där vårdgivaren genom ett policybeslut har bedömt att informationen behöver prövas manuellt innan utlämning.
- Information från yrkeskategorier där vårdgivaren genom ett policybeslut har bedömt att deras anteckningar behöver prövas manuellt innan utlämning<sup>5</sup>.

#### **1.2.4 Införande av avvikande mening**

- Möjlighet finns att i e-tjänsten låta patienten själv föra in och avge en avvikande mening i anslutning till en journalanteckning

#### **1.2.5 Kontroll av åtkomstlogg**

- Patient ska ges möjlighet att genom e-tjänsten kontrollera vilken vårdpersonal samt eventuellt ombud, som har öppnat journalen. Vårdgivaren bestämmer från vilket datum dessa loggar skall vara synliga.

---

<sup>5</sup> Ett exempel på sådan yrkeskategori kan vara psykiatriker vilka tjänstgör som konsulter åt andra enheter

## 2 Regelverket:

### 2.1 Generella regler enligt Patientdatalagens och Socialstyrelsens krav på enskildas direktåtkomst

För att ge den enskilde direktåtkomst till vårddokumentation, anger Patientdatalagen att Socialstyrelsen kan meddela föreskrifter. I föreskrifterna<sup>6</sup> anges:

*2 kap 13 § Vårdgivaren ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att en enskilds direktåtkomst till sina patientuppgifter och till dokumentation om åtkomst endast tillåts efter det att den enskilde har identifierats genom stark autentisering.*

#### Regelverket

Stark autentisering ska hanteras genom att patienten identifierar sig via tjänsten ”Mina vårdkontakter”.

*2 kap 14 § Den vårdgivare som medger en enskild direktåtkomst till sina patientuppgifter ska även ansvara för att det finns ett system för bedömning av de uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till den enskilde och som inte ska kunna lämnas ut genom direktåtkomst.*

#### Regelverket

Utgångspunkten för e-tjänsten Min journal, är att manuell och individuell prövning som görs vid vanlig utlämning<sup>7</sup>, inte behöver göras vid utlämning via elektronisk direktåtkomst om det finns ett system för bedömning av dessa faktorer. Vid utlämnande av journalanteckningar till patient från till exempel ortopedkliniker föreligger generellt inte men för patienten. I sådana fall kan journalen göras tillgänglig via direktåtkomst utan individuell prövning.

Detta regelverk är den praktiska realiseringen av *systemet för bedömning* enligt 14 § av de uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till den enskilde och som inte ska kunna lämnas ut genom direktåtkomst. Prövning när journalhandling görs tillgänglig via nätet sker alltså genom att vissa typer av journaler som kan innehålla mer känslig information undantas från direktåtkomst genom centralt policybeslut av vårdgivaren. Dessa journaler behöver därför prövas individuellt vid vanligt utlämnande.

<sup>6</sup>Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

<sup>7</sup>. Enligt 12 kap 1 § OSL är huvudregeln att sekretess inte gäller i förhållande till den enskilde själv. Dock kan dock i enlighet med 25 kap 6 § OSL sekretess gälla gentemot patienten själv om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut till denne

*2 kap 15 § Om vårdgivaren endast medger den enskilde en begränsad direktåtkomst till sina patientuppgifter, ska vårdgivaren informera honom eller henne om detta. Vårdgivaren ska även informera den enskilde om vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp med att förstå dokumentationen.*

### Regelverket

Kravet på upplysningar till patienten tillgodoses genom att informera patienten vid inloggning om var ytterligare information kan fås. Dessutom ska patienten få information att det inte är all information som visas för patienten vid denna typ av direktåtkomst. Informationsmängden som ges vid vanlig pappersutlämning kan skilja sig jämfört med direktåtkomst. Patienten ska också upplysas om hur man gör om man önskar ta del av hela handlingen.

## **2.2. Särskilda regler för patients elektroniska direktåtkomst till journalinformation genom e-tjänsten Min journal**

Detta regelverk är den praktiska realiseringen av *systemet för bedömning* enligt SOSFS 2008:14, 2 kap 14 § av de uppgifter som kräver ett särskilt skydd i förhållande till den enskilde och som inte ska kunna lämnas ut genom direktåtkomst. Prövning när journalhandling görs tillgänglig via nätet sker alltså genom att vissa typer av journaler som kan innehålla mer känslig information undantas från direktåtkomst. Dessa journaler behöver därför prövas individuellt.

### **2.2.1 Vem har direktåtkomst respektive inte direktåtkomst?**

#### **2.1.1 Vårdnadshavares åtkomst till barns journal**

Den som har vårdnaden om ett barn<sup>8</sup> har ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda (6 kap. 2 § FB). Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter (6 kap. 11 § FB).

#### Socialstyrelsen frågor och svar om sekretess:

Normalt har en vårdnadshavare rätt att ta del av ett underårigt barns patientjournal. I vissa fall kan dock sekretess gälla även mot vårdnadshavaren, nämligen då det kan antas att den underårige lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren<sup>9</sup>. Det kan även finnas uppgifter om andra personer i patientjournalen och dessa uppgifter kan vara skyddade av sekretess.

<sup>8</sup> Enligt folkbokföringen

<sup>9</sup> 12 kap 3 § OSL



## **Regelverket**

Vårdnadshavaren har möjlighet att få direktåtkomst till sitt barns journal upp till barnet är 13 år.

Vårdnadshavare kan hindras att genom direktåtkomst ta del av barnets journal under vissa omständigheter. I fall som exempelvis barnmisshandel kan barnet lida men om vårdnadshavaren har tillgång till journalen. I sådana fall avgör verksamhetschef inom sjukvården om men föreligger som motiverar att vårdnadshavaren inte ges tillgång till barnets journal.

Vårdnadshavaren har inte via direktåtkomst tillgång till sitt barns journaler mellan 13 och 18 års ålder. Skälet till att vårdnadshavaren vid direktåtkomst inte får tillgång till informationen är av integritetsskäl för patienten. Mellan 13 och 18 år sker en gradvis övergång till vuxenlivet med ökat krav på integritet. Under denna tidsperiod ska därför inte vårdnadshavaren ges möjlighet att läsa barnets journal via direktåtkomst.

Undantag från regeln att vårdnadshavare inte kan läsa sitt barns journal via direktåtkomst mellan 13 och 18 år, kan prövas av verksamhetschef eller motsvarande för medicinska enheter som hanterar till exempel kroniska tillstånd (cystisk fibros, diabetes etc.) som motiverar ett undantag. I dessa fall görs en individuell prövning huruvida man anser att barnet inte lider men om vårdnadshavaren får direktåtkomst till journalen<sup>10</sup>. Med uttrycket ”lida men” menas här att barnets ökade krav på integritet inte tillgodoses.

## **Hantering i systemet**

Det undantag som prövats av en medicinsk enhet som till exempel hanterar ett kroniskt tillstånd, löses genom att vårdnadshavaren ges tillgång till barnets information från de medicinska enheter som har hand om barnets kroniska tillstånd, men inte övriga enheter.

När verksamhetschef har fastställt att risk för men föreligger, tas kontakt med patientkontor eller motsvarande funktion för att i systemet hindra vårdnadshavarens möjlighet till direktåtkomst till barnets journal.

### **2.1.2 Barns tillgång till sin egen journal**

Regelverket anger att barn och ungdomar upp till 18 år inte ges direktåtkomst till sin egen journalinformation.

Undantag är att ungdom mellan 13 och 18 år kan beviljas direktåtkomst efter individuell prövning av vårdgivaren. Prövningen ska baseras på samma bedömning av barnets mognad, som när vårdgivaren enligt Patientdatalagen kan ge barnet rätt att spärra sin

---

<sup>10</sup> Vårdgivaren gör denna prövning

journal vilket annars generellt inte är tillåtet. Det bedöms inte vara något mervärde i att erbjuda barn under 13 år egen direktåtkomst.

### 2.1.3 Försegla möjlighet till direktåtkomst

För att undvika att patienten tvingas öppna ett konto i Mina vårdkontakter och därmed sin egen journalinformation mot sin vilja, ska en möjlighet finnas att välja försegling av direktåtkomst i tjänsten Min journal. Detta kan särskilt vara aktuellt för patienter i utsatt position. Det kan också användas av den som personligen inte anser att ens myndighetskraven om stark autentisering är tillräckligt säkra för direktåtkomst.

### **Regelverket**

Patient ska kunna begära försegling av direktåtkomst via systemet.

Patient ska kunna begära försegling av direktåtkomst via patientkontor eller motsvarande funktion, eller direkt till sjukvårdspersonal. Detta kan tillämpas av patienter som inte vill kunna logga in i tjänsten över huvud taget.

Patient ska kunna begära upplåsning av förseglingen. För detta ska det finnas riktlinjer hos vårdgivaren<sup>11</sup> för bedömning av under vilka förutsättningar det får ske och hur det dokumenteras. I fall där hotsituation finns, bör ett noggrant övervägande göras för att försäkra sig om att begäran om upplåsning inte föranleds av hot.

Vårdgivaren behöver ha en av patienter känd funktion som man kan vända sig till samt som kan hantera/administrera försegling respektive upplåsning.

### 2.1.4 Utse ombud

Patienten ska ha möjlighet att utse ett ombud vilken genom inloggning med ombudets egen e-legitimation kan ta del av patientens konto. Detta ska kunna göras både temporärt och tills vidare. Skälet till att göra det temporärt kan vara att man till exempel vill ha en second opinion från någon som behöver ta del av journalinformation. Skäl till att det göra det tills vidare kan vara att möjliggöra för närstående att följa vården av patienten.

En närstående kan begära att få läsa en avliden persons patientjournal. Vid direktåtkomst betraktas ombud som "närstående". Av detta följer att ombud har direktåtkomst till avlidens journal.

### **Hantering i systemet**

För att anpassa till modernt språkbruk kallas detta att "dela journal" i tjänsten Min journal. Det förutsätter även att ombudet aktivt accepterar eller avvisar möjligheten att ta

---

<sup>11</sup> Riktlinjerna utformas av vårdgivaren

del av annan persons journal. Det finns även krav på loggning av åtkomst till journalinformation i systemet för ombud.

Patienten ska kunna ange vilken information som ombudet får ta del av, som till exempel journalnotat, läkemedel och laboratorieanalyser.

## **2.2.2 Vilken information som visas vid direktåtkomst**

### **2.2.2.1 Signerade/osignerade journalanteckningar**

För patienten kan det vara av värde att kunna ta del av anteckningar så snart de är införda i journalen.

#### **Regelverket**

Journalanteckningar ska vara tillgängliga för patientens direktåtkomst oavsett om de är signerade eller osignerade. Detta innebär att journalanteckningar med status "signerade", "klar för signering" (men inte "ej klar för signering") görs tillgängliga. Det skall dock vara tydligt för patienten vilka anteckningar som ännu inte kontrollerats och signerats av den som dikterat anteckningen. Det samma gäller till exempel svar på laboratorieanalyser oavsett om dessa är vidimerade eller ej.

### **2.2.2.2 "Tidiga hypoteser" – möjlighet till temporär maskering för patienten**

"Tidiga hypoteser" avser att vara ett särskilt anteckningsområde (sökord) där journalskrivaren kan göra sådana anteckningar som behöver noteras men inte bedöms som mogna att kommunicera till patienten och därför heller inte bör visas för patienten vid direktåtkomst till journalinformation. Detta för att motverka att man inte skriver in sådan information över huvud taget i journalen eller på annat ställe.

Det kan vara viktigt att påpeka att en "Tidig hypotes", vilken behöver noteras i journalen men inte anses behöva undanhållas patienten, inte skall noteras på detta särskilda anteckningsområde.

#### **Regelverket**

Vårdgivare ska avgöra i vilka journalmallar som det ska finnas rubrik/sökord "tidiga hypoteser" och som ska exkluderas från att visas för patient vid direktåtkomst.

Patienten kan naturligtvis begära vanligt utlämnande av journalkopia och därmed få tillgång till även dessa uppgifter.

#### **Hantering i systemet**

Genom att vårdgivaren skapar ett speciellt sökord för "tidiga hypoteser eller liknande" och lägga sådana uppgifter eller journalanteckningar under detta sökord, samt att tillämpa filtreringsregler för detta i tjänsten *Min journal*, så filtreras den information som visas enligt så att uppgifterna inte exponeras vid direktåtkomst.

### 2.2.2.3 Val av fördröjning/ej fördröjning

Avvägning behöver göras mellan om den enskilde ska få tillgång till journalinformation direkt eller med tidsfördröjning, samt vem ska avgöra detta.

Tidsfördröjning möjliggör att patienten kan meddelas information på andra sätt än via direktåtkomst till journalinformation via Internet, samtidigt som den försvårar för patienten och betrodda anhöriga att följa en vårdepisod eller ett sjukdomsförlopp under en intensiv period då flera medicinska åtgärder vidtas.

### **Regelverket**

Regelverket för patientens direktåtkomst till journalen via Internet utgår ifrån att patienten själv ska ta ställning till om man vill se information utan fördröjning, eller med tidsfördröjning.

Standardperioden för tidsfördröjning är 14 dagar, baserat på den fördröjningstid vilken rekommenderas i andra sammanhang såsom Läkarförbundets policy<sup>12</sup>, Danmarks *Sundhet.dk*, etc.

Starttidpunkt ska räknas från den tidpunkt när informationen förts in i journalen. Huvudregeln är att patienten väljer första gången denne loggar in. Det är dock lämpligt att det under en längre tidsperiod, förslagsvis 1 år från första inloggning, är obligatoriskt att välja vid varje inloggning för att påminna patienten om att seriöst beakta sitt val och vad det innebär.

### **Hantering i systemet**

Patienten ska göra ett aktivt val. Under första året gör patienten ett val efter varje inloggning och väljer själv om denne föredrar direktåtkomst enligt något av alternativen 1 eller 2.

1. Att få informationen direkt utan fördröjning. Patienten ska då ges information om att vårdgivaren i så fall inte kan ha hunnit ge personlig information om till exempel avvikande laboratorievärden.
2. Att få information där det är exkluderat de senaste 14 dagarnas tillkommande information i journalen. Detta alternativ säkerställer att svåra besked inte ges i denna kanal, utan kan ges med en personlig kontakt med helt andra möjligheter för vården att på samma gång ge förklaringar, exempelvis en översikt av möjliga behandlingsalternativ.

Efter 1 år behöver patienten inte längre göra valet efter varje inloggning, utan ändrar själv sina val vid behov via inställningar i systemet.

Patientens val ska sparas tillsammans med tidsmarkör.

<sup>12</sup> Läkarförbundets policy ”Patientens delaktighet i sin vård”

#### 2.2.3.4 Exkludering av journalinformation från vissa enheter

Viss information behöver prövas manuellt. I de fall där manuell prövning krävs, bör ett policybeslut tas inom respektive landsting av vilka kategorier av information som ska exkluderas från direktåtkomst.

#### **Regelverket**

Journalinformation från vissa organisatoriska enheter ska undantas från direktåtkomst via Internet.

Vårdgivaren ska avgöra på vilken organisatorisk nivå som undantag ska göras baserat på att man bedömer att det är tillräckligt vanligt att manuell prövning behöver göras.

Berörda vårdenheter ska informeras om att manuell prövning krävs.

#### **Exempel**

Kvinnofridsenhet – Bör helt undantas från elektronisk direktåtkomst för såväl patient som eventuellt ombud.

Klinisk genetik – Bör helt undantas från elektronisk direktåtkomst enligt regelverk för exkludering av vissa informationsmängder.

Genetiska utredningar - Vid genetiska utredningar görs ofta utredning av hela familjer om exempelvis vilka sjukdomar släktingar haft. Dessa uppgifter är det inte säkert att släktingarna vill att den enskilde patienten ska få veta. Det är i princip omöjligt att inte nämna något om det i journalerna, ty då tappar man spårbarheten till vilken person som tillhör vilken familj..

Ungdomsmottagning – Bör helt undantas från elektronisk direktåtkomst för såväl patient som vårdnadshavare. Detta enligt regelverken för barns tillgång till sin egen journal respektive vårdnadshavarens tillgång till barns journal. Detta för att säkerställa att till exempel 12-åring som uppsöker en ungdomsmottagning ska omfattas av samma integritetsskydd som de mellan 13-18 år.

Psykiatri – Ställningstagande bör göras till om hela eller delar av journalinformation ska exkluderas från elektronisk direktåtkomst, såsom information från allmänpsykiatri respektive barn- och ungdomspsykiatri.

#### **Hantering i systemet - Filtreringsregler**

För att kunna exkludera information från att visas via direktåtkomst, krävs att man definierar och fastställer och därefter tillämpar filtreringsregler i enlighet med de policiessom respektive vårdgivare beslutar om vilka kategorier av information som ska exkluderas från direktåtkomst.

Generellt behövs en så kallad ”black list” respektive ”tillåtandelista” för organisatoriska enheter. Om till exempel HSA-id<sup>13</sup> på enhetsnivå saknas så visar man inte journalinformation från den enheten för patienten. Tillåtandelistan möjliggör visning endast för de enheter vilka har ett så kallat HSA-id. Detta för med sig att gamla enheter som har bortfallit genom omorganisation behöver förses med ett HSA-id för att anteckningar därifrån ska kunna visas för patienten.

Bilaga 2 beskriver mer exakt de regler som tillämpas för Min journal i Uppsala läns landsting. De anger vilken information som visas för vårdbesök, journalanteckning, diagnoser, läkemedel, provsvar samt remisser. Reglerna handlar bland annat om att vårdbesök inte visas om HSA-id är beskaffat på visst sätt, om det exempelvis avser en exkluderad vårdenhetskategori eller om vårdpersonal har exkluderade yrkesroller. Om det till exempel är preliminär svar som egenskap på information, och HSA-id är röntgen, så visas inte informationen.

### 2.2.3.5 Exkludering av journalinformation från vissa roller

Viss information behöver prövas manuellt. I de fall där manuell prövning krävs, bör ett policybeslut tas inom respektive landsting av vilka kategorier av information som ska exkluderas från direktåtkomst.

#### **Regelverket**

Journalinformation från vissa yrkesroller ska undantas från direktåtkomst via Internet.

Vårdgivaren ska avgöra för vilka yrkesroller som undantag ska göras baserat på att man bedömer att det är tillräckligt vanligt att manuell prövning behöver göras för journalanteckningar som dessa roller skriver.

Berörda yrkeskategorier bör vara medvetna om att journalinformation som de skriver kan vara exkluderad från direktåtkomst och att manuell prövning kan behöva göras.

#### **Exempel**

Exempel på roller är psykolog, barn- och ungdomspsykolog, ”BHV/MHV-psykolog”. Dessa kan tillhöra en vårdcentral såsom organisatorisk enhet och där journalinformationen generellt inte undantas från elektronisk direktåtkomst. Även journalanteckningar av anteckningstypen *konsultation* som har ett sökord, typ av konsult, med värdet *psykiatrikonsult* visas inte.

#### **Hantering i systemet**

Se regelverk för exkludering av journalinformation från vissa enheter.

---

<sup>13</sup> ID från Hälso- och sjukvårdens adressregister som bland annat omfattar enheter inom sjukvården.

### 2.2.3.6 Exkludering av vissa informationsmängder

Viss information behöver prövas manuellt. I de fall där manuell prövning krävs, bör ett policybeslut tas inom respektive landsting av vilka kategorier av information som ska exkluderas från direktåtkomst.

#### **Exempel på områden som vårdgivare bör ta ställning till**

Preliminära svar från olika slag av medicinsk service - Detta på grund av att en röntgenavdelning kan ha läkare under utbildning som gör bedömningar innan röntgenrond hållits och som patient inte bör se.

Omvårdnadsdokumentation – Ingår inte i det som visas för patienten. Anledning är att uttagprogram för NPÖ, vilken utnyttjas för denna funktion, ännu inte omfattar den informationsmängden.

#### **Hantering i systemet**

Se regelverk för exkludering av journalinformation från vissa enheter.

### 2.2.3.7 Stark autentisering

Patienten ska identifiera sig genom stark autentisering<sup>14</sup> enligt SOS 2008:14, 2 kap, 13 §<sup>15</sup>.

*13 § Vårdgivaren ska ansvara för att det i ledningssystemet finns rutiner som säkerställer att en enskilds direktåtkomst till sina patientuppgifter och till dokumentation om åtkomst endast tillåts efter det att den enskilde har identifierats genom stark autentisering.*

#### **Regelverket**

Stark autentisering hanteras genom att patienten identifierar sig via tjänsten Mina vårdkontakter.

## **2.3 Information till patient**

Information till patient ska enligt SOSFS 2008:14, 2 kap 15 § lämnas.

---

<sup>14</sup> SMS med engångskod till din mobil, BankID, Mobilt BankID, Nordea e-legitimation, eller övriga e-legitimationer

<sup>15</sup> Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

*15 § Om vårdgivaren endast medger den enskilde en begränsad direktåtkomst till sina patientuppgifter, ska vårdgivaren informera honom eller henne om detta. Vårdgivaren ska även informera den enskilde om vart han eller hon kan vända sig för att få hjälp med att förstå dokumentationen.*

### **Regelverket**

Kravet på upplysningar till patienten tillgodoses genom att informera patienten vid inloggning var ytterligare information kan fås. Patienten ska också upplysas om att det i vissa fall inte är all journalinformation som visas vid direktåtkomst, samt hur man gör om man önskar ta del av all information. Informationsmängden som ges vid vanlig pappersutlämning kan skilja sig jämfört med direktåtkomst. Patienten ska aktivt intyga att denne är medveten om detta.

#### **Exempel**

I bilaga 1 återfinns exempel från Min journal i Uppsala län på den information som ges till patient. Följande områden beskrivs:

- Allmänt om vad som visas
- Funktioner som finns i systemet, till exempel försegla konto, dela min journal,
- Kontaktvägar

## **2.4 Införande av avvikande mening**

Patient kan avge avvikande mening enligt PDL 3 kap 8 §.

*8 § Om en patient anser att en uppgift i journalen är oriktig eller missvisande, ska det antecknas i journalen.*

### **Regelverket**

Patient ska ges möjlighet att föra in sin avvikande mening per journalnotat i tjänsten Min journal.

För dessa uppgifter har vårdgivaren ett personuppgiftsansvar, med skyldigheter att vidta gallring och rättelser. Detta ansvar innebär även att ta ställning till åtgärder om till exempel nedsättande, kränkande text riktad mot annan person.

### **Hantering i systemet**

- Omfattningen bör begränsas med maximalt antal tecken eller ord. Förslagsvis: 500 tecken, i syfte att undvika för långa skrivningar.
- Avvikande mening ska tas med vid utskrift av den anteckning där den införts.
- ”Flagga” till personalen att avvikande mening tillförts i journalen.

#### **Patienten informeras även om att**

- Ej förvänta sig svar



- Innehållet ska vara relevant för journalföring (hålla sig till journalnotatets sammanhang).

## 2.5 Loggfunktioner

Loggfunktioner avser att patient ska ges möjlighet att ta del av vilken vårdpersonal samt eventuellt ombud som tagit del av journalinformation enligt 5 kap 5 § PDL.

### Regelverket

Följande information om *personal* som tagit del av journalinformation visas (som ett minimum):

Namn, datum, roll.

Följande information om *ombud* som tagit del av journalinformation visas (som ett minimum):

Namn, datum, roll (=ombud)

## Bilaga 1:

### Information till patienter – exempel från Min journal i Uppsala län

Detta dokument beskriver vilken typ av information som bör ges till patienter som ska få tillgång till sin journalinformation via Internet. Det bygger på exempel på den information som visas i Min journal i Uppsala län.

Informationen indelas i tre huvudområden:

- Allmänt om vad som visas
- Funktioner i systemet
- Kontaktinformation

#### **Allmänt om vad som visas**

Här kan du läsa det mesta av din journal från Landstinget i Uppsala län. Dock finns några begränsningar av vilken information som går att se.

Den huvudsakliga begränsningen är att du bara kan se journaler i journalsystemet Cosmic. Hos Landstinget i Uppsala län infördes Cosmic under åren 2005-2008, vilket innebär att journaler äldre än så inte kan ses via denna tjänst.

#### **Andra delar av din journal som inte visas här är:**

Bilder.

Scannade eller bifogade dokument.

Anteckningar från Psykiatridivisionen, Klinisk genetik, Kvinnofridsenheten, Ungdomsmottagningarna, Barnskyddsteamet och Ungdomshälsan. För dessa enheter krävs en manuell granskning (så kallad menprövning) innan anteckningar lämnas ut.

Anteckningar från enheter som upphörde genom omorganisation före år 2010. De anteckningarna saknas idag av tekniska skäl, men ska visas så fort det är möjligt.

Tandvårdens journaler. För att få tillgång till din tandvårdsjournal ska du kontakta din Tandvårdsklinik.

Text under sökordet ”Tidiga hypoteser”

Du kan beställa komplett utskrift på papper (utan de undantag som gäller för direktåtkomst ovan) eller per telefon till enheten för Patientadministration (018-61162 00, följt av tonval 1).

#### **Vårdbesök**

Här ser du de uppgifter som finns registrerade i journalen, sorterade per vårdbesök. Som

vårdbesök räknas till exempel ett läkarbesök, en telefonkontakt med vårdpersonal eller när du varit inlagd på sjukhus. All information som finns under Vårdbesök går också att hitta under respektive flik (Journalanteckningar, Diagnoser etc).

### **Journalanteckningar**

Här ser du de journalanteckningar som finns registrerade i journalen. Journalanteckningar som är registrerade av vårdgivare som inte är anslutna till Min Journal i Uppsala län visas inte.

### **Remisser**

Här ser du de remisser som finns registrerade i journalen. Remisser till eller från vårdgivare som inte är anslutna till Min journal i Uppsala län visas inte.

### **Läkemedel**

Här ser du de läkemedel som ordinerats av vårdgivare anslutna till Min journal i Uppsala län. Listan kan innehålla både läkemedel som tas idag och sådana som tagits tidigare.

### **Provsvar**

Här ser du de provsvar som finns registrerade i journalen. Prover tagna hos vårdgivare som inte är anslutna till Min Journal i Uppsala län visas inte.

### **Referensvärden för provsvar**

Svar på inskickade prov till laboratorier kommer att presenteras tillsammans med respektive referensvärde. Referensvärdet anger inom vilket intervall en frisk persons värde normalt hamnar. Observera att av 20 olika analyser tagna vid ett tillfälle kommer ett eller flera av värdena att ligga utanför referensvärdet utan att det har betydelse för hälsotillståndet. Den behandlande läkaren avgör om ett värde utanför referensvärdet har betydelse för din situation.

### **Diagnoser**

Här ser du de diagnoser som finns registrerade i journalen. Diagnoser registrerade av vårdgivare som inte är anslutna till Min Journal i Uppsala län visas inte.

### **Loggrapport**

Via loggrapporten kan du själv se vilken personal som har tagit del av din journal eller rent patientadministrativa uppgifter.

Olika personalkategorier har behörighet till olika delar av journalen, till exempel själva journaltexten, uppgifter om remisser eller dina personuppgifter. Normalt har mellan 5 och

10 personer som du inte har träffat på olika sätt medverkat vid din vård, och i samband med det varit inne i din journal. I Min journal i Uppsala län finns loggrapporter från 23 januari 2013 och framåt tillgängliga. Du kan ställa eventuella frågor om deras utseende och innehåll till Landstinget i Uppsala län (<[loggfragor@lul.se](mailto:loggfragor@lul.se)>) så kontaktar vi dig via mail eller telefon.

I alla personregister, exempelvis journalprogram, finns krav på spårbarhet. Därför har landstinget ett program som loggar vilka som har tagit del av din journal. Loggen ska sparas i minst 10 år och vara så detaljerad att den kan användas för att i efterhand reda ut vilken information som personalen har haft tillgång till, vad som har gjorts och när det har gjorts.

Om det finns oklarheter kring vem som varit inne i din journal kommer frågorna att skickas vidare till verksamhetschefen på det aktuella verksamhetsområdet, som får utreda om personalen har haft giltigt skäl att gå in i journalen. Den misstänkte kan mycket väl vara oskyldig till det förmodade intrånget men om man efter verksamhetschefens utredning fortfarande misstänker dataintrång kontaktas landstingsjurist och personalavdelningen. Den misstänkte får då redogöra för varför denne varit inne i journalen. Om misstanken ändå kvarstår ska händelsen polisanmälas.

Om du önskar loggrapport från före 23 januari 2013 kan du kontakta CESÅ<sup>16</sup> <<http://www.lul.se/sv/Vard-halsa/Regler-och-rattigheter/Bestall-loggrapport-fran-landstingets-elektroniska-journalsystem/>> via webben eller via telefon till enheten Patientadministration (018-611 62 00, följt av tonval 1). Du får då loggrapporten i pappersutskrift.

### **Personuppgifter**

Här ser du dina personuppgifter som de ser ut hos dina vårdgivare. De kan omfatta kontaktuppgifter till dig och personuppgifter, uppmärksamhetssignaler och frikort.

### **Funktioner i systemet**

Detta avsnitt beskriver de olika funktioner eller åtgärder som patienter kan utföra i Min journal på nätet.

---

<sup>16</sup> Journalenheten CESÅ är en landstingsövergripande enhet. CESÅ ansvarar för

- hantering och menbedömning av externa beställningar rörande journalkopior
- utskick av loggrapporter till patienter
- rättning av fel inskannade dokument i KoVis
- samordning när det gäller journalförstörelsesärenden
- spärr av journaler på patienters uppdrag
- utskick av journalkopior i forskningsärenden avseende Akademiska sjukhuset

### Försegla konto

Du kan välja att försegla ditt konto i Min journal i Uppsala län. Förseglar du kontot kommer du inte kunna logga in i din journal igen. Har du även delat din journal eller mottagit en delning av någon annan så kommer dessa att försvinna.

För att kunna öppna ett förseglat konto måste du kontakta landstingets patientadministration på telefonnummer 018-611 62 00. Patientadministrationen är öppet måndag-fredag klockan 09:00-14:30.

### Dela min journal

Här kan du ge någon annan tillgång till dina journaluppgifter i Min journal i Uppsala län. Du kan ge tillgång till utvalda delar eller hela din journal.

Gör det bara till personer som du litar på och bara delar som är nödvändiga. En person som har accepterat att se dina journaluppgifter har tillgång till dem tills någon av er väljer att ta bort tillgången. Det kan du göra när som helst under Inställningar i menyn.

1. Välj person
2. Kontrollera namn
3. Välj journaldelar
4. Bekräfta delning

I Steg 1: Välj person

Skriv in personnumret för den person som ska få se dina journaluppgifter:  
ååååmmdd-xxxx

### Cookies (kakfiler)

Den 1 juli 2011 förändrades lagen om elektronisk kommunikation (2003:389). Ändringen innebär att du som besöker en webbplats måste samtycka till att webbplatsen använder så kallade cookies.

Om du inte vill att cookies används på webbplatsen kan du göra inställningar i din webbläsare som stoppar användningen av cookies. Till höger finns länkar till hur du stänger av cookies i de vanligaste webbläsarna.

### Kontaktinformation

I detta avsnitt beskrivs information om vem man kan kontakta vid medicinska frågor.

Om det i samband med att du läser din journal uppkommer medicinska frågor eller funderingar kan du få svar på olika sätt:

På <http://www.1177.se> hittar du fakta och praktiska råd om sjukdomar och besvär, undersökningar, behandlingar och läkemedel. Välj "Fakta och råd". Du kan även skicka en anonym skriftlig fråga via <http://www.1177.se> och få svar på denna inom en vecka. Välj "Ställ en anonym fråga". Vid behov av personlig kontakt går det bra att ringa sjukvårdsrådgivningen på telefonnummer 1177 "Råd om vård dygnet runt".

Du kan också kontakta din vårdenhets antingen via "Mina vårdkontakter" eller via telefon, på vårdenhets angivna telefontider.

### **Inställningar för rådrum**

Här behöver du välja ett av två alternativ för hur du vill se informationen i din journal. Du kan närsomhelst gå in under inställningar i applikationen och göra om ditt val om så önskas.

Rådrum innebär att Min journal i Uppsala län döljer journalinformation som är nyare än 14 dagar. Då får vårdpersonalen möjlighet att på annat sätt ge dig eventuella känsliga besked som avvikande laboratorievärden eller andra provresultat samt kontrollera att ny journalinformation stämmer.

Här kan du välja om du vill använda rådrum eller inte.

#### **Alternativ 1:**

Jag vill inte få överraskande eller obehagliga besked via Min journal. Jag väljer därför att enbart se äldre och bekräftad information, för att ge vårdpersonal en möjlighet att på annat sätt ge mig sådana besked.

#### **Alternativ 2:**

Jag vill kunna ta del av all information i journalen utan fördröjning. Jag är medveten om att jag därmed kan komma att se information, till exempel provsvar, som vårdpersonalen inte hunnit meddela mig om.

Du bör också vara medveten om att det som är skrivet i din journal i första hand är formulerat för att förstås av personal inom vården. Informationen som ges är ibland mycket detaljerad och det kan uppfattas som obehagligt att ta del av, särskilt om det rör sig om ett allvarligt sjukdomstillstånd. Vi ber dig att beakta detta innan du bestämmer dig för att läsa din journal.

## Bilaga 2: Filtreringsregler – exempel från Min journal i Uppsala län

Detta dokument beskriver filtreringsregler som tillämpas för den information som visas i Min journal på nätet i Uppsala län.

### Vårdbesök:

1. Vårdbesök visas aldrig om det inte finns någon HSA ID för <ContactAccessZoneUnit> eller <ContactPerformingUnit> definierad i XML'en från CCP.
2. Vårdbesök visas aldrig om HSA ID för <ContactAccessZoneUnit> eller <ContactPerformingUnit> finns med i "black list".
3. Vårdbesök visas aldrig om den är skriven av vårdpersonal med rollen "psykolog", "MHV/BHV psykolog" eller "kurator".

### Journalanteckning:

1. Journalanteckningen visas aldrig om det inte finns något HSA ID definierat för <AccessZoneUnit> eller <CareUnit> i XML'en från CCP.
2. Journalanteckningen visas aldrig om HSA ID för <AccessZoneUnit> eller <CareUnit> finns med i "black list".
3. Journalanteckningen visas aldrig om den är skriven av vårdpersonal med rollen "psykolog", "MHV/BHV psykolog" eller "kurator".
4. Information i detaljvy för osignerade journalanteckningar visas aldrig. Information i listvy för osignerade anteckningar visas däremot (datum, anteckningstyp, vårdenhet och dokumenterad av).
5. Journalanteckningar med sökordet "Tidiga hypoteser eller dylikt" visas inte.
6. Journalanteckningar av typen *konsultation* som har ett sökord, *typ av konsult*, med värdet *psykiatrikonsult* visas inte.

### Diagnoser:

1. Diagnoser visas aldrig om det inte finns något HSA ID definierat för <AccessZoneUnit> eller <CareUnit> i XML'en från CCP.
2. Diagnoser visas aldrig om HSA ID för <AccessZoneUnit> eller <CareUnit> finns med i "black list".
3. Diagnoser visas aldrig om den är skriven av vårdpersonal med rollen "psykolog", "MHV/BHV psykolog" eller "kurator".
4. Information i detaljvy för osignerade diagnoser visas aldrig. Information i listvy för osignerade diagnoser visas däremot (datum, diagnostyp, vårdenhet och dokumenterad av).

### Läkemedel:

1. Läkemedel visas aldrig om det inte finns något HSA ID definierat för <AccessZoneUnit>, <CreationUnit> eller <ResponsibleUnit> i XML'en från CCP.

2. Läkemedel visas aldrig om HSA ID för <AccessZoneUnit>, <CreationUnit> eller <ResponsibleUnit> finns med i "black list".
3. Läkemedel visas aldrig om det är osignerat.

#### Provsvär (klinisk kemi och mikrobiologi):

1. Provsvär visas aldrig om det inte finns något HSA ID för <AccessZoneUnit>, <RequestingUnit> eller <Performingunit> definierad i XML'en från CCP.
2. Provsvär visas aldrig om HSA ID för <AccessZoneUnit>, <RequestingUnit> eller <Performingunit> finns med i "black list".
3. Analyssvar eller analysresultat som inte blivit vidimerade av vårdpersonal **eller** inte har något vidimeringsdatum visas inte. Istället visas texten "Svar ej vidimerat" i resultatcolumnen för klinisk kemi, eller i svarscolumnen för mikrobiologi

#### Remisser (röntgen och konsultationsremiss)

1. Remisser visas aldrig om det inte finns något HSA ID för <AccessZoneUnit>, <RequestingUnit> eller <Performingunit> definierad i XML'en.
2. Remisser visas aldrig om HSA ID för <AccessZoneUnit>, <RequestingUnit> eller <Performingunit> finns med i "black list".
3. Röntgenremissvar av typen preliminärsvär visas inte.
4. Remissutlåtanden eller remissvar som inte blivit vidimerade av vårdpersonal visas inte. Istället visas texten "Svar ej vidimerat" i utlåtandefältet för radiologiremisser, eller i svarsfältet för konsultremisser.



Center för eHälsa i samverkan  
Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm  
Vxl: 08-452 70 00  
[www.cehis.se](http://www.cehis.se)

## Juridiska hållpunkter för utlämnande och personuppgiftsansvar gällande prenumerationstjänsten i tjänsten HälsaFörMig



Center för eHälsa i samverkan koordinerar landstingens och regionernas samarbete för att förverkliga strategin för Nationell eHälsa – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Centret ska skapa den långsiktighet som krävs för att utveckla och införa gemensamma eHälsostöd, infrastruktur och standarder som förbättrar informationstillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet. Center för eHälsa i samverkan styrs av representanter från landsting och regioner, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), kommunerna och de privata vårdgivarna.

## Bakgrund

Center för eHälsa i samverkan (CeHis) har gjort en utredning av centrala juridiska frågor kopplade till den prenumerationstjänst som den enskilde använder vid överföring av information från vården till individens hälsokonto i tjänsten HälsaFörMig.

## Inledning

Detta dokument presenterar ett juridiskt ramverk gällande prenumerationstjänsten och frågor kopplade till elektroniskt utlämnande av information till hälsokontot HälsaFörMig. Elektroniskt utlämnande från vården är en förutsättning för att invånarna på ett säkert och enkelt sätt ska kunna spara, överblicka och administrera sin information i sitt personliga hälsokonto i tjänsten HälsaFörMig.

HälsaFörMig är ett verktyg för individen att kunna spara, överblicka och administrera sin hälsoinformation. Regeringen har tagit initiativ till att utveckla detta verktyg. Tjänsten kommer att kallas HälsaFörMig. Här är det individen som äger sin information och bestämmer vilken information som ska lagras, samt vem som ska ges behörighet att läsa eller hämta information. Information som kommer att samlas kommer exempelvis vara uppgifter kring friskvård, egenvård och kostvanor, information om förskrivna och uthämtade läkemedel, journaluppgifter och vaccinationer. På ett säkert och enkelt sätt kan individen samla all information om sin hälsa – på ett och samma ställe.

En tjänst som syftar till att föra över information från vårdgivarnas journalsystem till HälsaFörMig har utvecklats. Denna kallas för Prenumerationstjänsten. Via Prenumerationstjänsten kommer individen när som helst kunna välja att föra över vårdinformation som föregåtts av vårdgivarnas sekretessprövning. För att föra över data måste individen ha ett konto i Mina vårdkontakter och tillgång till mobil, surfplatta eller dator.

CeHis driver utvecklingen av Prenumerationstjänsten på uppdrag av Apotekens Service AB. Utförarorganisationen för detta arbete är Stockholms läns landsting. Projektet kallas för Journal på Nätet – SLL. Arbetet genomförs i nära samarbete med Norrbottens läns landsting, Region Skåne och Landstinget i Uppsala län (LUL). Ursprungligen har CeHis fått uppdraget av statliga Apotekens Service AB som i sin tur fått det av Socialdepartementet. Socialdepartementet har en egen projektledare för tjänsten HälsaFörMig som även arbetar nära projektet Journal på Nätet – SLL.

Utöver uppdraget från statliga Apotekens Service som Journal på Nätet – SLL är utförarorganisation för, enligt ovan, har CeHis kompletterat med ett projekt som kallas ”Journal på Nätet – LUL”. Journal på Nätet – LUL utvecklar e-tjänsten Sustains till en nationell e-tjänst för invånare.

## Avgränsningar

Föreliggande ramverk är avgränsat till prenumerationstjänsten och överföringen av information från en vårdgivare, till ett personligt hälsokonto som en tredje part upplåter åt patienten. Ramverket beskriver moment och ansvarsfrågor i överföringsprocessen från vården till invånaren. Fokus ligger på ansvaret för informationssäkerhet och gränssytan mellan vårdens ansvar och Apotekens service ansvar.

Ramverket är ingen heltäckande juridisk analys av förutsättningarna att behandla känsliga personuppgifter, tillämpningen av patientdatalagen eller regler för den sekretess-/utlämnandeprövning som ska föregå överföringen, och som varje vårdgivare måste göra, för att uppgifter om personliga förhållanden och hälsa ska kunna lämnas ut.

## Ramverket

Vid införande av tjänsten HälsaFörMig bör vårdgivare förhålla sig till de tolkningar som ramverket presenterar gällande moment och ansvarsfrågor i överföringsprocessen från vården till invånaren.

Den tekniska processen i samband med överföring till det personliga hälsokontot ser ut så här:

- I MVK/API Gateway aktiverar patienten först begäran om att vårdgivarens relevanta journaluppgifter ska paketeras och lämnas ut
- Paketeringen av informationen görs i API Gateway
- API Gateway genomför en säker överföring av det elektroniska paketet till Prenumerationstjänsten
- Prenumerationstjänsten tar emot paketet
- Prenumerationstjänsten paketerar om den utlämnade informationen till ett format som kan tas emot av hälsokontot (HälsaFörMig), lagrar vissa uppgifter och genomför en säker överföring av det nya paketet till hälsokontot (HälsaFörMig)
- HälsaFörMig tar emot och lagrar paketet i hälsokontot

Enligt patientdatalagen 5 kap 6 § får utlämnande av patientuppgifter ske på medium för automatiserad databehandling, it-medium. Allt utlämnande måste alltid föregås av en sekretessprövning (se ovan Avgränsningar). Efter sekretessprövningen taggas den information som görs tekniskt tillgänglig för paketering med resultatet av sekretessprövningen. Regelverket för sekretessprövningen konfigureras i respektive vårdgivares journalsystem eller anslutningspunkt. Förutom regler för sekretessprövning konfigureras vilka vårdenheter som aktiverats för utlämnande via MVK/API Gateway.

När Prenumerationstjänsten ställs till den enskildes förfogande uppkommer frågan om vem som är personuppgiftsansvarig och säkerhetsansvarig i utlämnandeprocessen. Följande ställningstaganden har gjorts:

1. Vårdgivare har ansvaret för att den behandling av personuppgifter som sker inför och i samband med att uppgifter görs tillgängliga för "avhämtning", dvs. lämnas ut, är laglig. Vårdgivarna är ansvariga för övergripande tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder för den personuppgiftsbehandling som sker fram till och med API Gateway.

2. För personuppgifter som paketeras, flödar genom och i viss mån lagras i prenumerationstjänsten görs bedömningen att personuppgiftsansvaret ligger hos Apotekens Service AB. Apotekens Service AB bedöms därmed vara ansvarigt för bl.a. tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder kring prenumerationstjänsten.

I bilaga 1 presenteras en kortfattad beskrivning av ramverk för utlämnande och personuppgiftsansvar gällande Prenumerationstjänsten i tjänsten HälsaFörMig.

I bilaga 2 kompletteras med ordlista som beskriver termer som används i dokumentet.

### **Om ramverket**

Ramverket inriktas främst på den enskildes rätt att ta del av information via elektroniskt utlämnande på medium för ADB, och krav på hantering av personuppgifter. Arbetet har genomförts av ett flertal jurister i samverkan med den pågående statliga utredningen *Rätt information i vård och omsorg*.

Detta ramverk förvaltas av CeHis. Relevanta forum för synpunkter, utvärdering och vidareutveckling kommer att upprättas.

Förslaget på ramverk baseras på teknik som utvecklats av Journal på Nätet – SLL samt de tjänstekontrakt för gemensam informationsförsörjning som huvudmännen ansvarar för att realisera.

### **Teknikförutsättningar**

De tjänster som behöver finnas för att genomföra en överföring till tjänsten HälsaFörMig är:

1. Tjänster från vilka man kan hitta prenumerationstjänsten (Mitt vårdflöde och "Mina appar" i MVK)
2. Tjänster från vilka man kan starta en överföring (Prenumerationstjänsten),
3. API Gateway som paketerar och för över informationen från vårdens journalsystem till Prenumerationstjänsten och
4. Prenumerationstjänsten som vidarebefordrar informationen till patientens hälsokonto på ett säkert sätt.

Mitt vårdflöde är invånartjänst som är utvecklad tillsammans med vårdgivare från flera landsting och är vårdens guidning och hjälp till patienten. API Gateway är en säkerhetstjänst i Mina vårdkontakter som är utvecklad av det VINNOVA-finansierade programmet Mina vårdflöden. Överföringen till patientens hälsokonto kan genomföras när tjänsten HälsaFörMig är etablerad. Först då kan Prenumerationstjänstens ompaketeringsfunktion anpassas till informationsmodell i HälsaFörMig.

## Juridisk granskning

Ansvarig för utveckling av ramverket är Robert Larsson, jurist inom Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting. Han har genomfört arbetet tillsammans med andra jurister, men även med vårdanställda från de landsting som ingår i projektet. De jurister som medverkat i arbetet är Josef Driving, Manólis Nymark, Patrik Sundström och Daniel Håkansson. Roberts roll har varit att själv tolka och hjälpa arbetsgruppen utveckla tolkningar gällande elektroniskt utlämnande av information från vården till individen. Vidare har hans roll omfattat styrning av hur ramverket skrivs och presenteras. Olika personer har medverkat vid olika tidpunkter i utvecklingsarbetet beroende på deras erfarenhet och kompetens. Mötena har fokuserats kring olika på förhand framtagna frågeställningar som diskuterats och fördjupats. Frågeställningarna har spänt över ett stort område. De har gällt såväl den specifika överföringen från vården till tjänsten HälsaFörMig som generella frågor kring elektroniskt utlämnande. Öppna frågor, kring ex.vis utlämnandeform, har tagits vidare för avstämning mot referenspersoner utanför arbetsgruppen. Arbetet har genomförts via mail, telefon samt vid möten ca 1-2 ggr/månad.

Ingående landsting har utsett olika vårdverksamheter på akutsjukhus och primärvårdsenheter som kommer att vara pionjärer i arbetet med att införa e-tjänsten Mitt vårdflöde. De utvalda vårdverksamheterna kommer via e-tjänsten Mitt vårdflöde eller via Prenumerationstjänsten direkt starta en överföring från vårdgivarnas journalsystem till patienternas hälsokonton i tjänsten HälsaFörMig. Exempel på sådana verksamheter är MamaMia:s mödravårdskliniker, Hematologavdelningen vid Capio Sankt Görans Sjukhus, Björknäs vårdcentral i Norrbottens läns landsting samt Boo och Forums vårdcentraler i Stockholms läns landsting.

Center för eHälsa i samverkan  
Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm  
Vxl: 08-452 70 00  
[www.cehis.se](http://www.cehis.se)

## Juridiska hållpunkter för utlämnande och personuppgiftsansvar gällande prenumerationstjänsten i tjänsten HälsaFörMig



## Bakgrund

Center för eHälsa i samverkan (CeHis) har gjort en utredning av centrala juridiska frågor kopplade till den prenumerationstjänst som den enskilde använder vid överföring av information från vården till individens hälsokonto i tjänsten HälsaFörMig.

## Inledning

Detta dokument presenterar ett juridiskt ramverk gällande prenumerationstjänsten och frågor kopplade till elektroniskt utlämnande av information till hälsokontot HälsaFörMig. Elektroniskt utlämnande från vården är en förutsättning för att invånarna på ett säkert och enkelt sätt ska kunna spara, överblicka och administrera sin information i sitt personliga hälsokonto i tjänsten HälsaFörMig.

HälsaFörMig är ett verktyg för individen att kunna spara, överblicka och administrera sin hälsoinformation. Regeringen har tagit initiativ till att utveckla detta verktyg. Tjänsten kommer att kallas HälsaFörMig. Här är det individen som äger sin information och bestämmer vilken information som ska lagras, samt vem som ska ges behörighet att läsa eller hämta information. Information som kommer att samlas kommer exempelvis vara uppgifter kring friskvård, egenvård och kostvanor, information om förskrivna och uthämtade läkemedel, journaluppgifter och vaccinationer. På ett säkert och enkelt sätt kan individen samla all information om sin hälsa – på ett och samma ställe.

En tjänst som syftar till att föra över information från vårdgivarnas journalsystem till HälsaFörMig har utvecklats. Denna kallas för Prenumerationstjänsten. Via Prenumerationstjänsten kommer individen när som helst kunna välja att föra över vårdinformation som föregåtts av vårdgivarnas sekretessprövning. För att föra över data måste individen ha ett konto i Mina vårdkontakter och tillgång till mobil, surfplatta eller dator.

CeHis driver utvecklingen av Prenumerationstjänsten på uppdrag av Apotekens Service AB. Utförarorganisationen för detta arbete är Stockholms läns landsting. Projektet kallas för Journal på Nätet – SLL. Arbetet genomförs i nära samarbete med Norrbottens läns landsting, Region Skåne och Landstinget i Uppsala län (LUL). Ursprungligen har CeHis fått uppdraget av statliga Apotekens Service AB som i sin tur fått det av Socialdepartementet. Socialdepartementet har en egen projektledare för tjänsten HälsaFörMig som även arbetar nära projektet Journal på Nätet – SLL.

Utöver uppdraget från statliga Apotekens Service som Journal på Nätet – SLL är utförarorganisation för, enligt ovan, har CeHis kompletterat med ett projekt som kallas ”Journal på Nätet – LUL”. Journal på Nätet – LUL utvecklar e-tjänsten Sustains till en nationell e-tjänst för invånare.

## Avgränsningar

Föreliggande ramverk är avgränsat till prenumerationstjänsten och överföringen av information från en vårdgivare, till ett personligt hälsokonto som en tredje part upplåter åt patienten. Ramverket beskriver moment och ansvarsfrågor i överföringsprocessen från vården till invånaren. Fokus ligger på ansvaret för informationssäkerhet och gränssytan mellan vårdens ansvar och Apotekens service ansvar.

Ramverket är ingen heltäckande juridisk analys av förutsättningarna att behandla känsliga personuppgifter, tillämpningen av patientdatalagen eller regler för den sekretess-/utlämnandeprövning som ska föregå överföringen, och som varje vårdgivare måste göra, för att uppgifter om personliga förhållanden och hälsa ska kunna lämnas ut.

## Ramverket

Vid införande av tjänsten HälsaFörMig bör vårdgivare förhålla sig till de tolkningar som ramverket presenterar gällande moment och ansvarsfrågor i överföringsprocessen från vården till invånaren.

Den tekniska processen i samband med överföring till det personliga hälsokontot ser ut så här:

- I MVK/API Gateway aktiverar patienten först begäran om att vårdgivarens relevanta journaluppgifter ska paketeras och lämnas ut
- Paketeringen av informationen görs i API Gateway
- API Gateway genomför en säker överföring av det elektroniska paketet till Prenumerationstjänsten
- Prenumerationstjänsten tar emot paketet
- Prenumerationstjänsten paketerar om den utlämnade informationen till ett format som kan tas emot av hälsokontot (HälsaFörMig), lagrar vissa uppgifter och genomför en säker överföring av det nya paketet till hälsokontot (HälsaFörMig)
- HälsaFörMig tar emot och lagrar paketet i hälsokontot

Enligt patientdatalagen 5 kap 6 § får utlämnande av patientuppgifter ske på medium för automatiserad databehandling, it-medium. Allt utlämnande måste alltid föregås av en sekretessprövning (se ovan Avgränsningar). Efter sekretessprövningen taggas den information som görs tekniskt tillgänglig för paketering med resultatet av sekretessprövningen. Regelverket för sekretessprövningen konfigureras i respektive vårdgivares journalsystem eller anslutningspunkt. Förutom regler för sekretessprövning konfigureras vilka vårdenheter som aktiverats för utlämnande via MVK/API Gateway.

När Prenumerationstjänsten ställs till den enskildes förfogande uppkommer frågan om vem som är personuppgiftsansvarig och säkerhetsansvarig i utlämnandeprocessen. Följande ställningstaganden har gjorts:

1. Vårdgivare har ansvaret för att den behandling av personuppgifter som sker inför och i samband med att uppgifter görs tillgängliga för "avhämtning", dvs. lämnas ut, är laglig. Vårdgivarna är ansvariga för övergripande tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder för den personuppgiftsbehandling som sker fram till och med API Gateway.



2. För personuppgifter som paketeras, flödar genom och i viss mån lagras i prenumerationstjänsten görs bedömningen att personuppgiftsansvaret ligger hos Apotekens Service AB. Apotekens Service AB bedöms därmed vara ansvarigt för bl.a. tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder kring prenumerationstjänsten.

I bilaga 1 presenteras en kortfattad beskrivning av ramverk för utlämnande och personuppgiftsansvar gällande Prenumerationstjänsten i tjänsten HälsaFörMig.

I bilaga 2 kompletteras med ordlista som beskriver termer som används i dokumentet.

### **Om ramverket**

Ramverket inriktas främst på den enskildes rätt att ta del av information via elektroniskt utlämnande på medium för ADB, och krav på hantering av personuppgifter. Arbetet har genomförts av ett flertal jurister i samverkan med den pågående statliga utredningen *Rätt information i vård och omsorg*.

Detta ramverk förvaltas av CeHis. Relevanta forum för synpunkter, utvärdering och vidareutveckling kommer att upprättas.

Förslaget på ramverk baseras på teknik som utvecklats av Journal på Nätet – SLL samt de tjänstekontrakt för gemensam informationsförsörjning som huvudmännen ansvarar för att realisera.

### **Teknikförutsättningar**

De tjänster som behöver finnas för att genomföra en överföring till tjänsten HälsaFörMig är:

1. Tjänster från vilka man kan hitta prenumerationstjänsten (Mitt vårdflöde och "Mina appar" i MVK)
2. Tjänster från vilka man kan starta en överföring (Prenumerationstjänsten),
3. API Gateway som paketerar och för över informationen från vårdens journalsystem till Prenumerationstjänsten och
4. Prenumerationstjänsten som vidarebefordrar informationen till patientens hälsokonto på ett säkert sätt.

Mitt vårdflöde är invånartjänst som är utvecklad tillsammans med vårdgivare från flera landsting och är vårdens guidning och hjälp till patienten. API Gateway är en säkerhetstjänst i Mina vårdkontakter som är utvecklad av det VINNOVA-finansierade programmet Mina vårdflöden. Överföringen till patientens hälsokonto kan genomföras när tjänsten HälsaFörMig är etablerad. Först då kan Prenumerationstjänstens ompaketeringsfunktion anpassas till informationsmodell i HälsaFörMig.

## Juridisk granskning

Ansvarig för utveckling av ramverket är Robert Larsson, jurist inom Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting. Han har genomfört arbetet tillsammans med andra jurister, men även med vårdanställda från de landsting som ingår i projektet. De jurister som medverkat i arbetet är Josef Driving, Manólis Nymark, Patrik Sundström och Daniel Håkansson. Roberts roll har varit att själv tolka och hjälpa arbetsgruppen utveckla tolkningar gällande elektroniskt utlämnande av information från vården till individen. Vidare har hans roll omfattat styrning av hur ramverket skrivs och presenteras. Olika personer har medverkat vid olika tidpunkter i utvecklingsarbetet beroende på deras erfarenhet och kompetens. Mötena har fokuserats kring olika på förhand framtagna frågeställningar som diskuterats och fördjupats. Frågeställningarna har spänt över ett stort område. De har gällt såväl den specifika överföringen från vården till tjänsten HälsaFörMig som generella frågor kring elektroniskt utlämnande. Öppna frågor, kring exempelvis utlämnandeform, har tagits vidare för avstämning mot referenspersoner utanför arbetsgruppen. Arbetet har genomförts via mail, telefon samt vid möten ca 1-2 ggr/månad.

Ingående landsting har utsett olika vårdverksamheter på akutsjukhus och primärvårdsenheter som kommer att vara pionjärer i arbetet med att införa e-tjänsten Mitt vårdflöde. De utvalda vårdverksamheterna kommer via e-tjänsten Mitt vårdflöde eller via Prenumerationstjänsten direkt starta en överföring från vårdgivarnas journalsystem till patienternas hälsokonton i tjänsten HälsaFörMig. Exempel på sådana verksamheter är MamaMia:s mödravårdskliniker, Hematologavdelningen vid Capio Sankt Görans Sjukhus, Björknäs vårdcentral i Norrbottens läns landsting samt Boo och Forums vårdcentraler i Stockholms läns landsting.

## Bilaga 1 – Kortfattad beskrivning av ramverk för utlämnande och personuppgiftsansvar gällande Prenumerationstjänsten i tjänsten HälsaFörMig

Behandlade områden:

- 1) Sekretess-/utlämnandeprövning
- 2) Utlämnandeform
- 3) Personuppgiftsansvar i olika moment

### 1) Sekretess-/utlämnandeprövning

**Sekretess-/utlämnandeprövning har gjorts av berörd vårdgivare i samband med att journaluppgifter görs tekniskt tillgängliga**

För att kunna avgöra om patientuppgifter kan lämnas ut eller inte måste vårdgivaren först göra en sekretessprövning. Utan en sådan prövning kan inga uppgifter lämnas till patienten. Det finns också exempel på uppgifter som är lämpligare att lämna i direktkontakt mellan den som ansvarar för patientens vård och patienten, t.ex. vissa diagnoser, provsvar och undersökningsresultat.

De vårdgivare som ger den enskilde möjlighet att via prenumerationstjänsten ta del av journaluppgifter, ansvarar alltså för att utlämnandet inte hindras av tystnadsplikt/sekretess. En sekretess-/utlämnandeprövning görs redan då uppgifterna tekniskt kan nås av den enskilde, detta oavsett om patienten/privatpersonen aktiverat prenumerationen eller inte.

Detta är inte platsen att beskriva hur utlämnande- och sekretessprövningen ska ske, och vilka legala ramar som finns för dessa moment. Kort kan sägas att frågan berörts i förstudien Din journal på nätet år 2011-12. En rättsligt sett möjlig tolkning av utrymmet att schablonisera och helt automatisera utlämnandet av harmlösa journaluppgifter till den enskilde, har beskrivits i en särskild juridisk promemoria inom den nämnda förstudien.<sup>1</sup>

#### *Hantering av sekretess-/utlämnandeprövning i e-tjänsten Prenumerationstjänsten*

Utgångspunkten är som beskrivits att sekretessprövning har gjorts av vårdgivare innan uppgifter tillgängliggörs elektroniskt.

Utlämnande vårdgivare ska bara tillgängliggöra information i Prenumerationstjänsten för de informationsmängder och vårdenheter som verksamheten godkänt. Detta är en kravställd funktion till anslutningarna och ett villkor för att få koppla in ett verksamhetssystem till Prenumerationstjänsten.

---

<sup>1</sup> Modellen Mitt Hälsokonto EHR-PHR - Juridisk promemoria om förutsättningar för att utlämna journalhandlingar till ett hälsokonto på nätet, Inera, november 2011

I praktiken sker en anslutning till respektive journalsystem. Allteftersom verksamhetschefer godkänner anslutning till Prenumerationstjänsten, så görs uppgifter från vårdgivarens verksamheter tekniskt nåbara. Det är vanligen journalsystemsförvaltningen som tillgängliggör (flaggar) att en viss enhet ska anslutas/viss informationsmängd ska tillgängliggöras till e-tjänsten enligt uppdrag från verksamhetschefen. Därefter finns informationen tillgänglig för överföring i e-tjänsten Prenumerationstjänsten.

Den nationella förvaltningen av e-tjänsten Prenumerationstjänsten krävställer att journalsystemsleverantörerna har etablerad funktionalitet för att hantera respektive vårdenhets tillgängliggörande av sin information.

## 2) Utlämnandeform (utlämnande på medium för ADB)

### **E-tjänsten Prenumerationstjänsten bygger på att utlämnande sker på medium för ADB**

Patientdatalagen medger vårdgivare två former av elektroniskt utlämnande; direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande (medium för automatisk databehandling, ADB). Gränsdragningen mellan de båda utlämnandeformerna är inte helt tydlig. En statlig utredning, den s.k. Informationshanteringsutredningen (Ju 2011:11) ska överväga om det finns skäl att behålla skillnaden mellan olika former av elektroniskt utlämnande. Ett betänkande väntas i slutet av 2014.

Eftersom patienten i egenskap av privatperson avses få kontroll över uppgifterna i hälsokontot genom att bestämma vem som kan ta del av dem osv., sammanställs och expedieras i API Gateway ett "elektroniskt paket" till privatpersonen. Detta sker först när prenumerationen startar. Paketet innehåller tillgängliga informationsmängder från aktuella vårdgivare. Från API Gateway skickas paketen vidare till prenumerationstjänsten. Löpande skickas ev. nytillkomna uppgifter i nya sådana paket. För vårdgivaren innebär det att när informationen hanteras av Prenumerationstjänsten, kan vårdgivaren inte längre förfoga över eller följa informationen. Utlämnandet till hälsokontot bedöms ske på medium för ADB, 5 kap 6 § och 2 kap 5 § PDL.

### **Dokumentation av utlämnande på medium för ADB**

Patientdatalagen ställer krav på vårdgivare att dokumentera i patientjournalen om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats ut till någon, 3 kap 11 § PDL. I patientjournalen ska anges vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut. Detta dokumentationskrav gäller vid utlämnande på medium för ADB, dock inte vid direktåtkomst. Aktuella vårdgivares journalsystem/IT-stöd kopplade till dessa måste alltså kunna förete sådan dokumentation, vid utlämnande på medium för ADB.

### 3) Personuppgiftsansvar i olika moment

#### ***I samband med att uppgifterna görs potentiellt tillgängliga***

Ovan har beskrivits att vårdgivare som tillgängliggör/lämnar ut uppgifter för förmedling via prenumerationstjänsten till hälsokontot, ”flaggar” att en viss enhet ska anslutas/viss informationsmängd ska göras tillgänglig. Vårdgivaren har ansvaret för att den behandling av personuppgifter som sker inför och i samband med att uppgifter görs tillgängliga för ”avhämtning”, dvs. lämnas ut, är laglig. Det följer av den allmänna bestämmelsen i patientdatalagen om vårdgivares personuppgiftsansvar (2 kap 6 § PDL).

Tillgängliggörandet innebär personuppgiftsbehandlingar vid sidan av vårdgivarens primära (”vårdgivarinterna”) ändamål för behandlingen. Dessa bedöms vara förenliga med gällande rätt, förutsatt att bl.a. sekretess-/utlämnandeprövning skett och säkerheten kan garanteras. I 2 kap 5 § Patientdatalagen framgår att personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 2 kap 4 § — ändamål såsom patientdokumentation och administration mm. — också får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning.

#### ***I samband med den enskildes aktivering av prenumerationstjänsten***

I prenumerationstjänsten behandlas personuppgifter företrädesvis i följande moment:

- Journaldokumentation ”flödar” genom tjänsten
- ”Paketering” av journaldokumentation och viss lagring av loggar sker mm.

I tjänsten sker som berörts inte bara ett flöde av personuppgifter, utan också en ”paketering” av dokumentation, vilket innebär att känsliga personuppgifter behandlas i tjänsten. Vissa uppgifter, såsom personpost, tidpunkt för överföring och vilket källsystem uppgifterna kommer från, lagras dessutom i prenumerationstjänsten.<sup>2</sup>

Personuppgifterna finns inte längre inom vårdgivarens rådighet och kontroll när de kommer till, och ”flödar genom” prenumerationstjänsten. De bedöms juridiskt sett vara utlämnade redan tidigare. Vårdgivarna bestämmer inte om ändamålen för behandlingen av uppgifterna i själva prenumerationstjänsten på ett sådant sätt som innebär ett personuppgiftsansvar. Deras personuppgiftsansvar bedöms upphöra vid API Gateway.

Apotekens Service AB blir då som juridisk person personuppgiftsansvarig, i egenskap av tillhandahållare av Prenumerationstjänsten. Att privatpersonen inte har möjlighet att påverka vilka säkerhetsåtgärder som ska vidtas utan bara kan avstå från att använda tjänsten, är en omständighet som talar för att personuppgiftsbehandlingar i själva prenumerationstjänsten inte

---

<sup>2</sup> Personpost, jämte överföringshistorik med följande uppgifter om varje överförd journalpost: tidpunkt för överföring, dokument-id, källsystemets HSA-id, signeringsdatum, vårdenhet.

ligger inom den enskildes ansvarsområde.<sup>3</sup> Apotekens Service AB bedöms sammantaget vara ansvarigt för bl.a. tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder kring prenumerationstjänsten. I detta ligger bl.a. att åstadkomma en säkerhetsnivå som är lämplig, och att inte behandla och bevara fler personuppgifter än nödvändigt. Vidare ska överföring av patientuppgifter göras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av uppgifterna. Den enskildes åtkomst till uppgifter ska föregås av stark autentisering.

#### *Hantering av stark autentisering i e-tjänsten Prenumerationstjänsten*

Elektroniskt utlämnande till den enskilde genom e-tjänsten Prenumerationstjänsten sker genom att patientuppgifter överförs via en krypterad förbindelse. En vedertagen krypteringsmetod för att kryptera förbindelser är SSL (Secure Sockets Layer) som används för att kryptera kommunikationen mellan två punkter som använder internets infrastruktur. SSL kan utnyttja 128-bitars kryptering, vilken i dagsläget är accepterad som en tillräcklig skyddsnivå.

För invånare tillgodoses stark autentisering i Prenumerationstjänsten genom certifikat (e-legitimation) och lösenord i kombination.

---

<sup>3</sup> Se Högsta Förvaltningsdomstolens dom i målet HFD 2012 ref. 21, ett mål där Försäkringskassan vid tillhandahållande av elektroniska självbetjäningstjänster ansågs personuppgiftsansvarig för behandlingar som sker innan uppgifterna blir tillgängliga för kassan. I analogi med detta fall bör utgångspunkten bli att Apotekens Service AB har/får ett personuppgiftsansvar för den behandling av personuppgifter som sker i själva prenumerationstjänsten, innan uppgifterna blir tillgängliga i hälsokontot. Att behandlingarna också kan betraktas som förberedande led till sådan hantering av rent privat natur som förutsätts ske i hälsokontot torde sakna självständig betydelse.

---

## Bilaga 2 – Ordlista

| Term                    | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Referenser                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| API Gateway             | En nationell säkerhetslösning för elektroniskt utlämnande av journalinformation. Man kan likna lösningen vid en brandvägg som patienten själv styr över. Lösningen möjliggör för patienten att ge appar och tjänster åtkomst till den journalinformation som utlämnas elektroniskt på patientens begäran. Lösningen ingår i Mina vårdkontakter och kommunicerar med vårdgivarnas journalsystem via den gemensamma tjänsteplattformen. Lösningen filtrerar bort personuppgifter från strukturerad journalinformation i samband med att information överförs till de appar och tjänster som patienten anvisat. | <a href="#">API GW och Prenumerationstjänsten - Underlag för juridisk genomlysning</a>                                                                                                                               |
| e-tjänst (inom e-hälsa) | En service tillhandahållen av huvudmän inom vård och omsorg för patienter, vårdgivare och andra aktörer inom e-hälsa. Denna service/tjänst tillhandahålls på elektronisk väg t.ex. med en dator, mobiltelefon eller via avancerad telefonservice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Definitionen är en anpassning av den mer allmänt hållna definitionen av "offentlig e-tjänst":<br><a href="http://sv.wikipedia.org/wiki/Offentliga_e-tjanster">http://sv.wikipedia.org/wiki/Offentliga_e-tjanster</a> |
| HälsaFörMig             | HälsaFörMig är ett personligt hälsokonto som staten ska erbjuda den enskilde för att kunna överblicka och lagra sin egen hälsoinformation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="#">Webbplats HälsaFörMig</a>                                                                                                                                                                                |
| Mitt vårdflöde          | Mitt vårdflöde är en e-tjänst som ger individen insyn i sina vårdkontakter avseende besök, vaccinationer, remisser etc. Tjänsten skapar också möjlighet för enskilda vårdgivare att visa typiska åtgärder framåt i vårdflödet. Syftet är att skapa ökad förståelse kring vad som normalt görs för individer med en viss diagnos. Detta görs för att förbättra informationsspridningen och skapa ökad delaktighet från individen i den egna behandlingen.                                                                                                                                                     | <a href="#">Informationsblad Mitt vårdflöde</a>                                                                                                                                                                      |
| Personligt hälsokonto   | En kategori av tjänster som erbjuds den                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                      |

| Term                                 | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Referenser                                                                             |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | enskilde i syfte att överblicka, lagra och tillgängliggöra sin egen hälsoinformation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |
| Prenumerationstjänst för HälsaFörMig | En tredjepartsapplikation för HälsaFörMig. Applikationen möjliggör för kontohavaren i HälsaFörMig att automatiskt föra över både strukturerad och ostrukturerad vårddokumentation från vårdgivarnas journalsystem till individens hälsokonto i HälsaFörMig. Applikationens funktion förutsätter att individen (användaren) tillåter utlämning av journalinformation via säkerhetslösningen API Gateway i Mina vårdkontakter. | <a href="#">API GW och Prenumerationstjänsten - Underlag för juridisk genomlysning</a> |

FÖRSLAG



Planerings- och beställarstaben  
Marianne Ottersgård  
Tfn: 063-147676  
E-post: marianne.ottersgard@jll.se

2013-12-02

Dnr LS/1445/2013

Regionförbundet Jämtlands län  
Box 3123

831 03 Östersund

## Remissvar Innovativa Jämtland/Härjedalen 2025 – en innovationsdriven samhällsutveckling i världsklass

Jämtlands läns landsting har fått möjlighet att lämna remissvar angående den regionala innovationsstrategi (RIS 3) som Regionförbundet Jämtlands län arbetat fram. En innovationsstrategi ska ge förutsättningar för att stärka innovationsklimatet och därmed ange möjliga vägar till att förverkliga de regionala tillväxtmålen. Strategin anger hur innovationssystemet bör vara uppbyggt och hur olika parter i stödsystemet kan samarbeta och stärka varandra för ökad innovationskraft och regional tillväxt.

I den nationella innovationsstrategin är kapitel 6, *Vägen till ett innovationsklimat i världsklass år 2020* indelat i: Innovativa människor, Forskning och högre utbildning av hög kvalitet för innovation, Ramvillkor och infrastruktur för innovation, Innovativa företag och organisationer, Innovativa offentliga verksamheter samt innovativa regioner och miljöer.

Vad gäller innovativa regioner och miljöer är målbilden att Sveriges regionala innovationsmiljöer är globalt attraktiva. Delmålen: Sveriges regioner utvecklas sin innovationskraft utifrån sina unika förutsättningar och Regionala strategier för innovation är förankrade i ett samlat regionalt ledarskap.

Att jobba för att Jämtlands län ska gå från att vara en känd region med bra livsmiljö till ett världsledande varumärke som symboliserar modern innovationsdriven samhällsutveckling driven av en öppen, hållbar och attraktiv livsstil är bra önskad position. De fem värdegrundsord (attraktivitet, hållbarhet, öppenhet, dynamik och mångfald) som tas upp i strategin är viktiga.

I avsnittet Detta ska vi fokusera på till 2025 redovisas fem insatsområden.

1. Positiv samhällsutveckling som drivkraft för innovation
2. Öppenhet och nyfikenhet som skapar strategiska nätverk och samarbeten
3. Kunskap- och kompetensförsörjning som höjer vår innovationskapacitet
4. Kreativa mötesplatser som skapar attraktionskraft
5. Handlingskraftigt innovationsstödsystem

De fem insatsområden som tas upp i strategin är bra och viktiga men ramvillkor och infrastruktur för innovation samt innovativa offentliga verksamheter saknas.

I strategins inledning sägs att handlingsplaner för innovationsstrategin beslutas om separat vilket är riktigt men under varje insatsområde finns ett antal punkter uppräknade och innovationsstrategin skulle bli mycket bättre och mer informativ om det fanns en kortare beskrivning av vad man avser under varje punkt.

## JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud  
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson  
Landstingsdirektör



Erik Noaksson  
Attraktion och livsmiljö  
Tfn: 070 – 278 22 44  
E-post: erik.noaksson@regionjamtland.se

Se sändlista

## **INNOVATIVA JÄMTLAND/HÄRJEDALEN 2025 en innovationsdriven samhällsutveckling i världsklass**

förslag till ny Regional innovationsstrategi för Jämtlands län

### **Region Jämtland är bra men behöver bli bättre**

**Den regionala innovationsstrategin hjälper oss att prioritera och effektivisera våra begränsade utvecklingsresurser**

Regionstyrelsen för Regionförbundet i Jämtlands län har beslutat att ta fram en ny regional innovationsstrategi (RIS-3) för Jämtlands län. Bakgrunden är tvåfald. För det första behöver Jämtlands län bli betydligt bättre på att ta tillvara de möjligheter till samhälls- och näringslivsutveckling som en starkt föränderlig värld medför. Att bli bäst på att se möjligheter där andra ser problem utifrån våra regionala förutsättningar är ett arbete som alltid kan och måste göras bättre för att vi ska behålla och utveckla vår konkurrens- och attraktionskraft. Den andra faktorn är att regionala innovationsstrategier är en central del i Kommissionens tillväxtskapande dokument EU 2020 som tar sin kraft i att unionen fram till 2020 ska bli världens mest konkurrenskraftiga ekonomi baserat på smart, hållbar och inkluderande tillväxt för alla. Innovationsstrategierna för varje land och region är tänkta att definiera den smarta tillväxten och ska vara vägledande vid kommande programbeslut rörande EU-medel, framförallt kopplat till de regionala strukturfonderna under perioden 2014-2020.

#### **Remissens syftar till att:**

- få synpunkter på strategin INNOVATIVA JÄMTLAND/HÄRJEDALEN 2025
- öka engagemanget och kunskapen kring det regionala innovationsarbetet

**Frågor och information**

Frågor som gäller förslaget som helhet kan besvaras av undertecknarna eller av Erik Noaksson, Regionförbundets innovationsstrateg på [erik.noaksson@regionjamtland.se](mailto:erik.noaksson@regionjamtland.se), alternativt 070 - 278 22 44.

**REGIONFÖRBUNDET JÄMTLANDS LÄN**

Robert Uitto  
Regionråd



Anders Byström  
Regiondirektör

**Bilagor:**

1. Sändlista
2. Innovationsstrategin INNOVATIVA JÄMTLAND/HÄRJEDALEN 2025

## **SÄNDLISTA REMISS INNOVATION JÄMTLAND/HÄRJEDALEN 2025**

- Länets samtliga politiska partier
- Länets samtliga kommuner
- Landstinget
- Länsstyrelsen
- Regionala och nationella myndigheter
- Branschorganisationer
- Näringslivsorganisationer
- Enskilda företag
- Mittuniversitetet och andra utbildningsaktörer
- Närings- och innovationsstödjande aktörer i Jämtlands län



# INNOVATIVA JÄMTLAND/HÄRJEDALEN 2025

° en innovationsdriven samhällsutveckling i världsklass °

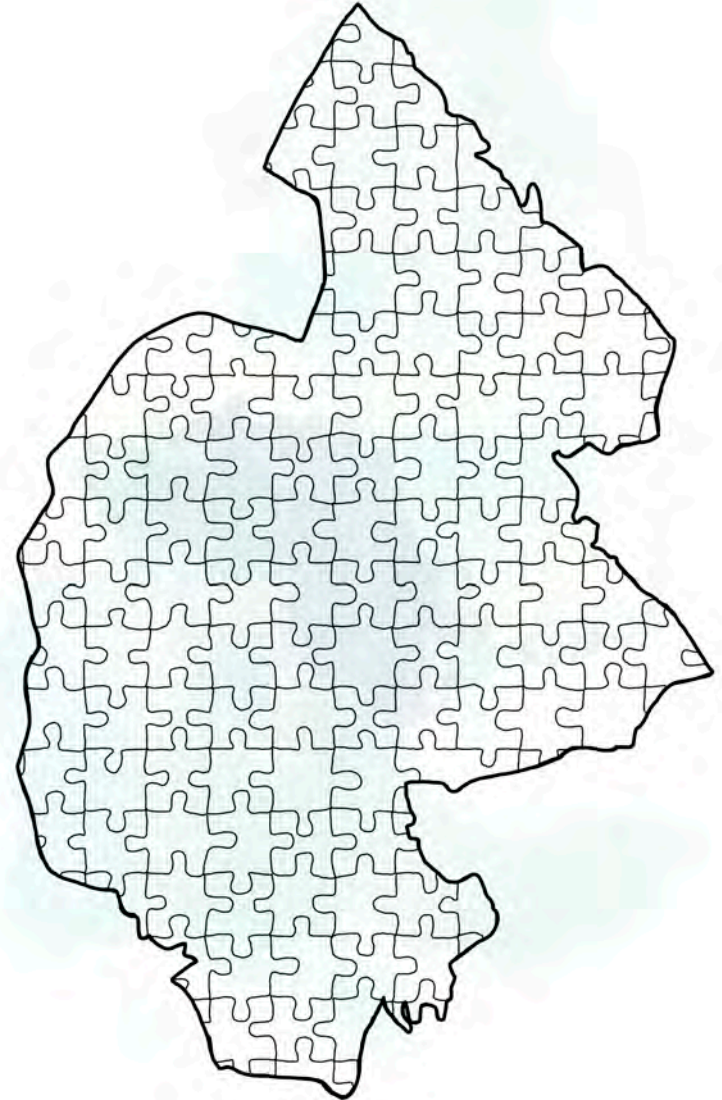
Region Jämtland är bra men behöver bli bättre

**Den regionala innovationsstrategin hjälper oss att prioritera och effektivisera våra begränsade utvecklingsresurser**

Regionstyrelsen för Regionförbundet i Jämtlands län har beslutat att ta fram en ny regional innovationsstrategi (RIS-3) för Jämtlands län. Bakgrunden är tvåfald. För det första behöver Jämtlands län bli betydligt bättre på att ta tillvara de möjligheter till samhälls- och näringslivsutveckling som en starkt föränderlig värld medför. Att bli bäst på att se möjligheter där andra ser problem utifrån våra regionala förutsättningar är ett arbete som alltid kan och måste göras bättre för att vi ska behålla och utveckla vår konkurrens- och attraktionskraft. Den andra faktorn är att regionala innovationsstrategier är en central del i EU-kommissionens tillväxtskapande dokument EU 2020 som tar sin kraft i att unionen fram till 2020 ska bli världens mest konkurrenskraftiga ekonomi baserad på smart, hållbar och inkluderande tillväxt för alla. Innovationsstrategierna för varje land och region är tänkta att definiera den smarta tillväxten och ska vara vägledande vid kommande programbeslut rörande EU-medel, framförallt kopplat till de regionala strukturfonderna under perioden 2014-2020.

EU-kommissionen har tagit fram en manual för RIS-3 som Jämtlands län har följt och tillämpat utifrån ett regionalt perspektiv. Ledande har varit ett "underifrånperspektiv" med stark förankring i regionens företag och människor. En central fråga i analysen är regionens tillgång till, eller avsaknad av, starka forskningsmiljöer och möjligheter till smart specialisering.

Under perioden april till september 2013 har ett antal dialogmöten anordnats av Regionförbundet i samarbete med Samverkansavdelningen på Mittuniversitetet, ALMI Mitt Företagspartner samt Mid Sweden Science Park. Uppskattningsvis 400 individuella möten och inspel har gjorts via seminarier, workshops, frukost- och lunchmöten, webbenkäter och besök på kommunernas näringslivskontor. I dessa möten har innovation diskuterats brett med fokus på att landa i en innovationsstrategi med fem prioriterade insatsområden. Dessa stöds av tre vägledande mål



och en gemensam vision för länets innovationsarbete med fokus på 2025. Dokument är frukten av dessa möten och har en disposition som tydligt ska ge igenkänning och kraft till det handlingskraftiga arbete som behöver göras fram till 2025.

Innovationsstrategin har fokus på att lyfta fram övergripande förutsättningar för att skapa kreativitet och nytänkande som kan leda till framtida samhälls- och affärsnytta. Vi har valt att definiera detta som frågor som skapar en god "jordmån för innovationer". Specifika branscher eller teknikområden är därför inte utpekade då dessa beskrivs mer ingående i den regionala utvecklingsstrategin (RUS) samt det regionala tillväxtprogrammet (RTP).

Handlingsplanen för genomförande ligger utanför denna innovationsstrategi och beslutas om separat av Regionstyrelsen under 2014. Handlingsplanen bör ses över vart annat år medan den regionala innovationsstrategin bör ses över vart femte år.

## □ Vad är det vi pratar om egentligen?

**Innovation** - En principiellt ny idé – inom vilket område som helst – som vinner insteg i ett samhälle

**Innovationssystem** – Det komplexa system av aktörer och nätverk inom vilket innovationer uppstår

**Innovationsstödsystem** – De aktörer och nätverk som har som uttalat uppdrag att stödja innovation

**Kluster** - En geografiskt avgränsad miljö inom vars "gränser" företag inom liknande branscher skapar värden för varandra

## Förutsättningar för innovation i Jämtlands län

(en förenklad SWOT-analys)

|         |                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                              |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interna | <b>Styrkor</b><br><br>Attraktiv livsmiljö knuten till sport och friluftsliv<br><br>Stark utvecklig kring Åre och Östersund<br><br>Upplevd stark handlingskraft<br><br>Etablerad klustermiljö kring turism, sport och friluftsliv | <b>Svagheter</b><br><br>Långa avstånd<br><br>Liten regional rekryteringsbas för expertkompetens<br><br>Brist på regionalt privat riskkapital |
| Externa | <b>Möjligheter</b><br><br>Stor utveckling i regionen kring Trondheim<br><br>Dra glädje av megatrender inom hållbarhet, livsstil och digitalisering                                                                               | <b>Hot</b><br><br>Minskning av studieplatser/utbildningar på Mittuniversitet i Östersund<br><br>Avbefolkning                                 |

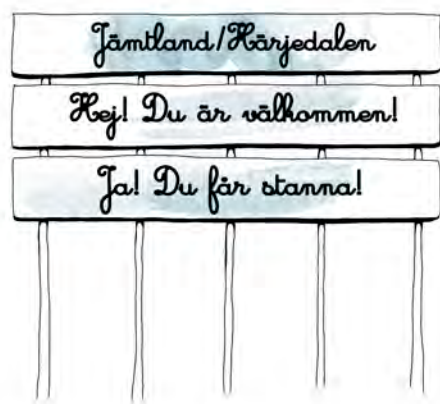
## Möjligheter – Etablerat varumärke och attraktiva livsmiljöer

Jämtlands län berör och är ett inarbetat varumärke, nationellt och internationellt. Det är attraktivt och känt för sin unika livsmiljö med närhet till skidåkning och vintersportmiljöer i världsklass, hög livskvalitet och låg brottslighet. Turism, sport och friluftsliv är starka näringslivsgrenar och utgör en stark klustermiljö i regionen med forskning på ETOUR, Nationellt Vintersportcentrum samt Sportstech på Mittuniversitetet i Östersund. Tillverkande industri, småskalig livsmedelsförädling, IT och kreativ sektor är andra viktiga branscher där nätverk och samverkan börjat etableras.

## Utmaningar – Långa avstånd, minskande befolkning och svaga kunskapsmiljöer

Jämtlands län har betydande utmaningar i långa avstånd, som är karakteristiska för glesbygd, med begränsad regional köpkraft och långt till nationella och internationella marknader. Demografin domineras av en åldrande befolkning, negativt födelsenetto och begränsad inflyttning. Regionen har svaga kunskapsmiljöer, ett ungt universitet med delade campusorter, låga övergångs tal till högre studier, övervägande små och medelstora företag med begränsade FoI-resurser och liten akademisk koppling samt en svag campusmiljö i Östersund.

För att värna en uthållig och stark kunskaps- och kompetensförsörjning till regionen behöver fler strategiska nätverk initieras tillsammans med de bästa kunskapsmiljöerna, som kan leda till framtida klusterbildningar och ökad attraktionskraft av kompetens och talangfulla individer. Mittuniversitetet har en central roll i att mäkla akademisk kunskap i öppna innovationssystem och att Campus Östersund utvecklas till norra Sveriges mest attraktiva studentmiljö. På så vis kan vi skapa jordmån för att fler strategiska plattformar startas och stärks. På näringslivets och samhällets villkor kan dessa uthålligt driva utvecklingsprojekt och affärsstrategiska viktiga samarbeten för regionens långsiktiga konkurrensförmåga.



## Innovativa Jämtland/Härjedalen till 2025:

**Region Jämtland behöver gå från att vara en känd region med bra livsmiljö till ett världsledande varumärke som symboliserar modern innovationsdriven samhällsutveckling driven av en öppen, hållbar och attraktiv livsstil.**

Fem värdegrundsord vägleder oss till vår önskade position: En innovationsdriven samhällsutveckling i världsklass

### Attraktivitet

### Hållbarhet

### Öppenhet

### Dynamik

### Mångfald



2025 är Region Jämtland globalt känd som en av de mest **attraktiva** regionerna att bo och verka i utifrån livsstil, aktivitetsutbud och kreativitet.

Region Jämtland är 2025 erkänd för sitt proaktiva **hållbarhetsarbete** och rika naturresurser som skapar resiliens och konkurrenskraft för kommande generationer.

Till 2025 är Region Jämtland ledande på att **öppet** och gränsöverskridande kommunicera med omvärlden för att ta del av, och skapa nytta med, all globalt tillgänglig information och kunskap som finns.

Region Jämtland har till 2025 gjort sig känd som en av de mest **dynamiska** och åtråvärda regioner att leva och bo i utifrån sin innovativa samhällsutvecklade attityd till att se - och ta tillvara - individuell kompetens, talang och drivkraft.

2025 är Region Jämtland en **mångkulturell** region vars kreativitet och handlingskraft utgår från alla människors lika värde där styrka och framgång sitter i att vara olika till ålder, kön, etnicitet och bakgrund.



## A) Smart specialisering på våra villkor

- **Fokus på öppen innovation som skapar ökade idé- och kunskapsflöden**
  - o Ökat globalt kunskapsutbyte genom öppen innovation
  - o Ökad global tillgång till akademisk kunskap och forskarnätverk genom Mittuniversitetet
  - o Bättre nyttjande av digital teknik för att underlätta distansoberoende kunskapsöverföring
- **Ökad samverkan och fler strategiska samarbeten för innovation**
  - o Fler branschöverskridande innovations- och affärssamarbeten
  - o Fler forsknings- och affärssamarbeten inom Nordens Gröna Bälte
  - o Fler innovationer från offentlig sektor som når marknaden och gör samhällsnytta
  - o Uthållig strategisk satsning på turism, sport och fritid

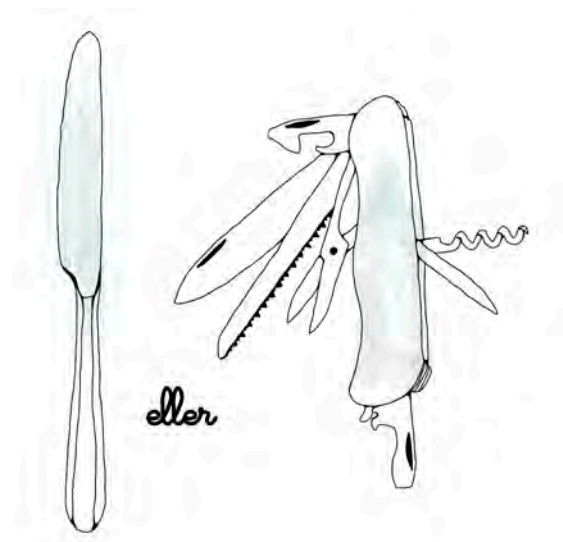
## B) Stark omvärldsbild av vad som gör oss unika

- **Världens bästa livsmiljö finns i Jämtland/Härjedalen**
  - o Målinriktad marknadsföring av regionens unika livsmiljö kopplad till vintersport och friluftsliv
  - o Skapa attraktivitet utifrån länets möjligheter till prisvärt boende, bra möjligheter till kommunikationer och jobb samt trygga livsmiljöer med låg kriminalitet
- **Fler kreativa mötesplatser som skapar dynamik, samarbeten och attraktionskraft**
  - o Kraftsamling för ett levande och spännande campus i Östersund som kan stärka Mittuniversitetets attraktionskraft
  - o Skapa kreativa dynamiska mötesplatser i hela regionen

- o Fler innovationer som testas och demonstreras i offentlig sektors alla verksamheter

## C) Effektiv användning av gemensamma resurser

- **Effektivare resursanvändning och uppföljning av offentliga medel**
  - o Träffsäkra projekt och klustersatsningar som ger maximal effekt av investeringarna
  - o Bättre på att söka och få EU-medel, och all annan form av extern projektfinansiering, som kan verka som utvecklingskapital i innovationsprocesser
  - o Ökad tillgång till riskvilligt kapital i alla former
- **Kraftsamla långsiktigt kring uppdrag, finansiering och organisation av regionens innovationsstöd**
  - o Tydligare organisation och rollfördelning
  - o Förbättrad långsiktighet och finansiering
  - o Tydligare erbjudanden till företagen om aktiv coachning på företagens villkor



## Detta ska vi fokusera på till 2025

**De fem insatsområden som vi valt för att nå vår önskade position är positiv samhällsutveckling som drivkraft för innovation, öppenhet och nyfikenhet som skapar strategiska nätverk och samarbeten, kunskaps- och kompetensförsörjning som höjer vår innovationskapacitet, kreativa mötesplatser som skapar attraktionskraft samt ett handlingskraftigt innovationsstödsystem.**

Det finns många andra grundförutsättningar som är viktiga för att skapa kreativa innovationsmiljöer så som tillgång till bredband, effektiva transporter, utbyggd kollektivtrafik, billiga bostäder mm. Dessa, och andra viktiga infrastrukturer, diskuteras inte ingående i innovationsstrategin då de avhandlas i andra regionala strategidokument som Regionförbundet ansvarar för. Istället har vi valt att fokusera på insatser som mer direkt relaterar till innovation. Punkterna bör ses som exempel på sådant man kan arbeta med inom respektive insatsområde.

### 1) Positiv samhällsutveckling som drivkraft för innovation

#### o Öka prioriteringen av innovation

- Regionförbundet tar en tydlig ledarroll
- Öka förståelsen för innovation på alla nivåer
- Prioritera ledarskap som främjar innovation
- Skapa norra Sveriges mest attraktiva Campus i Östersund
- Synliggöra de spännande och kreativa människor som finns i regionen – det är människorna som skapar attraktionskraften
- Lyft fram goda exempel
- Skapa ett mentorsprogram inom innovation
- Utveckla indikatorer för att följ upp och mäta

#### o Öppen innovation som skapar attraktivitet

- Extrem öppenhet kring idéer och innovationer
- Bli exceptionellt bra på att hitta, tillgängliggöra och samarbeta med den bästa kompetensen globalt

- Identifiera och kraftsamla kring samhällstrender som påverkar regionens attraktivitet och koppla detta till all innovationsutveckling
- Stimulera området social innovation kopplat till Mittuniversitetets utbildningar och statliga myndigheter i Östersund
- Öka satsningen på sociala innovationer kopplade till regionens demografiutmaningar

#### o Hantera global konkurrens

- Utvecklad omvärldsanalys
- Stärka den regionala identiteten för att sälja globalt
- Kroka arm med olika individer – vi måste jobba bättre tillsammans
- Hållbarhetsfrågan som en grön tråd i all verksamhet
- Småskalighet i världsklass - skapa konkurrensfördelar genom innovativ förädling
- Marknadsför att skidåkning, friluftsliv, låg kriminalitet, bra boende och lägre levnadskostnader ger en attraktiv livsmiljö
- Ökad mångfald genom invandring och inflyttning
- Involvera unga i innovationsarbetet - kraftsamla kring Ung Företagsamhet
- Jobba brett men våga prioritera - specialisering kan leda till en låsning och möjligheter går förlorade
- Strategisk opportunist – förmåga att ta tillvara på möjligheter



## 2) Öppenhet och nyfikenhet som skapar strategiska nätverk och samarbeten

### o Skapa nätverk och samarbeten i toppklass

- Bryt barriärerna mellan akademi/näringsliv/offentlig sektor/civilsamhälle
- Fler samarbeten mellan olika näringslivsbranscher
- Mittuniversitetet tillhandahåller stöd för att mäkla kontakter, kunskap och forskningskompetens
- Stimulera uppbyggnad av test- och demonstrationsanläggningar som ägs gemensamt av näringslivet och Mittuniversitetet
- Sträva efter klusterbildningar över större geografiska områden
- Globala samarbeten är inte det primära – ta lågt hängande frukter först

### o Nya innovationsområden – immateriella- och tjänsteinnovationer

- Ska genomsyra alla insatsområden
- Sätt kunden i fokus – ökat stöd till kunddrivna innovationsprocesser

### o Mer innovationsvänlig offentlig verksamhet

- Gör innovation till strategisk fråga på ledningsnivå i offentlig sektor
- Se offentlig sektors medarbetare som potentiella innovatörer och de offentliga verksamheterna som kuvöser för innovativ utveckling
- Använd offentliga verksamheter som test- och referensmiljöer för innovationer
- Skapa innovationsslussar för att effektivare fånga upp och stödja nya idéer
- Använd offentlig upphandling och innovationsdriven upphandling som drivkraft för innovation

- Utöka det regionala FoU-anslaget med fokus på innovation
- Skapa en årlig Guldgala för innovation inom offentlig sektor



# Innovatörer



## 3) Kunskap- och kompetensförsörjning som höjer vår innovationskapacitet

### o Attrahera kompetens och kreativa individer

- Attrahera individer med potential och utbilda inom det som behövs – bygg upp en webbportal för aktiv inflyttning
- Erbjud yrkesutbildningar och stöd till medflyttande familjemedlemmar
- Satsa på forskningsområden med hög regional förankring
- Skapa en attraktiv social miljö vid Campus Östersund
- Skapa och marknadsför attraktiva student- och doktorandarbeten i regionen
- Bli bättre på att fånga upp studenter från de regionala kunskapsmiljöerna efter utbildningen

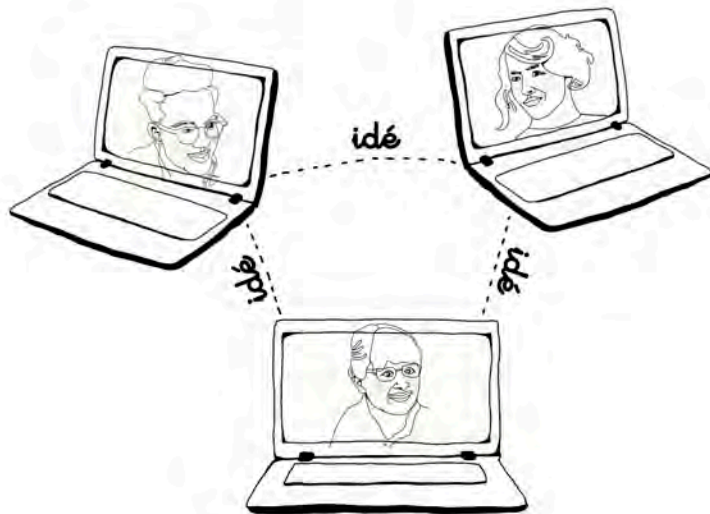
### o Öka tillgängligheten till kunskapsmiljöer

- Använd studenter och doktorander som länk mellan forskning och näringsliv
- Skapa förutsättningar för samfinansierade industridoktorander på små och medelstora företag i regionen
- Låt Mittuniversitetet utveckla rollen som akademisk kompetensmäklare
- Ge stöd för att köpa in forskar- och specialistkompetens
- Nyttja och utveckla kunskapsmiljöerna i Nord- och Sör-Tröndelag
- Öka kompetensen inom innovationsområdet och integrera innovation i hela utbildningssystemet
- Satsa på fler sommar-designkontor och liknande praktiska tillämpningar



## 4) Kreativa mötesplatser som skapar attraktionskraft

- o **Skapa möten och korsbefruktnings - minska effekten av långa avstånd**
  - Utveckla kreativa mötesformer på befintliga arenor - bästa idéerna föds över en fika
  - Bli bättre på att sätta affären i fokus vid alla möten
  - Attrahera kompetens, företag och branscher som är platsberoende
  - Skapa distansarbetsplatser i Stockholm och Trondheim
  - Utveckla axeln Östersund-Krokom-Åre som testbädd för kreativa mötesformer
  - Mid Sweden Science Park tar ledarrollen för att skapa fler konkreta samarbeten mellan Mittuniversitetet och näringslivet
  - Näringslivskontorens roll som kreativa mötesplatser utanför Östersund förtydligas och görs mer attraktiva



## 5) Handlingskraftigt innovationsstödsystem



- o **Förbättrat, tydliggjort och mer effektivt innovationsstöd**
  - Prioritera och konsolidera resurser uthålligt och långsiktigt
  - Skapa en tydligare rollfördelning och effektivare regional samordning
  - Tydliggör vägarna in
  - Kraftsamla kring Mid Sweden Science Park med representation ute på Näringslivskontoren
  - Mer aktiv och uppsökande verksamhet
  - Förenkla handlägningsprocesserna och ge mer aktivt stöd i projektansökningsförfarandet
  - Bli bättre på att stödja tjänste- och social innovation, immateriell innovation samt kreativa näringar
- o **Finansiera innovation**
  - Samverka för att få tillgång till utvecklings- och riskvilligt kapital
  - Sätt upp en "one-stop-shop" för investerare som vill omlokalisera till regionen
  - Styr om FoU-medel från akademien till näringslivet
  - Använd strukturfondsmedel för att växla upp företagsstöd
  - Säkerställ stöd under hela innovationsprocessen
  - Stöd för att hitta och lära känna investerare, kunder och branscher
  - Effektivt stöd för att tidigt koppla ihop innovatör med kund/affärspartner
  - Stimulera nya finansieringslösningar ex. Crowd funding

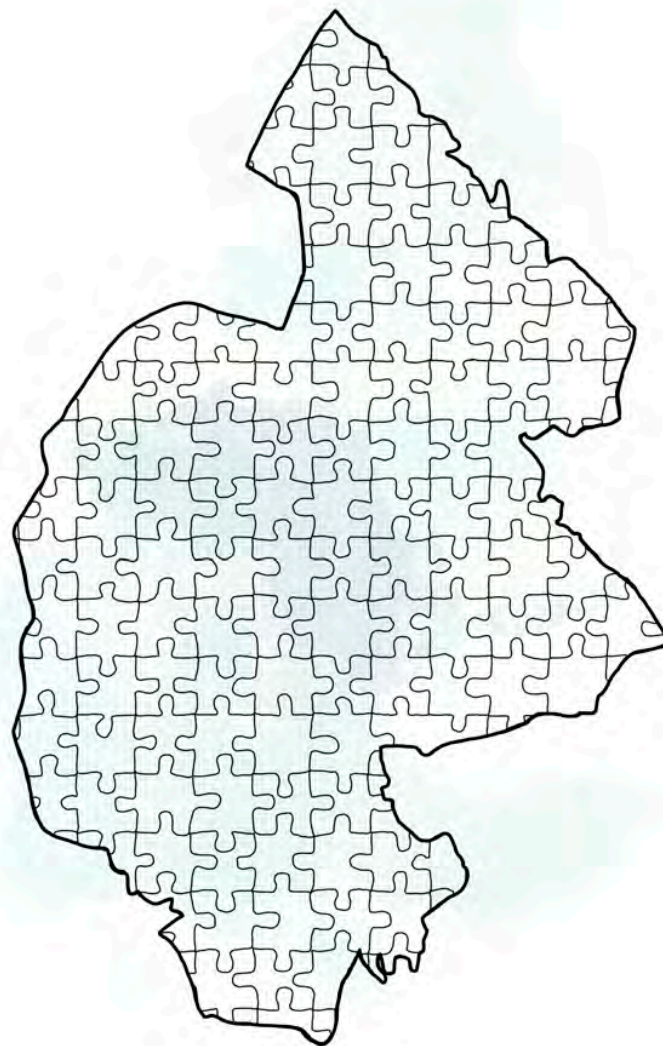


Detta dokument är sammanställt av

**Erik Noaksson**, strateg, Regionförbundet Jämtlands län

**Karolina Nätterlund**, Regionalt Designcentrum Jämtland,  
Regionförbundet Jämtlands län

Illustrationerna är gjorda av **Helene Gedda** efter fri tolkning av samtal på  
workshopen Innovativa Jämtland 2020



**Regionförbundet  
Jämtlands län**

Planerings- och beställarstab  
Lena Weinstock Svedh  
Tfn: 063-14 24 74  
E-post: lena.weinstock-svedh@jll.se

2013-11-22

Dnr LS/848/2011

Strömsunds kommun

Box 500  
833 24 Strömsund

## **Uppsägning av avtal om vårdtjänster enligt hälsoval i jämtlands läns landsting**

Jämtlands läns landsting säger med stöd av bestämmelserna om ändrade legala förutsättningar upp avtalet om vårdtjänster enligt Hälsoval i Jämtlands läns landsting, ingånget den 17 och 22 november 2011. Avtalet sägs upp till den 31 december 2014.

Landstinget har beslutat om nya regler för hälsovalet från och med 2015. Ändringarna är så omfattande att de inte kan ske inom ramen för omförhandling av gällande avtal.

Vill kommunen fortsätta verksamheten ska kommunen ansöka om godkännande för deltagande i Hälsoval 2015. För att med säkerhet kunna fortsätta verksamheten enligt de nya reglerna den 1 januari 2015 måste ansökan vara inne senast den 31 oktober 2014.

### JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud  
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson  
Landstingsdirektör

### Motion om höjning av landstingets studiemedel

För att locka landstingets medarbetare till grundutbildning till allmänsjuksköterska, biomedicinsk analytiker, röntgensjuksköterska, audionom, arbetsterapeut och medicinsk sekreterare, utgår en studielön med 5000 kronor per månad under studietiden. Under de senaste åren har intresset för utbildningen varit blygsam då endast en medarbetare per år påbörjat denna.

Eftersom landstinget har brist på personal inom dessa yrken så motionerar undertecknad om en höjning av studielönen till 6500 kronor per månad för att få fler att intressera sig och därmed söka sig till utbildningen.



**Christer Siwertsson, M**  
**Ledamot landstingsfullmäktige**





## **Motion om Ungdomsjobb i landstinget**

I mars 2012 motionerade jag om ungdomsjobb, om att landstinget skulle förhandla fram särskilda ungdomsavtal och att en inventering skulle ske för att utröna var de fanns möjlighet att tillskapa sådana arbetstillfällen inom landstingets hank o stör. Motionssvaret som landstingsfullmäktige gav i mars i år var ganska njuggt och motionen avslogs, med motiveringen att landstinget inte tecknar några säravtal och att man följer de avtal som upprättats av arbetsmarknadens parter. Att bara kunna "knysta" om lägre ersättning och studier på arbetstid var nästan "revolutionärt" uppfattade jag det som om majoriteten tyckte.

Nu är vi där sedan mer än åtta månader. Arbetsmarknadens parter, Sveriges Kommuner o Landsting och fackförbundet Kommunal har tecknat två avtal:

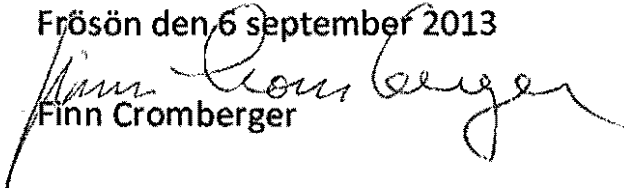
1. Ett som handlar om ett års utbildnings- och introduktionsanställning för unga med utbildning inom vård och omsorg men utan yrkeserfarenhet av vårdarbete.
2. Ett annat om arbetslivsintroduktion för arbetslösa ungdomar, i första hand 19-25 år, inte bara inom vård och omsorg utan även andra verksamheter. Löper i 12 månader utan löfte om anställning därefter.

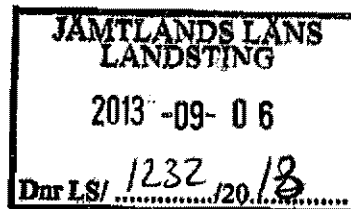
Gemensamt för båda varianterna är att det skall vara arbete och lön till 75 % och utbildning till 25 %.

Denna centrala jobbpakt förutsätter lokala överenskommelser för att det ska bli några anställningar.

Jag motionerar att landstinget omedelbart tar upp förhandlingar med berörda fackliga organisationer så att en lokal överenskommelse kan komma till stånd för att tillskapa denna typ av ungdomsjobb.

Frösön den 6 september 2013

  
Finn Cromberger



2013-08-30

**Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående digitalisering av läkemedelslistor.**

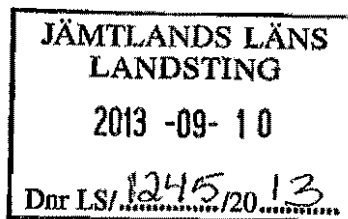
På sjukhusets avdelningar skrivs i dag läkemedelslistorna manuellt. Det finns stora risker med detta, framförallt risken att läsa fel och de allvarliga följder som kan bli av den anledningen;

- Fel läkemedel
- Fel dos
- Annan feltolkning, etc.

Med dagens teknik så kan detta göras på ett betydligt bättre och enklare sätt för att både underlätta hanteringen och minimera riskerna. Fördelarna torde vara många.

Av den anledningen motionerar undertecknad om att läkemedelslistorna istället ska skrivas i digital form.

**Christer Siwertsson, M**  
**Ledamot, Landstingsfullmäktige**



2013-08-30

**Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående  
koordination mellan akutens datasystem och övriga avdelningars datasystem**

I dag får den patient som tagits in på akuten sin sjukrapport digitalt utskriven på lösa blad som sedan följer med patienten upp till den avdelning där patienten ska vårdas. Där måste en sjuksköterska i sin tur manuellt skriva in det i avdelningens datasystem.

Undertecknad motionerar därför om att sjukrapporten redan på akuten skrivs in det system som gäller för den avdelning där patienten vårdas. Genom denna koordination och förenkling sparas både tid och arbete och avdelningen får också en möjlighet att få snabb direktinformation om den patient som kommer.

---

**Christer Siwertsson, M**  
**Ledamot, Landstingsfullmäktige**



nya

moderaterna

JÄMTLANDS LÄNS  
LANDSTING

2013 -10- 11

Dnr LS/1426/2013

2013-10-10

**Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående uppfyllande av målsättningen att ge heltid till den anställde som så önskar.**

Den personalpolitiska policyn daterad 2010-06-02 med diarienummer LS/685/2010 förklarar: "Vår målsättning är att heltidsanställning hos oss är en rättighet och deltidsanställning en möjlighet".

En stor utmaning för Jämtlands läns landsting är bland annat att vara en attraktiv arbetsgivare och därför borde det vara självklart att då uppfylla denna målsättning. Vi vet också att många medarbetare vill öka sin deltidstjänstgöring till heltid. Detta bör vara en bättre åtgärd, till att börja med, än att anställa fler medarbetare.

Mot bakgrund av ovanstående motionerar därför undertecknad om att med omedelbar verkan uppfylla målsättningen om att tillhandahålla heltid till den som så önskar.

Christer Siwertsson, ledamot landstingsfullmäktige

# Medborgarförslag

Till:

Jämtlands läns landsting

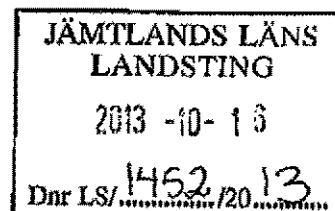
Box 654

831 27 Östersund

Datum: 2013-10-15

Från:

Cecilia Bengtsson



Förslaget i korthet:

Monitor/Bildskärm med prioriteringsordning i akutmottagningens väntrum på Östersunds sjukhus

Motivering:

Efter ett akutbesök med väntetid på 3-4 timmar insåg jag att såväl jag som de andra i väntrummet upplevde ovissheten som det jobbigaste, att inte ha någon som helst aning om det kunde dröja 0.5 eller 10 timmar innan hjälp kom. Jag förstår att personalen självklart inte heller kan förutse vad som ska komma in eller vilka problem som kan uppstå. Dock önskar jag att man som patient vid ankomst till akutmottagningen får exempelvis en nummerlapp eller något annat som representerar den man är utan att bryta mot patientsekretessen. Dessa nummer eller dylikt skulle sedan kunna hamna i en prioriteringsordning på en monitor i väntrummet. I de fall prioriteringarna förändras kan en uppdatering ske med omflyttning av nummer eller info om att t ex en ambulans inkommit emellan två patienter. Jag tror att denna information skulle öka förståelsen för väntetiden och patientens känsla av kontroll och att situationen i väntrummet skulle bli enklare att hantera.

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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Cecilia Bengtsson", written over a horizontal line.

Samordningskansliet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71 (ankn 27571)  
E-post: daniel.l.nilsson@jll.se

2013-09-11<sup>2</sup>

Dnr

Landstingsstyrelsen

## Förslag om fällbara stolar i sjukhusets korridorer

Dagligen besöks Östersunds sjukhus av flertalet människor med någon form av funktionsnedsättning. Av dem är det inte alla som orkar gå genom sjukhusets långa korridorer utan få hämta andan emellanåt.

Länets handikappråd har bland annat i uppdrag att framföra önskemål och motivera behovet av förändring hos berörd huvudman. Handikapprådet vill med denna skrivelse framföra behovet av att fällbara stolar köps in och sätts upp i sjukhusets korridorer i syfte att underlätta för besökande, både patienter och anhöriga.

LÄNETS HANDIKAPPRÅD



Elin Hoffner  
Ordförande

2013-09-12

## Länets handikappråd

**§ 28 Aktuella skrivelser**

Handikapprådets arbetsutskott har tagit fram en skrivelse om fällbara stolar i sjukhusets korridorer. Elin läser upp förslag på skrivelse som handlar om att Jämtlands läns landsting borde sätta upp klappstolar i sjukhusets korridorer för att underlätta för personer som på grund av sina funktionsnedsättningar är i behov av att vila ofta.

Fråga om någon inventering skett i sjukhuset med tanke på olika funktionsnedsättningar t.ex. kognition uppkommer. Svar på detta är att landstinget har ett tillgänglighetsråd som har möjlighet att lyfta frågan.

Den skrivelse om betalsystem som tidigare skickats ut har nu publicerats i lokalpressen. Den är även skickad till Dagens Nyheter men har ej kommit med. För att kunna få publicera artikeln där krävs underskrifter från privatpersoner. Förslag är att de i handikapprådet som vill ställa upp på namn meddelar Daniel Nilsson.

**LÄNETS HANDIKAPPRÅDS BESLUT**

1. Handikapprådet beslutar att ställa sig bakom skrivelsen om klappstolar samt skicka den till Landstingsstyrelsen.
2. Marina Eriksson, Geord Witthoff, Eva Åberg, Inger Essvall, Kristian Nässén och Björn Hjortling beslutar att stå med på skrivelsen om betalsystem som ska skickas till Dagens Nyheter.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande





Afdelningen för Vård och omsorg  
Gunilla Thörnwall Bergendahl

Kommunityrelserna  
Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

## **Rekommendation om överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin**

Dnr 13/0362

### **Beslut**

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting beslutade den 15 november 2013

att godkänna överenskommelse om samverkansregler mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech,

att rekommendera landsting, regioner och kommuner att för sin del anta överenskommelsen, samt

att informera landsting, regioner och kommuner om den träffade överenskommelsen om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin.

### **Bakgrund**

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tillsammans med Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech utarbetat en ny gemensam överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin. Denna ersätter tidigare överenskomna regler om samverkan som förbundet haft separat med respektive branschorganisation. Den nya överenskommelsen föreslås gälla från och med den 1 januari 2014.

Revideringsarbetet startade i samband med ett rundabordssamtal i SKLs regi januari 2012. Sedan dess har samverkansreglerna diskuterats ett flertal gånger på landstingsledningseminariet, i sjukvårdsdelegationen och i nätverken för landstingsdirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer och personaldirektörer, förutom i de referensgrupper som inrättats för arbetet.

Den centrala frågeställningen för SKL har varit om industrin även fortsättningsvis



ska tillåtas finansiera delar av medarbetarnas fortbildning. En icke oväsentlig del av parternas förhandlingsarbete har bestått i att harmonisera reglerna utifrån de olika samverkanskulturer som råder i de olika branscherna.

Samråd har skett med Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet och Svenska Läkaresällskapet den 14 oktober, vilka inte har framfört någon erinran mot förslaget.

### **De viktigaste förändringarna i samverkansreglerna**

Reglerna är gemensamt framtagna utifrån omvärldens krav på ökad transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydligare ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, bland annat avseende sjukvårdshuvudmannens ansvar för fortbildningen. Denna tydliggörs bland annat genom att den ordning som idag råder att industrins möjlighet att finansiera femtio procent av medarbetarnas resor, kost och logi i samband med extern fortbildning eller konferens, utgår från och med 2015.

I och med detta försvinner också ansvaret för industrin att dokumentera godkännandet från arbetsgivaren om deltagande i sammankomst. Under 2014 gäller en övergångslösning där 50 procentsregeln kvarstår, för att ge såväl hälso- och sjukvården som industrin möjligheter att planera för den nya situationen.

Förutom ovanstående införs fem övergripande principer som ska genomsyra samarbetet: Nyttoprincipen, transparensprincipen, proportionalitetsprincipen, måttfullhetsprincipen och dokumentationsprincipen.

Det tydliggörs bland annat att regelverket även gäller högre befattningshavare i tjänstemannaorganisationen. Ytterligare tydliggörs möjligheten för industrin att bjuda på en måttfull måltid i samband med sammankomst. Det införs tydligare regler runt industrins möjligheter och skyldigheter att erbjuda produkt- och serviceinformation, gällande sponsring av sammankomster i industrins, vårdens och tredje parts regi samt runt marknadsundersökningar, upphandling och donationer.

Det åligger parterna i överenskommelsen att verka för att respektive organisations medlemmar har väl fungerande egenåtgärdssystem för att upprätthålla en god följsamhet till samverkansreglerna. Parterna är överens om att gemensamt följa upp regelverket en gång per år i syfte att vid behov justera dem.

### **Konsekvensanalys**

Under arbetet med överenskommelsen har många gånger frågan ställts om hur stor kostnad 50-procentsregeln motsvarar och vilken reell merkostnad sjukvårdshuvudmännen tar på sig i och med regeländringen. Det entydiga svaret på detta är att det inte går att mäta. Metoderna idag för att debitera vårdgivarna varierar, från en separat faktura på den halva kostnaden, till en minskad kostnad vid anmälan till

konferens. Kostnaden ligger också i de flesta fall decentraliserad i organisationen och vårdgivarna har inte haft systematiska rutiner för att följa upp dem.

Region Halland, som storleksmässigt motsvarar drygt 3 procent av befolkningen, har sedan mitten på 2000-talet avsatt 10 mkr per år för extern fortbildningsverksamhet riktad till läkemedelsintensiva specialiteter. Budgeten ligger sedan några år centralt i landstingen och verksamhetschefer kan begära ersättning i efterhand. Läkemedelskommittén och dess experter, vilka förväntas ha en särskilt oberoende ställning i förhållande till industrin, får också sin fortbildning finansierad ur anslaget. Budgeten brukar inte utnyttjas fullt ut, endast ca 6 mkr per år.

Är då fortbildningskostnaden i Region Halland extrapolerbar till hela landet? SKL bedömer att så inte är fallet eftersom både behovet och efterfrågan på industrifinansierad fortbildning varierar och även utbudet av alternativ, det vill säga fortbildning organiserad via landstingets eller specialitets/yrkesföreningarnas försorg. Idag finns också en trend att fortbildningen finner andra former, till exempel via e-lärande i form av så kallade webinarer (seminarier och konferenser via internet) och interaktiva webutbildningar. Många framhåller också att den stora kostnaden vid fortbildning utgörs av personalens frånvaro och vikariatskostnader som uppstår och att kostnaden för resor och logi i det sammanhanget är av mer begränsad betydelse. Noteras kan också de olika satsningar som idag sker nationellt på fortbildning inom läkemedelsområdet via Socialstyrelsen, riktad till såväl ST/AT-läkare och sjuksköterskor.

En ordning som bygger på en historisk tradition där vissa medarbetargrupper kan tillåtas få delar av sin löpande fortbildning och kompetensutveckling finansierad av de företag som levererar de produkter som används av medarbetarna, är på sikt ohållbar. Det kan finnas en risk att det blir en preferens för fortbildningsaktiviteter som är företagsfinansierade gentemot andra som inte är det. Det kan i förlängningen leda till snedvriden konkurrens eller misstankar om lojalitetskonflikter, vilket kan komma att uppfattas förtroendeskadligt.

Sveriges Läkareförbund genomför vartannat år en fortbildningsenkät riktad till ett urval av medlemmarna i Distriktsläkarföreningen, Sjukhusläkarna och Chefsföreningen. Undersökningen visar en tydlig trend att läkarnas externa fortbildningsdagar minskar men att tid för egen fortbildning och internutbildning ligger på en i huvudsak jämn nivå. Undersökningen visar också på att läkemedelsindustrins bidrag har minskat med nio procent men att arbetsgivarens bidrag har ökat i motsvarande del. Dessutom framgår också att andelen som har fortbildningsplaner har ökat och att det finns mer möjligheter till lärande i det dagliga arbetet. Den externa fortbildningens nedgång har sannolikt andra orsaker än att arbetsgivaren förväntas betala hälften av resa och logi.

Kommer då den externa fortbildningen att minska ytterligare på grund av det nya regelverket? Det enkla svaret är att det beror på hur landsting, regioner och kommuner avser att arbeta med frågan.

### **Verkställighet av överenskommelsen**

Landsting, regioner och kommuner förväntas att var och en för sin del anta överenskommelsen om samverkansregler och i övrigt verka för dess verkställighet.

Under arbetet med den nya överenskommelsen har framkommit att kunskapen om befintliga samverkansregler generellt sett är begränsad inom hälso- och sjukvården. Det händer till exempel att företag, som med hänvisning till regelverket nekar ekonomiskt bistånd till olika aktiviteter, möts med oförståelse och konkurrensnackdelar.

Det är därför av vikt att antagande av överenskommelsen kompletteras med lokala informationsaktiviteter så att kunskapen är spridd i organisationen och att nya medarbetare kontinuerligt får del av informationen. SKL kommer tillhandahålla ett informationsmaterial som kan användas för ändamålet.

Varje landsting/region och kommun bör också säkerställa att det finns en kontaktperson som kan bistå såväl verksamhetschefer och medarbetare som företagen i berörda branscher, i diskussioner runt specifika samverkansfrågor.

Det är upp till varje sjukvårdshuvudman och vårdgivare att utifrån de lokala förutsättningarna, bedöma de ekonomiska och kompetensmässiga konsekvenserna av förändringen i den egna verksamheten och hur eller i vilken omfattning man avser att beakta den. Genom den övergångslösning som finns under 2014 ges planeringsförutsättningar för detta.

Sveriges Kommuner och Landsting

  
Anders Knape  
Ordförande



## ÖVERENSKOMMELSE OM SAMVERKANSREGLER

FÖR DEN OFFENTLIGT FINANSIERADE HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, LÄKEMEDELSINDUSTRIN,  
MEDICINTEKNISKA INDUSTRIN OCH LABORATORIETEKNISKA INDUSTRIN

Sveriges Kommuner och Landsting, Läkemedelsindustriföreningens Service AB, Swedish Medtech och Swedish Labtech har kommit överens om gemensamma regler för hur medarbetare inklusive högre befattningshavare inom hälso- och sjukvård och industri ska samverka och interagera med varandra.

Parterna anser att samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri är en viktig del för utvecklingen av såväl hälso- och sjukvård som näringsliv och vill med reglerna värna om att samarbetet kan fortsätta att utvecklas på ett förtroendefullt sätt.

Reglerna är gemensamt framtagna utifrån omvärldens krav på ökad transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydligare ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, bland annat avseende sjukvårdshuvudmannens ansvar för fortbildningen.

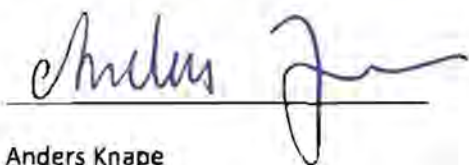
I reglerna beskrivs inledningsvis den krets som omfattas av reglerna samt definitioner av vissa termer och begrepp.

Det åligger parterna i överenskommelsen att verka för att respektive organisations medlemmar har väl fungerande egenåtgärdssystem för att upprätthålla en god följsamhet till samverkansreglerna.

Parterna är överens om att gemensamt följa upp regelverket en gång per år i syfte att vid behov justera dem.

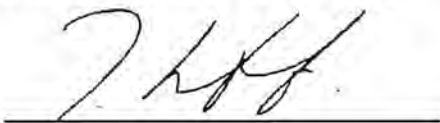
Denna överenskommelse gäller fr.o.m. den 1 januari 2014 tills vidare. Dessa regler ersätter tidigare överenskomna regler om samverkan mellan parterna.

Stockholm november 2013



Anders Knappe

Sveriges Kommuner och Landsting



Joacim Lindoff

Swedish Medtech



Robert Ström

Läkemedelsindustriföreningens Service AB



Peter Simonsbacka

Swedish Labtech

## Innehållsförteckning

|     |                                                                            |    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.  | Termer och begrepp.....                                                    | 3  |
| 2.  | Allmänna förutsättningar.....                                              | 4  |
| 3.  | Samverkansreglernas omfattning .....                                       | 4  |
| 4.  | Grundläggande principer och regler .....                                   | 5  |
| 5.  | Serviceinformation.....                                                    | 7  |
| 6.  | Produktinformation.....                                                    | 7  |
| 7.  | Övriga sammankomster .....                                                 | 8  |
| 8.  | Konsultation och uppdrag .....                                             | 10 |
| 9.  | Samarbetsprojekt mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin .... | 10 |
| 10. | Referenskund .....                                                         | 11 |
| 11. | Marknadsundersökningar .....                                               | 11 |
| 12. | Upphandling .....                                                          | 11 |
| 13. | Stipendier .....                                                           | 12 |
| 14. | Donationer .....                                                           | 12 |

## 1. Termer och begrepp

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Bisyssla</i>                | Varje syssla, tillfällig eller stadigvarande, som utövas vid sidan av anställningen och som inte är hänförlig till privatlivet.                                                                                                                                |
| <i>Högre befattningshavare</i> | Direktör, chef, chefsläkare, avdelnings-/divisions-/verksamhetschef eller annan befattningshavare i ledande ställning.                                                                                                                                         |
| <i>Hälso- och sjukvård</i>     | All offentligt finansierad hälso- och sjukvård i landsting, regioner och kommuner samt privat verksamhet med vårdavtal eller enligt LOV (Lagen om Valfrihetssystem).                                                                                           |
| <i>Industri</i>                | Alla företag inom branscherna läkemedel, medicinteknik och laborieteknik som agerar på eller riktar sig mot den svenska marknaden.                                                                                                                             |
| <i>Medarbetare</i>             | Anställd, student under utbildning eller praktik, uppdragstagare eller konsult.                                                                                                                                                                                |
| <i>Medicinteknisk produkt</i>  | Se 2 § Lagen (1993:584) om medicintekniska produkter.                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Sammankomst</i>             | Mötestillfälle avseende produktinformation, serviceinformation, terapiinriktad utbildning/vetenskaplig sammankomst eller annan liknande typ av möte där hälso- och sjukvårdens medarbetare och högre befattningshavare och industrin interagerar med varandra. |
| <i>Sjukvårdshuvudman</i>       | Landsting, region eller kommun med ansvar för hälso- och sjukvård.                                                                                                                                                                                             |
| <i>Upphandlande myndighet</i>  | Statliga och kommunala myndigheter enligt LOU kap 2, 19 §.                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Verksamhetschef</i>         | Inom all hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret.                                                                                                                           |

## **2. Allmänna förutsättningar**

I Sverige förekommer sedan länge en värdefull samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin som har lett till en betydande utveckling av hälso- och sjukvården. Nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och industrin har under många år varit en förutsättning för framtagande och utvärdering av nya metoder och behandlingar.

En god samverkan mellan hälso- och sjukvård, forskning och industri skapar ömsesidigt engagemang för en snabbare kunskapsinsamling, ordnat införande och utvärdering av behandlingsmetoder. På så sätt ges förutsättningar för en ständigt förbättrad hälso- och sjukvård som är av stor vikt för patienterna, hälso- och sjukvården och industrin. Utgångspunkten för all god samverkan är att ge patienterna en ändamålsenlig, evidensbaserad, kostnadseffektiv och säker vård. Industrin är en kunskapsintensiv bransch som är av stor betydelse för Sverige. För att effektivt kunna utveckla metoder och produkter behövs en nära och förtroendefull samverkan mellan företagen i sektorn och hälso- och sjukvården.

Samverkan med industrin utgör ett viktigt led i hälso- och sjukvårdspersonalens fortbildning och kompetensutveckling. Fortbildning och kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdens medarbetare är nödvändig för att kunna förbättra metoder och behandling samt för att säkerställa en hög patient- och användarsäkerhet. Arbetsgivaren har ansvar för medarbetarnas fortbildning och kompetensutveckling och ansvarar för därtill förenade kostnader.

Förutsättningen för en sund samverkan är en god följsamhet till gällande lagstiftning, exempelvis avseende mutor och upphandling. Detta för att säkerställa att skattemedlen tillvaratas korrekt, att patienter och brukare kan försäkras om att få bästa möjliga hälso- och sjukvård samt att samarbetet upprätthåller allmänhetens förtroende.

## **3. Samverkansreglernas omfattning**

Alla medarbetare inklusive högre befattningshavare i hälso- och sjukvården och industrin omfattas av dessa regler.

Oavsett om företag tillhör en branschorganisation eller inte ska hälso- och sjukvården tillämpa dessa regler på samtliga företag inom branscherna läkemedel, medicinteknik och laboratorieteknik som agerar på eller riktar sig mot den svenska marknaden.

Medlemmar i Läkemedelsindustriföreningen, Swedish Medtech och Swedish Labtech inklusive moderbolag och systerbolag, ska tillämpa reglerna vid samverkan med alla medarbetare och högre befattningshavare inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

Medarbetare och högre befattningshavare inom hälso- och sjukvård och industri ska förutom dessa regler och gällande lagstiftning följa de regler för resor, representation, bisysslor och övriga policys och affärs- och uppförandekoder som respektive arbetsgivare upprättat för sin egen verksamhet.

#### 4. Grundläggande principer och regler

Utgångspunkten är att all samverkan ska vara dokumenterad, öppen för granskning, rimlig och ska tillföra alla samverkande parter nytta.

a. Följande grundläggande principer gäller vid all form av samverkan:

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Nyttoprincipen</i>             | Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska utgå från hälso- och sjukvårdens verksamhet och patientens behov och vara tydligt kopplad till företagets verksamhet. Det ska alltså finnas ett ömsesidigt nyttoperspektiv.                                                                                                                                                        |
| <i>Transparensprincipen</i>       | Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska vara öppen och transparent samt i enlighet med dessa regler, gällande författningar, affärs- och uppförandekoder och policys.                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Proportionalitetsprincipen</i> | Vid samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska respektive parts eventuella förpliktelser stå i rimligt förhållande till den andres. Vidare ska all form av ersättning vara proportionerlig, rimlig och motsvara marknadsvärdet av den tjänst som utförts.                                                                                                                     |
| <i>Måttfullhetsprincipen</i>      | Arrangemang som på något sätt stöds eller arrangeras av industrin ska genomsyras av måttfullhet. Kravet på måttfullhet innebär att förmånen inte får framstå som beteendepåverkande för mottagaren. Samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri ska inte innebära otillbörlig påverkan och får inte äventyra eller uppfattas äventyra, hälso- och sjukvårdens oberoende.           |
| <i>Dokumentationsprincipen</i>    | All form av samverkan mellan hälso- och sjukvård och industri där någon form av ersättning eller kostnadstäckning förekommer, vare sig den rör enskilda eller grupper av medarbetare eller är på verksamhetsnivå, ska vara skriftligt dokumenterad, t ex via beslut, avtal eller överenskommelse. Relevant dokumentation som avtalet, relaterade rapporter, fakturor m.m. måste bevaras. |



**b. Följande regler gäller vid all form av samverkan:**

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Grundregel</i>           | Industrin får inte erbjuda och medarbetare inom hälso- och sjukvården får inte begära eller motta förmåner eller annan ersättning, eller kräva åtgärder som strider mot dessa regler eller dess intentioner.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Måltider</i>             | Vid sammankomster arrangerade av eller i samarbete med industrin får industrin erbjuda en måttfull måltid i anslutning till sammankomsten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Alkohol</i>              | Alkoholförtäring i samband med sammankomst ska ske restriktivt och enbart i samband med måltid. Sprit får aldrig erbjudas. Alkoholfria alternativ ska alltid finnas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Sociala aktiviteter</i>  | Varken i samband med sammankomster eller umgänget i övrigt får sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter finansieras av företag eller efterfrågas av medarbetare inom hälso- och sjukvården.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Resor</i>                | Vid eventuella resor ska ekonomiklass, om möjligt, väljas. Resans längd ska om möjligt inte vara längre än den totala sammankomstens längd, inklusive eventuella sidoarrangemang.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Medföljande</i>          | Endast deltagare i arrangemang får bjudas in. Medföljande får inte delta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Val av ort och lokal</i> | Industrin får arrangera eller sponsra sammankomster utom Sverige eller Öresundsregionen endast om majoriteten av deltagarna inte är från Sverige eller om motsvarande kunskap eller erfarenhet inte kan inhämtas här. Valet av ort och lokal för arrangemangs genomförande ska vara rimligt i relation till syftet med arrangemanget. Fritidsorter under säsong och platser som är kända för sin exklusivitet ska undvikas, till exempel vintersportorter under skidsäsong. Samma gäller för orter där större internationella evenemang pågår samtidigt eller i anslutning till arrangemanget - till exempel idrottstävlingar. Företag ska inte heller bidra ekonomiskt till arrangemang som förlagts till sådana platser. |

## **5. Serviceinformation**

Med serviceinformation avser parterna den genom lag (1993:584) om medicintekniska produkter stadgade skyldigheten att tillhandahålla information och rådgivning om daglig drift och hantering av medicintekniska produkter, som används eller som ska användas på den enhet i hälso- och sjukvården där serviceinformationen ges.

Serviceinformation omfattar information om handhavande av produkter i användning, inklusive produktuppdateringar och ersättningsprodukter, servicebesök och uppföljning av dessa och ska tillföra hälso- och sjukvårdspersonalen nytta i den dagliga yrkesutövningen. Företag får inte benämna information eller besök serviceinformation, i syfte att marknadsföra andra produkter.

Serviceinformation bör, om relevant, ges till en grupp av medarbetare på mottagarnas arbetsplats. Informationen bör ges under arbetstid och utgå från hälso- och sjukvårdens behov och efterfrågan.

Utöver vad som anges i upphandlingskontraktet kan den som tillhandahåller serviceinformation stå för samtliga relevanta kostnader för att serviceinformationen ska kunna genomföras, dock i enlighet med de grundläggande principerna i detta regelverk.

## **6. Produktinformation**

Med produktinformation avses sammankomst med information om egenskaper, funktioner och handhavande av läkemedel eller medicintekniska produkter. Innehållet ska ge deltagarna aktuell och relevant information. För medicintekniska produkter ges produktinformation när det avser produkter som inte är upphandlade eller finns upptagna i läkemedelsförmånen och som ännu inte används i hälso- och sjukvården, det vill säga en aktivitet i marknadsföringssyfte.

Inbjudan till sammankomst skickas alltid till verksamhetschefen eller den person denne utsett. Kopia på inbjudan får skickas till relevanta medarbetare, det vill säga den huvudsakliga målgruppen för sammankomsten. Verksamhetschefen ska i sådana fall informeras om att kopia på inbjudan har skickats samt vilka individer eller målgrupper som är mottagare.

Inbjudan ska innehålla information om innehåll, tidsmässig omfattning och, om möjligt, tid och plats. I rubriken ska det anges att det handlar om produktinformation. Inbjudans utformning ska ske så att det tydligt framgår att informationen inte är produktneutral.

Den som deltar i en sammankomst om produktinformation ansvarar för att arbetsgivarens godkännande för deltagande är inhämtat.

Produktinformation ska företrädesvis ske till grupp av medarbetare på mottagarens arbetsplats och på arbetstid.

## 7. Övriga sammankomster

Övriga sammankomster kan röra olika former av kompetensutveckling, t.ex. terapiinriktad utbildning, seminarier, vetenskaplig sammankomst, kongresser och symposier.

### a. Sammankomster arrangerade av eller i samarbete med industrin

Industrin kan själva, eller i samarbete med vården eller tredje part, arrangera, bekosta och stå som avsändare för sammankomster riktade till medarbetare i hälso- och sjukvården. Det vetenskapliga och yrkesinriktade programmet ska utgöra den dominerande delen av och syftet med den aktuella sammankomsten.

Industrin får endast erbjuda sammankomster som har en koppling till företagets eget verksamhetsområde.

Inbjudan till sammankomst skickas alltid till verksamhetschefen eller den person denne utsett. Med inbjudan avses även förhandsinbjudan. Kopia på inbjudan får skickas till relevanta medarbetare det vill säga den huvudsakliga målgruppen för sammankomsten. Verksamhetschefen ska i sådana fall informeras om att kopia på inbjudan har skickats samt vilka individer eller målgrupper som är mottagare.

Läkemedelsföretag ska också skicka kopia på inbjudan för kännedom till berörda läkemedelskommittéer. Medicintekniska företag ska, om relevant, skicka kopia till berörda medicintekniska chefer.

I inbjudan ska syfte och innehåll, den tidsmässiga omfattningen av den planerade sammankomsten, tid och plats, de kostnader företaget eventuellt avser stå för, samt eventuella sidoarrangemang anges. Om produktinformation förekommer ska detta tydligt framgå av programmet och av inbjudan.

Sammankomsten ska normalt tillhandahållas på deltagarens arbetsplats, eller på samma ort som deltagarnas arbetsplats är belägen, eller så nära denna ort som möjligt, om inte särskilda skäl motiverar annat.

Deltagare i sammankomster får inte erbjudas arvode av företag och deltagare har inte rätt att motta eller begära arvode för sitt deltagande.

Den medarbetare som deltar i en sammankomst ansvarar för att arbetsgivarens godkännande för deltagande är inhämtat.

Industrin får bekosta lokal, föredragshållare, studiematerial, måttfulla måltider och liknande som är nödvändigt för sammankomstens genomförande.

Resor och logi får inte bekostas av industrin, eller begäras av enskilda deltagare.\*

#### **\*Övergångsregel under 2014**

För sammankomster som äger rum under den begränsade perioden från 1 januari 2014 till och med den 31 december 2014, kan industrin för en medarbetare i hälso- och sjukvården bekosta som mest 50 % av resor, kost och logi samt hela deltagaravgiften i enlighet med föregående branschöverenskommelser.

**b. Sammankomster arrangerade av hälso- och sjukvården eller tredje part**

Vid en sammankomst arrangerad av eller på uppdrag av hälso- och sjukvården eller en intresseförening som organiserar medarbetare inom hälso- och sjukvården, ska det vetenskapliga och yrkesinriktade programmet utgöra den dominerande delen och syftet med den aktuella sammankomsten, för att industrin ska ha möjlighet att delta som sponsor.

Med sponsring menas ekonomiskt eller annat stöd och det innefattar en marknadsmässig motprestation såsom t.ex. utställningsplats, möjlighet till produktdemonstrering eller annan form av exponering. Sponsring skiljer sig från en donation, där en motprestation saknas. Vilka som är sponsorer ska kommuniceras i god tid innan sammankomsten.

Industrin får endast erbjuda sponsring till sammankomster som har koppling till företagets egna verksamhetsområden.

De intäkter hälso- och sjukvården eller intresseförening erhåller från sponsorer får enbart täcka faktiska, dokumenterade, skäliga och direkta kostnader som är nödvändiga för att de yrkesmässiga delarna av en sammankomst ska kunna genomföras. Exempel på sådana kostnader är föredragshållare, lokal, måttfulla måltider i anslutning till den vetenskapliga delen av sammankomsten eller kostnader för utbildningsmaterial. Sponsring av sammankomster där måltiden utgör den enda faktiska kostnaden får inte begäras eller erbjudas.

Vid förfrågan om sponsring ska arrangören tillhandahålla en fullständig budget för aktiviteten som beslutsunderlag, där bland annat ovan nämnda kostnader preciseras.

Det ekonomiska utfallet av sammankomsten ska redovisas inom sex månader efter avslutad aktivitet. Om intäkterna från sponsorer för en sammankomst genererar ett överskott till arrangören, ska som huvudregel en återbetalning ske till de företag som har deltagit som sponsorer.

Sponsring av hälso- och sjukvårdens ordinarie verksamhet och interna aktiviteter får inte förekomma t.ex. enskild kliniks utbildning, planeringskonferenser eller personalfester. Inte heller får sådan sponsring begäras eller erbjudas.

Resor, logi och deltagaravgift får inte bekostas av industrin, eller begäras av enskilda deltagare.\* Bokning av resa och logi får ej ombesörjas av industrin.

**\*Övergångsregel under 2014**

*För sammankomster som äger rum under den begränsade perioden från 1 januari 2014 till och med den 31 december 2014 kan industrin för en medarbetare i hälso- och sjukvården bekosta som mest 50 % av resor, kost och logi samt hela deltagaravgiften i enlighet med föregående branschöverenskommelser*



## 8. Konsultation och uppdrag

Medarbetare och högre befattningshavare inom hälso- och sjukvården utgör många gånger ett viktigt inslag i olika aktiviteter, till exempel forskning, utbildning, konferenser, produktutveckling och rådgivande organ, så kallade advisory boards. Medverkan bör normalt vara ett uppdrag i tjänsten. Om uppdraget är av konsultativ karaktär ska den betraktas som bisyssla. I sådana sammanhang ska arbetsgivarens bisyssleregler tillämpas.

Uppdraget ska vara skriftligt överenskommet mellan medarbetaren, medarbetarens arbetsgivare och företaget. Hos en offentlig arbetsgivare utgör överenskommelsen allmän handling. Ersättning för utfört arbete ska vara skälig i förhållande till arbetets innehåll och nedlagd tid och eventuell kostnadsersättning ska ges i enlighet med arbetsgivarens regler för resor och traktamente. Inga andra förmåner, ersättningar eller gåvor får förekomma. Ersättning för uppdrag i tjänsten ska utbetalas till arbetsgivaren.

Att medverka i ett advisory board är ett uppdrag där industrin engagerar och arvoderar medarbetare i hälso- och sjukvården för att ge oberoende råd och bidra med kunskap inom ett särskilt område där kunskapen inte kan erhållas inom företaget och företaget avser att vidta åtgärder utifrån den information som inhämtats. Ett advisory board utgör därmed en mindre grupp med ett fåtal deltagare och antalet medarbetare som anlitas ska inte vara högre än vad som är nödvändigt för att uppnå det identifierade målet. Urvalskriterierna vid val av medarbetare ska vara baserade på det identifierade behovet och ansvariga personer från industrin ska ha den erfarenhet som krävs för att kunna utvärdera om en viss person inom hälso- och sjukvården uppfyller dessa krav. Ett advisory board är en aktivitet som inte får syfta till att påverka deltagarna.

## 9. Samarbetsprojekt mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin kan se ut på många olika sätt och ha olika syften och ändamål. För bland annat kliniska prövningar har särskilda avtal träffats och förutsättningarna för dessa regleras i särskild ordning.

Med samarbetsprojekt mellan läkemedelsföretag och hälso- och sjukvården avses i dessa regler samverkan i projektform i syfte att förbättra patientstöd, höja vårdkvaliteten eller på annat sätt bidra till ökad patientnytta.

För sådana projekt gäller följande;

Projektförslag ska gå till verksamhetschefen som informerar eventuella relevanta instanser.

Ett avtal om samarbetsprojekt är inte ett personligt uppdrag till en enskild medarbetare utan avtal tecknas mellan företag och enhet inom hälso- och sjukvården. Avtalet får inte innebära exklusivitet för företag att tillhandahålla vissa typer av tjänster till en eller flera vårdgivare.

Både hälso- och sjukvården och företaget bidrar till projektet med resurser såsom ekonomiska medel, material och arbetstid.

Projektplan ska finnas med reglering bland annat av hur projektet ska utvärderas. Samarbetet ska redovisas öppet i LIF:s samarbetsdatabas.

## **10. Referenskund**

Med referenskund avses en enhet inom hälso- och sjukvården där medicintekniska produkter och tjänster görs tillgängliga för kunder och intressenter i syfte att utveckla och sprida kunskap om produkter eller tjänsters funktion i daglig drift.

För att ett företag ska kunna ange en enhet som referenskund ska ett avtal som reglerar alla delar av relationen upprättas mellan parterna. I avtalet ska det anges på vilket sätt företaget får använda referenskunden i marknadsföringssyfte.

## **11. Marknadsundersökningar**

Marknadsundersökningar är enkäter, intervjuer och fokusgrupper med olika mål och upplägg och får endast ha som syfte att inhämta information, åsikter och attityder. Undersökningar får inte syfta till att påverka respondent eller förmedla säljbefrämjande kontakter. När företag som omfattas av dessa samverkansregler låter genomföra marknadsundersökningar ska den som utför undersökningen följa de etiska riktlinjerna för marknadsundersökningar enligt ICC/ESOMAR.

Förfrågan om deltagande i marknadsundersökning får endast ske via e-post, SMS, brev eller fax om inte annat överenskommit i det enskilda fallet.

Andelen respondenter får inte överskrida det antal som är nödvändigt för att uppnå rimlig säkerhet i resultatet. Respondenters svar ska behandlas strikt konfidentiellt och i enlighet med personuppgiftslagen (PUL).

Ersättning för deltagande får inte överskrida vad som är rimligt i förhållande till tidsinsatsen. För snabbt genomförda marknadsundersökningar via telefon eller enkät ska ingen eller endast en symbolisk ersättning utgå. För mer tidsomfattande marknadsundersökning, till exempel med djupintervju, kan en ersättning utgå som motsvarar tidsåtgången, dock högst 2,5 procent av gällande prisbasbelopp/KPI.

Respondenten ansvarar för att vid behov inhämta arbetsgivarens samtycke. Vid ekonomisk ersättning för deltagande i marknadsundersökning som har koppling till yrkesutövningen, bör alltid arbetsgivarens samtycke inhämtas.

## **12. Upphandling**

En stor del av samarbetet mellan hälso- och sjukvård och industri rör enskilda produkter som är eller kan komma att bli föremål för upphandling. I sådana situationer är det särskilt viktigt att hälso- och sjukvårdens medarbetare och företagen upprätthåller ett oberoende förhållningssätt gentemot varandra och i enlighet med de regler som finns i lagstiftningen.

Kommunikation (före, under och efter upphandling) mellan företag och upphandlande myndighet främjar en god affär. Den upphandlande myndigheten ansvarar för att informera hälso- och sjukvård och företag om att upphandling pågår.

När ett produktområde står under upphandling är det viktigt att deltagande från hälso- och sjukvården/inköp och företagen kommunicerar på ett sätt som överensstämmer med gällande upphandlingsförfarande.

### **13. Stipendier**

Industrin får finansiera stipendium som riktas till hälso- och sjukvården. Ett stipendium delas ut efter nominering till personer för att främja ett visst ändamål. Företag får endast ge stipendium inom ett område som har koppling till företagets egna verksamhetsområden.

Stipendiet ska vara av yrkesförkovrande natur, till exempel framtida utbildning och forskning eller liknande och ska ge mervärde till hälso- och sjukvården. Urvalskriterier, ändamål, stipendiekommitté, motiv till val av stipendiat samt stipendiegivare ska vara offentligt och transparent.

Medarbetare i hälso- och sjukvården ska alltid informera sin arbetsgivare om att stipendium kommer att erhållas. Stipendium får inte utgöra ersättning för arbete för arbetsgivarens räkning.

Stipendium får inte utges till hälso- och sjukvårdens medarbetare för att kringgå intentionerna med dessa samverkansregler.

### **14. Donationer**

Donationer får inte ges till hälso- och sjukvårdens interna aktiviteter eller ordinarie verksamhet. Industrins donationer får aldrig begäras eller erbjudas för att finansiera sociala aktiviteter.

Industrins donationer till hälso- och sjukvården får endast ges till forskning och utveckling (FoU) och under förutsättning att donationen är transparent, väldokumenterad, samt i enlighet med denna överenskommelse och dess intentioner.

Donationer får dock inte på något sätt kopplas till tidigare, nuvarande eller potentiellt framtida användning, rekommendation, försäljning eller förskrivning av givarens produkter eller tjänster.



## SAMMANTRÄDESKALENDER ÅR 2014

2013-11-22

| Organ                                                                                                                                                                                       | Jan                       | Feb                        | Mars                      | April                    | Maj                    | Juni                 | Juli | Aug                    | Sep                        | Okt                    | Nov                            | Dec                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------|------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Landstingsfullmäktige</b><br>* Interpellationer inges senast kl 15:00<br>* Landstingsfullmäktiges presidium kl 9-15<br>* Kungörelse/handlingar utsänds                                   |                           | 11-12<br>31/1<br>28/1<br>3 |                           | 15-16<br>4<br>1<br>7     |                        | 17-18<br>5<br>3<br>9 |      |                        |                            | 21-22<br>10<br>7<br>13 | 25<br>14<br>11<br>17           | 16<br>5<br>2<br>8         |
| <b>Landstingsstyrelsen</b> , beslutsärenden dag 2 kl 13:00<br>* Ärende inges senast<br>* Presidieberedning kl 8:30-12:00 <sup>a</sup> kl 9-12<br>* Kallelse/Föredragningslista distribueras | 21-22<br>19/12<br>7<br>13 | 18-19<br>23/1<br>4<br>10   | 18-19<br>20/2<br>3*<br>10 | 28-29<br>28/3<br>8<br>14 | 27-28<br>2<br>13<br>19 |                      |      | 26-27<br>1<br>12<br>18 | 30/9-1/10<br>4<br>16<br>22 |                        | 4-5<br>9/10<br>20/10*<br>27/10 | 9<br>13/11<br>24/11*<br>1 |
| <b>Presidieträff fullmäktige, beredningar och styrelse</b><br>kl 15:00-17:00                                                                                                                |                           | 28/1                       |                           |                          |                        | 3                    |      |                        |                            | 7                      |                                |                           |
| <b>Förtroendemannautbildning</b>                                                                                                                                                            |                           |                            |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                |                           |
| <b>Beredningen för demokrati och folkhälsa</b>                                                                                                                                              | 20                        |                            | 17                        |                          |                        | 3                    |      |                        | 23                         |                        | 18                             | 5*                        |
| <b>Beredningen för vård och rehabilitering</b>                                                                                                                                              |                           | 5                          |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                | 5*                        |
| <b>Särskilda budgetberedningen</b>                                                                                                                                                          |                           | 28/1                       |                           | 1                        |                        | 3                    |      |                        |                            | 7                      | 11                             | 2                         |
| <b>Ekonomiutskottet</b>                                                                                                                                                                     |                           |                            |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                |                           |
| <b>Etiska utskottet</b> 8.30-12                                                                                                                                                             | 24                        |                            | 28                        |                          | 23                     |                      |      | 29                     |                            | 24                     |                                | 19                        |
| <b>Personalpolitiska utskottet</b>                                                                                                                                                          |                           |                            |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                |                           |
| <b>Länets handikappråd</b>                                                                                                                                                                  | 23                        |                            |                           |                          |                        | 5                    |      |                        | 25                         |                        |                                | 11                        |
| <b>Pensionärsrådet</b>                                                                                                                                                                      | 30                        |                            | 27                        |                          |                        | 12                   |      | 28                     |                            | 16                     |                                | 4                         |
| <b>Landstingets revisorer</b>                                                                                                                                                               |                           |                            |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                |                           |
| <b>Patientnämnden</b>                                                                                                                                                                       | 23                        |                            | 20                        |                          | 19                     |                      |      |                        | 11                         | 16                     |                                | 11                        |
| <b>Direktionen för Norrlandstingens regionförbund</b>                                                                                                                                       |                           | 27-28                      |                           |                          | 20-21                  |                      |      |                        | 23-24                      |                        |                                | 2-3                       |
| <b>Landstingskommittén</b>                                                                                                                                                                  |                           |                            |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                |                           |
| <b>Landstingsdirektörens ledningsgrupp</b>                                                                                                                                                  | 8, 15,<br>29              | 5, 19                      | 4, 19                     | 2, 15, 30                | 14, 28                 | 11                   |      | 13, 27                 | 10-11, 23                  | 8, 15,<br>21           | 5, 19                          | 2, 17                     |
| <b>Regionförbundet Jämtlands län</b>                                                                                                                                                        |                           | 10                         | 10                        | 28                       |                        | 16                   |      |                        | 8                          | 6                      |                                | 8                         |
| <b>Politiska organisationen efter 2014 h=held k=9-12</b>                                                                                                                                    |                           |                            |                           |                          |                        |                      |      |                        |                            |                        |                                |                           |

**\*Beredningarnas FRAMTIDSDAG**

Samordningskansliet  
Daniel Nilsson  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@jll.se

2013-12-02

LS/349/2013

## Landstingsstyrelsens uppföljnings- och internkontrollplan 2014

### Uppföljningsplan

| Ämnesområde                                                                                                                                                                                                                                                            | Föredragande tjänstemän                              | Styrelsemöte    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------|
| Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen <ul style="list-style-type: none"><li>- Landstingsdirektörens rapport</li><li>- FoU-frågor, lägesbeskrivning och redovisning av fördelning av FoU-medel</li><li>- Lokalförsörjning och Fastighetsstrategi</li></ul> | Landstingsdirektör<br>FoU-chef<br><br>Fastighetschef | 21 – 22 januari |
| Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning <ul style="list-style-type: none"><li>- Planeringsförutsättningar 2015 -2018</li><li>- Centrumredovisning</li></ul>                                               | Planeringschef<br>Centrumchefer                      | 21 – 22 januari |
| Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. <ul style="list-style-type: none"><li>- Landstingsbostäder i Jämtland AB</li></ul>                                                                                     | Kanslichef                                           | 21 – 22 januari |

| <p>Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsdirektörens rapport</li> <li>- Patientsäkerhetsberättelse, resultat och aktiviteter 2013</li> <li>- Bättre liv för sjuka äldre; beskrivning av process, resultat 2013 och plan 2014</li> <li>- Säkerhetsarbetet, rapport 2013 och plan 2014</li> <li>- Miljö, rapport 2013 och plan 2014</li> <li>- Tillgänglighet och Vårdgaranti, analys av avvikelse 2013 och plan för 2014</li> <li>- Öppna jämförelser 2013, analyserad rapport</li> </ul> | <p>Landstingsdirektör<br/>Chef patientsäkerhetsenheten<br/>Handläggare äldrefrågor</p> <p>Kanslichef<br/>Miljöstrateg</p> <p>HS-chef</p> | 18 – 19 februari |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <p>Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemensam nämnd Frostviken</li> <li>- Gemensamma nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter</li> <li>- Regionförbundet Jämtlands län</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | <p>Chef Beställarenheten</p> <p>Chef upphandling<br/>Planeringschef</p>                                                                  | 18 – 19 februari |
| <p>Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppföljning läkemedel och riks- och regionvård</li> <li>- Uppföljning landstingsövergripande projekt</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Planeringschef<br/>HS-chef/Projektledare</p>                                                                                          | 18 – 19 februari |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                          |                  |
| <p>Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsdirektörens rapport</li> <li>- Årsbokslut 2012, inkl bolag och privata utförare</li> <li>- Likviditetsrapport</li> <li>- Personalbokslut</li> <li>- Riks o Regionvård</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Landstingsdirektör<br/>Ekonomichef<br/>Finansekonom<br/>Personalchef<br/>Planeringschef</p>                                           | 20 – 21 mars     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Läkemedel</li> <li>- Jämställdhet och mångfald</li> <li>- Uppföljning beställd primärvård</li> <li>- Uppföljning vårdavtal</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            | Läkemedelsstrateg<br>Mångfaldsstrateg<br>Projektledare beställarenheten<br>Chef beställarenheten                                                                     |               |
| Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppföljning styrelsens internkontrollplan</li> </ul>                                                                                                                                                                                        | Landstingsdirektör                                                                                                                                                   | 20 – 21 mars  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      |               |
| Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsdirektörens rapport</li> <li>- E-hälsa</li> <li>- Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan</li> <li>- Miljöbokslut och plan 2014</li> <li>- Uppföljning hälsofrämjande arbete</li> <li>- Kompetensförsörjning</li> <li>- Uppföljning landstingsövergripande projekt</li> </ul> | Landstingsdirektör<br>IT-chef, Kommunikationschef<br>HS-chef, landstingsöverläkare<br>Miljöstrateg<br>Chef Folkhälsocentrum<br>Personalchef<br>HS-chef/Projektledare | 28 – 29 april |
| Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inera AB</li> <li>- Regionförbundet Jämtlands län</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | IT-chef<br>Planeringschef                                                                                                                                            | 28 – 29 april |
| Övriga ärenden till styrelsen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sammanträdestider för 2015</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fullmäktiges sekreterare                                                                                                                                             | 28 – 29 april |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      |               |
| Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsdirektörens rapport</li> <li>- Delårsbokslutapril</li> <li>- Likviditetsrapport</li> </ul>                                                                                                                                                                                          | Landstingsdirektör<br>Ekonomichef<br>Finansekonom                                                                                                                    | 27 – 28 maj   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsplan 2014-2016, inkl fastighetsinvesteringar</li> <li>- Patientenkäter och vårdbarometer, resultat från nationella och lokala enkäter/mätningar</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | Ekonomichef, fastighetschef<br>Verksamhetsutvecklare                                                                                                      |                          |
| <p>Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LÖF</li> <li>- Samordningsförbundet i Jämtlands län</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | Ekonomichef<br>Planeringschef                                                                                                                             | 27 – 28 maj              |
| <p>Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uppföljning styrelsens internkontrollplan</li> <li>- Presentation internkontrollplan 2015</li> </ul>                                                                                                                                                    | Landstingsdirektör<br>Kanslichef                                                                                                                          | 27 – 28 maj              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                          |
| <p>Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsdirektörens rapport</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  | Landstingsdirektör                                                                                                                                        | 26 – 27 augusti          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                          |
| <p>Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Landstingsdirektörens rapport</li> <li>- Delårsbokslut augusti</li> <li>- Likviditetsrapport</li> <li>- Jämställdhet och mångfald</li> <li>- Patientsäkerhet, resultat, åtgärder</li> <li>- LD:s verksamhetsplan för 2015</li> <li>- FoU</li> <li>- Uppföljning landstingsövergripande projekt</li> </ul> | Landstingsdirektör<br>Ekonomichef<br>Finansekonom<br>Mångfaldsstrateg<br>Chef patientsäkerhetsenheten<br>Ekonomichef<br>FoU-chef<br>HS-chef/Projektledare | 30 september – 1 oktober |
| <p>Styrelsens information om frågor som kan inverka på landstingets utveckling och ekonomiska ställning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeringsförutsättningar 2016 -2018</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         | Planeringschef                                                                                                                                            | 30 september – 1 oktober |

|                                                                                                 |                               |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| - Uppföljning styrelsens internkontrollplan                                                     | Landstingsdirektör            |                          |
| Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. |                               | 30 september – 1 oktober |
| - Landstingsbostäder i Jämtland AB                                                              | Kanslichef                    |                          |
|                                                                                                 |                               |                          |
| Styrelsens ledning och samordning av förvaltningen                                              |                               | 4 – 5 november           |
| - Landstingsdirektörens rapport                                                                 | Landstingsdirektör            |                          |
| - ledningssystemet; status och tillämplighet, riktighet och effektivitet (SOSFS 2011:9)         | Kanslichef                    |                          |
| - Styrelsens uppföljnings- och internkontrollplan för 2015                                      | Kanslichef                    |                          |
| - Uppföljning av kunskapsstyrning                                                               | HS-chef                       |                          |
| - Samverkan med kommunerna; SVOM och Barnarenan                                                 | HS-chef, landstingsöverläkare |                          |
| - Brukardialoger, uppföljning, redovisning av pågående arbete                                   | HS-chef                       |                          |
| Styrelsens uppsiktsskyldighet över kommunal verksamhet som drivs i företag och kommunalförbund. |                               | 4 -5 november            |
| - Norrlandstingens regionförbund, NRF                                                           | Planeringschef                |                          |
|                                                                                                 |                               |                          |
| Övriga ärenden till Styrelsen                                                                   |                               | 9 december               |
| - Årsavtal med Stiftelsen Jamtli                                                                | Kanslichef                    |                          |
| Styrelsens begäran om yttranden och upplysningar från nämnder och beredningar – motsvarande     |                               | 9 december               |
| - Revisionsplan 2015                                                                            | Revisionsdirektör             |                          |
| - Patientnämndens verksamhet 2015                                                               | Chef patientnämnden           |                          |

## Internkontrollplan

| Process/rutin                         | Riskbild                                                                                                       | Riskbedömning | Åtgärd/kontrollmoment                            | Ansvarig att kontroller utförs/tidpunkt för uppföljning |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Lokalförsörjning och fastighet</b> |                                                                                                                |               |                                                  |                                                         |
| Lagefterlevnad                        | Följs gällande lagar och reglementen inom fastighetsområdet                                                    |               | Se över gällande bestämmelser                    | Våren 2014<br>Fastighetschef                            |
| Vattenförsörjning                     | Sjukhuset blir helt utan vatten vid läckage                                                                    |               | Uppföljning med Östersunds kommun                | Våren 2014<br>Fastighetschef                            |
| <b>Ekonomi</b>                        |                                                                                                                |               |                                                  |                                                         |
| Avtalstrohet                          | Följs Lagen om offentlig upphandling                                                                           |               | Följ upp gjorda upphandlingar                    | Våren 2014<br>Ekonomichef                               |
| <b>Patientsäkerhet</b>                |                                                                                                                |               |                                                  |                                                         |
| Information till patienter            | Risk att patientinformation ej kan förstås av samtliga vårdtagare (ex. språkliga svårigheter, funktionshinder) |               | Kontrollera efterlevnad av läkemedelsberättelsen | Hösten 2014<br>Hälso- och sjukvårdschef                 |
| Vårdrelaterade infektioner            | Förekomst av vårdrelaterade infektioner                                                                        |               | Vilka rutiner finns? Följs dem? Stickprov        | Hösten 2014<br>Hälso- och sjukvårdschef                 |
| Avvikelser                            | Följs rutiner för avvikelserapportering                                                                        |               | Kontroll av avvikelssystemet                     | Våren 2014<br>Hälso- och sjukvårdschef                  |



| <b>Medarbetare</b>                      |                                                                                          |  |                                                          |                                         |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Handledning                             | Brist på tillgång av handledning för nya medarbetare                                     |  | Finns introduktionsprogram och handledarstöd?            | Våren 2014<br>Personalchef              |
| Sjukfrånvaro                            | Enheter med hög sjukfrånvaro                                                             |  | Följ upp arbetsmiljö vid berörda enheter                 | Hösten 2014<br>Hälso- och sjukvårdschef |
| Kompetens                               | Erhålls tillräcklig kompetensutveckling?                                                 |  | Översyn medarbetares kompetens kontra yrkesroll          | Hösten 2014<br>Personalchef             |
| <b>IT</b>                               |                                                                                          |  |                                                          |                                         |
| Avbrott/driftstörningar                 | Risk att vården påverkas av driftstörningar                                              |  | Se över befintliga rutiner för IT/kontroll av rutiner    | Våren 2014<br>IT-chef                   |
| Inköp IT-system                         | Risk för köp av system utanför IT-stabens kontroll                                       |  | Kontrollera                                              | Hösten 2014<br>IT-chef                  |
| <b>Ledning/styrning</b>                 |                                                                                          |  |                                                          |                                         |
| Lagefterlevnad                          |                                                                                          |  |                                                          |                                         |
| Implementering av nationella riktlinjer | Risk att riktlinjer inte implementeras i verksamheten                                    |  | Uppföljning av rutiner för att ta hand om implementering | Hösten 2014<br>Hälso- och sjukvårdschef |
| Informationsspridning                   | Risk att nya landstingsgemensamma regler/rutiner inte kommuniceras i hela organisationer |  | Regelbundna kontroller vid enheter                       | Våren 2014<br>kommunikationschef        |

| Säkerhet                 |                                                                 |  |                                                                       |                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Tillträde till sjukhuset | Risk att obehöriga tar sig in i huset.                          |  | Se över befintliga rutiner för inpassering                            | Hösten 2014<br>Fastighetschef |
| Utrymningsplaner         | Har alla medarbetare kunskap om nödutgångar, uppsamlingsplatser |  | Kontrollera via stickprov att utbildningar genomförs på olika enheter | Våren 2014<br>Beredskapschef  |
| Hot och våld             | Medarbetarsäkerhet                                              |  | Följ upp registrerade händelser och rutiner                           | Hösten 2014<br>Beredskapschef |
| Informationssäkerhet     | Basnivå för informationssäkerhetssystem                         |  | Antal BITS analyserade system                                         | Våren 2014<br>Beredskapschef  |
| Informationssäkerhet     | Journaler läses av obehöriga                                    |  | Logguppföljning                                                       | Hösten 2014<br>Beredskapschef |

## Årsavtal mellan Jämtlands läns landsting och Stiftelsen Jamtli för verksamhetsåret 2014

Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening är bildare av Stiftelsen Jamtli. Enligt stiftelseurkund från den 6 september 1973 ska verksamheten bekostas av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor.

Enligt stiftelsens stadgar - antagna 1974 - ”är stiftelsens ändamål att förvalta stiftelsens samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen äger även då så befinnes lämpligt, i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga”.

Landstinget i Jämtlands län, Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening har beskrivit huvuduppdraget i huvudmannadirektiv 2011-2014, fastställt av kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige. Utöver detta beskrivs den regionala museiverksamheten och dess utvecklingsområden i Regional Kulturplan för Jämtlands län 2012-2014, som en av de verksamheter med statligt stöd som ingår i kultursamverkansmodellen från 2012. Jämtlands läns landsting/Regionförbundet Jämtlands län lämnar följande uppdrag för verksamhetsåret 2014.

### § 1 UPPDRAG

I Kulturpolicy för Jämtlands län, antaget av samtliga fullmäktigeorgan i länet, anges att länets kulturinstitutioner har som målsättning att bidra till länsinvånarnas **livskvalitet** och till en kontinuerlig **förnyelse** av kulturlivet. Området ska medverka till att länets befolkning blir delaktig i och får del av länets kulturliv samt medverka till en positiv livsmiljö, hållbar utveckling och tillväxt.

Inom ramen för de nationella kulturpolitiska målen, huvudmannadirektivet och kulturplanen samt landstingets respektive regionförbundets ersättning som regleras i detta avtal, ska stiftelsen under verksamhetsåret 2014 särskilt beakta att:

- kunna bistå landstinget/regionförbundet med kunskapsunderlag inom sitt verksamhetsområde
- kunna företräda landstinget/regionförbundet i olika kulturarvsrelaterade sammanhang och i samarbeten på nationell och internationell nivå
- attrahera ungdomar samt stärka deras delaktighet
- mångfaldsfrågor, bland annat genom attitydfrämjande insatser för att stärka medborgarnas kunskaper och förståelse för andra kulturer. Stiftelsen Jamtli ska genomföra aktiviteter och utställningar som bidrar till att öka länsinvånarnas kunskaper om andra kulturer och sedvanor
- Jamtli aktivt ska delta i marknadsföringen av länet som besöksmål
- Jamtli garanterar god tillgänglighet för funktionshindrade. Insatser sker från 2014 enligt Jamtlis handlingsplan för ökad tillgänglighet.
- Jamtli är ett stöd för lokala aktörer gällande kulturarvet
- Jamtli är ett stöd för lokala aktörer gällande kulturarvsfrågor
- Jamtli förvaltar regionens medlemskap av EARLALL.

## § 2 MÅL OCH RESULTAT

Övergripande mål finns beskrivna i Huvudmannadirektiv för Stiftelsen Jamtli 2011-2014 och gäller som övergripande dokument. Följande målområden finns angivna;

### *Upplevelse och besöksmål*

- Stiftelsen attraherar nya grupper av besökare och bibehåller eller ökar kontinuerligt antal besök på anläggningen jämfört med tidigare år
- Graden av egenfinansiering är minst på 2008 års nivå.

### *Bevarande och förmedling av kulturarvet*

- Stiftelsen strävar efter att vara ledande inom utveckling av kulturarvspedagogisk verksamhet där barn- och ungdomar är en prioriterad grupp
- Stiftelsen bidrar till hållbar regional utveckling

### *Utveckla det regionala kulturlivet*

- Utveckla samverkan och öka den sociala gemenskapen för främjande av kulturell mångfald, demokratiskt medborgarskap och geografisk spridning av kulturutbud
- Stiftelsen bidrar genom sin verksamhet till att öka intresset för konst, foto och samtida uttryck

### *Effektmål 2014*

Utifrån ovanstående övergripande mål har stiftelsen att verka för att nedanstående effektmål uppnås för 2014:

- Antal besökare på Jamtli är minst 200 000.
- Antal skolbesök från Jamtli är minst 30 (särskilda medel avsatta)
- Jamtli utvecklar kulturarvspedagogik med nya brukargrupper
- Jamtli och/eller stiftelsens dotterbolag deltar i ett flertal nordiska eller europeiska samarbetsprojekt
- Inom ramen för regionalt uppdrag utvecklar Jamtli regionalt intressanta besöksmål i samverkan med lokal och nationell nivå.

## § 3 UTVECKLING AV KVALITET OCH STRATEGISKA UTVECKLINGSSOMRÅDEN

Landstinget, regionförbundet och kommunen arbetar kontinuerligt med utveckling av kvalitet inom sina verksamheter och stiftelsen ska arbeta med nedanstående kvalitetsdimensioner i syfte att höja och säkra kvaliteten på verksamheten. Stiftelsen ansvarar för och genomför löpande utvärderingar av verksamheten där besökare ges möjlighet att lämna synpunkter avseende kvalitet. Huvudmännen ska årligen få en återkoppling av resultatet av kvalitetsarbetet via årsredovisningen. Uppföljning av kvantitativa och kvalitativa resultatmått avseende det statliga bidraget ska inlämnas till regionförbundet senast den 1 april eller på annan tid som regionförbundet anger. Kulturdatabasen är verktyg för åiterrapportering. Stiftelsen ska redovisa vilka aktiviteter som genomförts och resultatet av utvärderingar.

Följande kvalitetsdimensioner ska redovisas:

- Tillgång/tillgänglighet
- Inflytande och deltagande
- Bemötande
- Kompetens
- Samverkan

Följande utvecklingsområden ska redovisas:

- Integration och mångfald
- Ett ekologiskt hållbart län
- Folkhälsa, Barn och unga
- Jämställdhet
- Internationalisering

#### § 4 NYCKELTAL

För att bättre kunna följa upp verksamheten har ett antal nyckeltal utarbetats. Följande nyckeltal ska redovisas i årsredovisningen per den 31 december varje år.

| Nyckeltal/volymtal                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Öppethållande på Jamtli</i></b>                                                 |
| Öppettider                                                                            |
| Antal öppettidagar                                                                    |
| Antal dagar med kvällsöppet (efter kl.18.00)                                          |
| Antal öppettimmar/vecka i genomsnitt                                                  |
| <b><i>Antal besök</i></b>                                                             |
| Antal avgiftsfria besök                                                               |
| Antal sålda årskort                                                                   |
| Antal deltagare i mångfaldsarbete på flykt, från åk 9                                 |
| Antal besök barn/ungdom                                                               |
| Antal besök skolor/förskolor                                                          |
| Jamtli's skolbesök; antal och redovisning innehåll                                    |
| Antal besök hemsida                                                                   |
| <b><i>Publika aktiviteter</i></b>                                                     |
| Visningar totalt                                                                      |
| därav skolor/förskolor                                                                |
| Stadsvandringar/exkursioner                                                           |
| därav skolor/förskolor                                                                |
| Kurser, studiecirklar ledda av museets personal                                       |
| därav skolor/förskolor                                                                |
| Övrig programverksamhet på Jamtli                                                     |
| därav skolor/förskolor                                                                |
| Övrig programverksamhet utanför Jamtli                                                |
| därav skolor/förskolor                                                                |
| <b><i>Utställningar</i></b>                                                           |
| Antal tillfälliga utställningar                                                       |
| Antal egenproducerade utställningar                                                   |
| Antal samproducerade utställningar                                                    |
| Antal inlånade utställningar                                                          |
| därav nyproducerade                                                                   |
| Antal utställningar med ersättning enligt MU- avtal (riktlinjer ersättning konsulter) |
| Antal utställda konstnärer                                                            |
| varav kv/mån                                                                          |
| varav svenska/utländska                                                               |

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <b>Samverkansprojekt</b>                                |
| Omslutning regionala projekt (kr)                       |
| Omslutning internationella projekt (kr)                 |
| Antal lokala samverkansprojekt                          |
| <b>Informationsinsatser</b>                             |
| Antal utställningskataloger                             |
| Antal studie-/undervisningsmaterial                     |
| Antal andra publikationer/trycksaker                    |
| Antal mässor där Jamtli deltagit                        |
| <b>Samlingar</b> (den 31 dec)                           |
| Antal föremål                                           |
| därav dokumenterade i digital form                      |
| Antal fotografier                                       |
| därav dokumenterade i digital form                      |
| Antal volymer till bibliotek                            |
| därav dokumenterade i digital form                      |
| Arkivalier hyllmeter                                    |
| därav dokumenterade i digital form                      |
| <b>Personal</b>                                         |
| Antal årsverken                                         |
| med minst 3 års högskolestudier                         |
| Antal lönebidragsanställda                              |
| Andel kvinnor/män                                       |
| Antal visstids- och timanställda                        |
| Antal uppdrags- och intäktsfinansierade årsverken       |
| Antal årsverken i barn- och ungdomsverksamheten         |
| <b>Ekonomi</b>                                          |
| Omsättning totalt                                       |
| därav statligt stöd                                     |
| därav regionalt stöd (kommun och landsting)             |
| därav EU stöd                                           |
| därav inträdesavgifter                                  |
| Andel egenfinansiering (%)                              |
| H-männens driftanslag i relation till totala intäkterna |

## § 5 UPPFÖLJNING, UTVÄRDERING och INFORMATION

Regionförbundet övertar i samarbete med landstinget arbetet att utföra den löpande årliga uppföljningen som gäller verksamheten, det regionala uppdraget och utvecklingsområden som beskrivs i kulturplanen gällande stiftelsen Jamtli.

Jamtli styrelse ska ha utarbetade rutiner för intern kvalitetskontroll och utvärdering. Kontrollen skall omfatta såväl kvalitet ur ett besökarperspektiv som skötsel av fastigheter och anläggningar.

De angivna effektmålen och nyckeltalen följs upp årligen. Redovisning av måluppfyllelse lämnas av stiftelsen vid delårsuppföljningen den 30 april och den 31 augusti samt i årsredovisningen. Uppföljning av alla nyckeltal ska göras i samband med preliminärt bokslut senast den 13 februari varje år. Redovisning ska skickas in till landstinget och till

Regionförbundet Jämtlands län löpande utan begäran och senast en vecka efter månads-skiftet (avser delårsboksluten).

Stiftelsens bolag redovisas i särskild ordning första veckan i juni månad.

Användningen av det statliga bidraget återrapporteras till Regionförbundet senast den 1 april.

## § 6 MILJÖ

Styrelsen har att följa kommunens och landstingets miljöpolicys i sitt miljöarbete för ekologisk hållbar utveckling.

## § 7 ERSÄTTNING FÖR UPPDRAGET

Ersättning för uppdraget som regleras i detta avtal avser ersättning för del av uppdraget, där landstinget och kommunen gemensamt ansvarar för verksamheten enligt fördelning (65/35). Ersättning för 2014 års basuppdrag för det regionala museiuppdraget utgår med 15 381 tkr, uppräknat med 2,1 % från 2013 års nivå. Ersättningen avser alla drift-kostnader inklusive kostnader för lönerörelsen 2014. Ersättningen avser såväl drift- som investeringskostnader. Ersättningen utbetalas av Jämtlands läns landsting, månadsvis i förskott den 20:e varje månad, mot faktura. Därtill erhåller Jamtli för avtalsperioden det statsbidrag för regional museiverksamhet som utgår från Regionförbundet Jämtlands län och regleras i kulturplanen, (för 2013 med 8 292 tkr). Beslut om fördelning av bidrag år 2014 tas i regionstyrelsen den 10 mars 2014. Nivån kan påverkas av statliga beslut gällande bidrag till regional kulturverksamhet. Stiftelsen Jamtli ska så långt det är möjligt bära sina egna kostnader där styrelsen förväntas aktivt arbeta för att höja graden av egenfinansiering. Om förändringar behöver göras avseende ersättningsnivån eller väsentliga förändringar i verksamheten, ska en dialog föras mellan huvudmännen och stiftelsen.

Utöver ersättning till basuppdraget, erhåller stiftelsen från landstinget:

1. Tidigare anvisande medel för bussning av skolelever enligt avtal, 200 tkr, används 2014 enligt följande:
  - mindre grupper av elever (max tal avgörs av Länstrafiken AB) erbjuds resa gratis till Jamtli på "tomma platser" hela året. Detta är resor som annars inte skulle gjorts av skolorna. För detta avsätts 50 tkr.
  - förstärkningspotten nyttjas för uppsökande verksamhet från Jamtli till länets skolor (150 tkr finansierar personal, resekostnader samt material) för uppskattningsvis 30 skolbesök (för en eller flera klasser på samma skola) under perioden feb-maj och sept-nov.
2. Stiftelsen erhåller ett årligt extra bidrag för investeringar på Jamtli, från vardera huvudman landstinget och kommunen, om 600 tkr. Bidraget uppgick under perioden 2007-2009 till 1 000 tkr av vardera huvudman. I samband med omställningsåtgärder sänktes bidraget till 600 tkr.
3. Stiftelsen erhåller från år 2013 ett ekonomiskt stöd med 250 tkr per år för verksamheten Nordiskt centrum för kulturarvspedagogik. Jamtli får även använda 100 tkr av ersättning för basuppdrag, som medfinansiering för NCK - verksamheten. Östersunds kommun har fattat motsvarande beslut.
4. Stiftelsen erhåller från år 2013 ett ekonomiskt stöd med 228 tkr för utveckling av det regionala uppdraget. Östersunds kommun bidrar till regionalt uppdrag med 122 tkr.



5. Stiftelsen erhåller fr.o.m. 2011 ett verksamhetsbidrag med 200 tkr för hyra av ett regionmagasin i ”Bergrum Lockne -Östersund-Rosbol 6:39”. Östersunds kommun lämnar ett bidrag med 100 tkr till hyra av magasin.

Ersättningen från huvudmännen uppgår totalt till 26 213 tkr varav landstinget 16 859 tkr och Östersunds kommun 9 354 tkr.

Det statliga bidraget uppräknas preliminärt med 2 %.

## § 8 AVTALSTID

Upprättat avtal gäller under perioden 1 januari 2014 – 31 december 2014.

## § 9 OMFÖRHANDLING

Båda parter äger rätt påkalla omförhandling om förutsättningarna för verksamheten väsentligt förändras under avtalsperioden.

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna tagit var sitt.

Östersund 2013 - -

Östersund 2013- -

För Jämtlands läns landsting

För Stiftelsen Jamtli

-----  
Harriet Jorderud  
Ordf. Landstingsstyrelsen

-----  
Lena Bäckelin  
Ordf. Stiftelsen Jamtli

-----  
Björn Eriksson  
Landstingsdirektör

-----  
Henrik Zip Sane  
Landsantikvarie



# **Strategi för riskhantering och krisberedskap**

**Version: 1**

**Ansvarig: Landstingsstyrelsen**

## ÄNDRINGSFÖRTECKNING

| Version | Datum      | Ändring  | Beslutat av         | Datum      |
|---------|------------|----------|---------------------|------------|
| 1.      | 2012-03-28 | Nyutgåva | Landstingsstyrelsen | 2012-03-28 |

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

|          |                                              |          |
|----------|----------------------------------------------|----------|
| <b>1</b> | <b>INLEDNING .....</b>                       | <b>4</b> |
| <b>2</b> | <b>ANSVAR .....</b>                          | <b>4</b> |
| <b>3</b> | <b>ÖVERGRIPANDE MÅLSÄTTNING .....</b>        | <b>4</b> |
| 3.1      | Grundläggande säkerhet .....                 | 4        |
| 3.2      | Kris- och katastrofmedicinsk beredskap ..... | 5        |
| <b>4</b> | <b>PLANERING OCH SAMORDNING .....</b>        | <b>5</b> |
| 4.1      | Regional kriskommitté .....                  | 5        |
| 4.2      | Landstingets övergripande riskteam.....      | 5        |
| 4.3      | Övning, träning och utbildning .....         | 6        |
| <b>5</b> | <b>KRISORGANISATION .....</b>                | <b>6</b> |
| 5.1      | Krisledningsnämnden.....                     | 6        |
| 5.2      | Särskild sjukvårdsledning .....              | 6        |

## 1 INLEDNING

---

Denna strategi beskriver det tillvägagångssätt som valts i Jämtlands läns landsting för att uppnå tillräcklig grundläggande säkerhet liksom kris- och katastrofmedicinsk beredskap.

Strategin utgår från ett antal författningskrav samt Policy för riskhantering och krisberedskap i Jämtlands läns landsting. Författningskraven redovisas närmare i respektive handlingsplan.

Den grundläggande säkerheten utgör basen för arbetet med kris- och katastrofmedicinsk beredskap.

Strategi för riskhantering och krisberedskap ersätter Landstingets strategi för krisberedskap med dnr LS/845/2006.

## 2 ANSVAR

---

Landstingsfullmäktige är ytterst ansvarig för all verksamhet i landstinget vilket inkluderar den grundläggande säkerheten och den kris- och katastrofmedicinska beredskapen.

Landstingsstyrelsen är ansvarig för verkställigheten av fullmäktiges beslut.

Alla chefer i linjeorganisationen ansvarar för att risk- och sårbarhetsanalyser görs i verksamheten och att det finns nödvändiga planer som stöd för att hantera en allvarlig händelse<sup>1</sup>. Ansvaret för att avvikelser rapporteras, analyseras och att resultatet bidrar till förbättringsåtgärder i verksamheten ligger också inom linjeansvaret.

Ansvar och befogenheter följer linjeorganisationen vilket innebär att alla medarbetare har ett egenansvar för dessa frågor i den egna verksamheten.

Smittskyddsläkaren bedömer och beslutar om epidemiledning ska träda i funktion.

## 3 ÖVERGRIPANDE MÅLSÄTTNING

---

### 3.1 Grundläggande säkerhet

Landstinget ska så långt det är ekonomiskt försvarbart och så kostnadseffektivt som möjligt skydda personal, tillgångar och verksamhet mot förluster, skador och avbrott. Målet är trygghet för både brukare och medarbetare.

Det övergripande målet gäller all verksamhet i landstinget.

---

<sup>1</sup> SOSFS 2005:13 **Allvarlig händelse:** En befarad eller inträffad händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

## 3.2 Kris- och katastrofmedicinsk beredskap

Medborgarna ska kunna lita på att landstinget kan erbjuda hälso- och sjukvård under alla tänkbara situationer. Landstinget ska fokusera på medborgarnas trygghet vid såväl specialistvård som primär- och närvård under såväl fred som höjd beredskap.

Det innebär att landstinget vid en allvarlig händelse ska kunna kraftsamla och genom att omfördela resurser upprätthålla normala medicinska kvalitetskrav för alla drabbade. Vid en katastrofsituation är målsättningen att kunna upprätthålla normala medicinska kvalitetskrav för det stora flertalet patienter.

Alla verksamheter inom landstinget ska kunna hantera såväl små som stora kriser.

## 4 PLANERING OCH SAMORDNING

---

Den landstingsövergripande samordningen och planeringen för den grundläggande säkerheten genomförs vid Krisberedskap i landstingsdirektörens stab. En handlingsplan för grundläggande säkerhet som styr och inriktar arbetet på lokal nivå ska utarbetas och beslutas av landstingsdirektören.

Den landstingsövergripande samordningen och planeringen för landstingets kris- och katastrofmedicinska beredskap genomförs vid Krisberedskap i landstingsdirektörens stab. En regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan ska utarbetas och revideras årligen. Planen ska inrikta och stödja landstingets arbete på lokal nivå.

### 4.1 Regional kriskommitté

I kommittén samordnas och belyses frågor av landstingsövergripande karaktär och förbereds för eventuellt beslut av landstingsdirektören. Kommittén koordinerar arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Särskilt beslut ska finnas om kommitténs arbetsuppgifter, sammansättning och målsättning.

### 4.2 Landstingets övergripande riskteam

Avsikten med riskteamet är att landstingsdirektören ska få heltäckande underlag inför beslut i risk- och säkerhetsfrågor av landstingsövergripande karaktär. Särskilt beslut ska finnas om gruppens arbetsuppgifter, sammansättning och målsättning.

### 4.3 Övning, träning och utbildning

Landstinget ansvarar för att förtroendevalda och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de ska kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser<sup>2</sup> i fredstid.

Hälso- och sjukvårdspersonal som ingår i den katastrofmedicinska organisationen eller som ska delta i insats vid allvarlig händelse ska ha erforderlig utbildning. För att befästa teoretiska och praktiska kunskaper ska övningar genomföras årligen. Samma krav gäller för den katastrofmedicinska ledningsorganisationen.

Plan för utbildning, träning och övning ska beslutas av landstingsdirektören för varje mandatperiod. Årliga planer för utbildning, träning och övning ska fastställas.

## 5 KRISORGANISATION

---

### 5.1 Krisledningsnämnden

I landstinget ska det finnas en krisledningsnämnd som kan fullgöra uppgifter under extraordinära händelser i fredstid. Det ska finnas ett reglemente för krisledningsnämnden. Den regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen aktiveras vid både allvarlig och extraordinär händelse eller vid hot därom.

Ordförande i Krisledningsnämnden bedömer och beslutar om nämnden ska träda i funktion.

### 5.2 Särskild sjukvårdsledning

I den regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen ska särskild sjukvårdsledning i landstinget på både lokal och regional nivå regleras.

En särskild sjukvårdsledning har, när den träder i funktion, det ansvar och de befogenheter som den tilldelats i särskilda beslut. Denna befogenhet tar över linjeorganisationens befogenhet på det sätt som anges i beslutet.

TIB beslutar om särskild sjukvårdsledning på regional nivå ska träda i funktion. Sjukvårdsledaren i den särskilda sjukvårdsledningen på lokal nivå bedömer och beslutar om den ska träda i funktion.

---

<sup>2</sup> Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. **Extraordinär händelse:** Händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting.



## **Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan 2014**

**Ansvarig: Landstingsstyrelsen**



## ÄNDRINGSFÖRTECKNING

| Version | Datum      | Ändring  | Beslutat av         | Datum |
|---------|------------|----------|---------------------|-------|
| 1.      | 2013-11-20 | Nyutgåva | Landstingsstyrelsen |       |

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

|          |                                                                                       |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INLEDNING .....</b>                                                                | <b>7</b>  |
| 1.1      | Bakgrund .....                                                                        | 7         |
| 1.2      | Mål och syfte med planen .....                                                        | 7         |
| <b>2</b> | <b>FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK<br/>BEREDSKAPSPLANERING .....</b> | <b>8</b>  |
| 2.1      | Grundläggande säkerhet .....                                                          | 8         |
| 2.2      | Krisberedskap .....                                                                   | 8         |
| 2.2.1    | Ett nationellt krishanteringssystem .....                                             | 8         |
| 2.2.2    | Aktörer .....                                                                         | 9         |
| 2.3      | Katastrofmedicinsk beredskap .....                                                    | 9         |
| 2.4      | Risk- och sårbarhetsanalyser .....                                                    | 9         |
| 2.5      | Risker och hot .....                                                                  | 9         |
| <b>3</b> | <b>LANDSTINGETS KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSKA<br/>BEREDSKAPSPLANERING .....</b>       | <b>12</b> |
| 3.1      | Risk- och sårbarhetsanalyser .....                                                    | 12        |
| 3.2      | Kontinuitetshantering .....                                                           | 12        |
| 3.3      | Gränssättande resurser .....                                                          | 12        |
| 3.4      | Planeringsorganisation .....                                                          | 12        |
| 3.5      | Ansvarsfördelning .....                                                               | 13        |
| 3.6      | Intern samverkan .....                                                                | 13        |
| 3.6.1    | Regionalt säkerhetsråd .....                                                          | 13        |
| 3.6.2    | Regionalt krisledningsråd .....                                                       | 13        |
| 3.6.3    | Lokala kriskommittéer (LKK) .....                                                     | 14        |
| 3.6.4    | Finansiering .....                                                                    | 15        |
| 3.7      | Extern samverkan .....                                                                | 15        |
| 3.7.1    | Samverkan med andra sjukvårdshuvudmän .....                                           | 15        |
| 3.7.2    | Jämtlands läns krishanteringsråd .....                                                | 15        |
| 3.7.3    | Gränsräddningsråd .....                                                               | 16        |
| 3.7.4    | Regional samordningsfunktion (RSF) .....                                              | 16        |
| 3.7.5    | SäkSamZ .....                                                                         | 16        |
| 3.7.6    | Samverkan med andra myndigheter och organisationer i länet .....                      | 16        |

|          |                                                         |           |
|----------|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4</b> | <b>SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING .....</b>                  | <b>16</b> |
| 4.1      | Allvarlig händelse .....                                | 17        |
| 4.2      | Extraordinär händelse .....                             | 17        |
| 4.3      | Ledningsmodell .....                                    | 17        |
| 4.3.1    | Ledningsnivåer .....                                    | 17        |
| 4.3.2    | Ledningskomponenter .....                               | 18        |
| 4.3.3    | Beredskapslägen .....                                   | 18        |
| 4.3.4    | Ledningsroller .....                                    | 18        |
| <b>5</b> | <b>SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ REGIONAL NIVÅ .....</b> | <b>19</b> |
| 5.1      | Tjänsteman i beredskap (TiB) .....                      | 19        |
| 5.1.1    | Initiala uppgifter för TiB .....                        | 20        |
| 5.2      | Tillämpning av ledningsroller .....                     | 21        |
| 5.3      | Stab .....                                              | 21        |
| 5.3.1    | Stabschef .....                                         | 22        |
| 5.4      | Arbetsuppgifter på regional nivå .....                  | 22        |
| 5.4.1    | Samordning av verksamheter .....                        | 22        |
| 5.4.2    | Krisstödsamordning på regional nivå .....               | 22        |
| 5.4.3    | Samordning av primärvården .....                        | 23        |
| 5.4.4    | Samverkan på regional nivå .....                        | 23        |
| 5.4.5    | Samordning av information och kriskommunikation .....   | 23        |
| 5.4.6    | Massmediernas roll .....                                | 23        |
| 5.4.7    | Ansvar information .....                                | 24        |
| 5.5      | Viktigt meddelande till allmänheten (VMA) .....         | 24        |
| 5.5.1    | VMA vid utomhuslarm .....                               | 24        |
| 5.5.2    | VMA i radio och TV .....                                | 24        |
| 5.6      | Webbaserat informationssystem (WiS) .....               | 25        |
| <b>6</b> | <b>VID ALLVARLIG HÄNDELSE PÅ VÅRDENHET .....</b>        | <b>25</b> |
| 6.1      | Vid allvarlig händelse på sjukhus .....                 | 25        |
| 6.1.1    | Inrättande av särskild sjukvårdsledning .....           | 26        |
| 6.1.2    | Tillämpning av ledningsroller .....                     | 26        |
| 6.1.3    | Beredskapslägen .....                                   | 26        |
| 6.1.4    | Registrering och journalföring .....                    | 27        |
| 6.1.5    | Krisstöd .....                                          | 27        |
| 6.1.6    | Information och kriskommunikation .....                 | 28        |

|           |                                                                             |           |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.2       | Vid allvarlig händelse inom primärvården .....                              | 29        |
| 6.3       | Farliga ämnen på vårdenheter .....                                          | 29        |
| 6.4       | Distribution av läkemedel till sjukvårdsinrättning .....                    | 30        |
| <b>7</b>  | <b>SJUKVÅRDSLEDNING OCH ORGANISATION I SKADEOMRÅDE .....</b>                | <b>30</b> |
| 7.1       | Ledningsroller och samordning i skadeområde .....                           | 30        |
| 7.1.1     | Sjukvårdsledare .....                                                       | 31        |
| 7.1.1.1   | Rapportering .....                                                          | 31        |
| 7.1.2     | Medicinskt ansvarig .....                                                   | 32        |
| 7.1.3     | Stab .....                                                                  | 33        |
| 7.1.4     | Vårdutförare .....                                                          | 33        |
| 7.1.5     | Sjukvårdsgrupper .....                                                      | 33        |
| 7.1.6     | Kommunikation .....                                                         | 33        |
| 7.2       | Tillämpning av ledningsroller i skadeområde .....                           | 34        |
| 7.3       | Initialt arbete på skadeplats .....                                         | 34        |
| 7.3.1     | Sortering och prioritering/triage .....                                     | 34        |
| 7.3.2     | Uppsamlingsplats .....                                                      | 35        |
| 7.3.3     | Skadekort .....                                                             | 36        |
| 7.3.4     | Avtransporter .....                                                         | 36        |
| 7.4       | Säkerhet .....                                                              | 36        |
| 7.5       | Uppgifter för kommunal räddningstjänst inom skadeområde .....               | 37        |
| 7.6       | Uppgifter för statlig räddningstjänst inom skadeområde .....                | 37        |
| 7.7       | Uppgifter för polis inom skadeområde .....                                  | 37        |
| 7.8       | Psykologiskt och socialt omhändertagande (POSOM) .....                      | 37        |
| <b>8</b>  | <b>KRISLEDNINGSNÄMNDEN .....</b>                                            | <b>37</b> |
| <b>9</b>  | <b>SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ NATIONELL NIVÅ .....</b>                    | <b>38</b> |
| <b>10</b> | <b>SJUKVÅRD VID HÖJD BEREDSKAP OCH KRIG .....</b>                           | <b>38</b> |
| <b>11</b> | <b>SJUKVÅRDSGRUPPER .....</b>                                               | <b>39</b> |
| 11.1      | Krav på sjukvårdsgrupp .....                                                | 39        |
| 11.2      | Sjukvårdsgrupp vid sjukhuset .....                                          | 39        |
| 11.3      | Sjukvårdsgrupp inom primärvården .....                                      | 40        |
| 11.4      | Utlarmning av sjukvårdsgrupp .....                                          | 40        |
| <b>12</b> | <b>SJUKVÅRDSUTRUSTNING OCH LÄKEMEDEL FÖR ARBETE I<br/>SKADEOMRÅDE .....</b> | <b>40</b> |
| 12.1      | Klädsel sjukvårdspersonal/vårdutförare .....                                | 41        |

|           |                                                                                                  |           |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 12.2      | Utmärkning .....                                                                                 | 41        |
| 12.3      | Sjukvårdsutrustning och läkemedel .....                                                          | 42        |
| 12.4      | Bas- och tilläggsutrustning .....                                                                | 42        |
| 12.5      | Skyddsdräkter .....                                                                              | 42        |
| 12.6      | Utrustning för mobil uppsamlingsplats.....                                                       | 43        |
| 12.7      | Beredskapslager .....                                                                            | 43        |
| <b>13</b> | <b>UTBILDNING, TRÄNING OCH ÖVNING INOM KRIS- OCH<br/>KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP .....</b>      | <b>43</b> |
| 13.1      | Utbildning av personal .....                                                                     | 44        |
| 13.2      | Övning.....                                                                                      | 45        |
| <b>14</b> | <b>HÄNDELSE MED FARLIGA ÄMNE .....</b>                                                           | <b>45</b> |
| 14.1      | Organisation vid skadehändelse med "farliga ämnen" i skadeområde .....                           | 46        |
| 14.1.1    | Arbetsmetod i skadeområde.....                                                                   | 46        |
| 14.2      | Organisation på vårdenheter och behandlingsprinciper vid skadehändelse med "farliga ämnen"<br>47 |           |
| <b>15</b> | <b>KRISTÖD VID ALLVARLIG HÄNDELSE.....</b>                                                       | <b>48</b> |
| 15.1      | Definitioner .....                                                                               | 48        |
| 15.2      | Planering.....                                                                                   | 48        |
| 15.3      | Vid allvarlig händelse .....                                                                     | 49        |
| 15.3.1    | Befogenheter .....                                                                               | 49        |
| 15.4      | Utbildning och övning inom krisstöd.....                                                         | 50        |
| 15.5      | Uppföljning efter allvarlig händelse .....                                                       | 50        |
| <b>16</b> | <b>UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING .....</b>                                                         | <b>50</b> |
| 16.1      | Mätbara mål.....                                                                                 | 51        |
| <b>17</b> | <b>FÖRFATTNINGSKRAV .....</b>                                                                    | <b>52</b> |
| <b>18</b> | <b>DEFINITIONER .....</b>                                                                        | <b>54</b> |
| <b>19</b> | <b>BILAGOR.....</b>                                                                              | <b>57</b> |

## 1 INLEDNING

---

Hälso- och sjukvården ska vara väl förberedd på händelser där människor skadats eller riskerar att skadas.

Denna landstingsövergripande kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan beskriver förutsättningar för planeringsarbetet, samt syftar till att ge medarbetare information om vad som krävs för att möta allvarlig händelse eller extraordinär händelse i fred och krig samt hot därom.

Östersunds sjukhus samt respektive närvårdsområde i primärvården har en kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan, där den lokala planeringen inklusive åtgärdskort återfinns.

Planen revideras en gång/år eller vid behov.

### 1.1 Bakgrund

Denna plan utgår primärt från Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22 Katastrofmedicinsk beredskap.

Planen utgör också grund för hantering av extraordinära händelser enligt Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Landstingsstyrelsen har antagit *Den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå*. Det innebär att i allt arbete med landstingets kris- och katastrofmedicinska beredskap ska individers olika förutsättningar beaktas och ett jämställdhets- och ett jämlikhetsperspektiv genomsyra verksamheten.

### 1.2 Mål och syfte med planen

**Målsättningen med planen är att:**

- minimera de negativa konsekvenserna vid eller efter en allvarlig händelse eller extraordinär händelse
- upprätthålla normala medicinska kvalitetskrav vid omhändertagande för det stora flertalet drabbade

**Planen syftar till att:**

- fastställa hur Jämtlands läns landstings kris- och katastrofmedicinska beredskap är organiserad, vilka funktioner och resurser som finns att tillgå inom landstinget samt hur dessa larmas och aktiveras vid eller vid hot om allvarlig eller extraordinär händelse
- optimera landstingets resurser vid en allvarlig eller extraordinär händelse
- inrikta planeringen på lokal nivå
- definiera och reglera viktiga funktioner vid en allvarlig eller extraordinär händelse

## 2 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAPSPLANERING

---

Samhällets krisberedskap kräver en beredskap mot kriser och katastrofer för att effektivt kunna hantera, hjälpa, lindra och stödja personer som drabbats, oavsett vad orsaken är.

### 2.1 Grundläggande säkerhet

Normal robusthet och beredskap som ska finnas för att samhället ska kunna fungera även i händelse av en allvarlig störning eller krissituation. Grundläggande säkerhetskrav avser primärt förmåga att hantera normala fredstida störningar och olyckor men också händelser med mer omfattande konsekvenser som exempelvis epidemi, översvämning, avbrott i elförsörjning eller telekommunikation.

### 2.2 Krisberedskap

Krisberedskapen i Jämtlands läns landsting är till för medborgarna, ledningen, alla medarbetare, samarbetspartners och andra. En fungerande och tillräcklig krisberedskap är hela landstingets angelägenhet. Krisberedskapen i Jämtlands läns landsting är även en del av den nationella krisberedskapen.

Krisberedskapen måste vara integrerad och väl förankrad i den dagliga verksamheten. När en krissituation uppstår måste alla känna till vad de ska göra, vara övade och utbildade, känna till vilka hjälpmedel som finns och alla planer och checklistor ska vara uppdaterade. Detta gäller oavsett vad, om krisen beror på bristande riskhantering i landstinget eller står utanför landstingets kontroll som t.ex. kommunikationsolycka, längre driftstörning, epidemi eller liknande. I sämsta fall kan en kombination av bristande krishantering försämra omhändertagandet av drabbade.

#### 2.2.1 Ett nationellt krishanteringssystem

Ett krishanteringssystem har utvecklats för hela samhället där fokus växlat från krig till fred och från ovanifrån- till underifrånperspektiv. Inträffade stora olyckor och katastrofer både inom och utom Sverige har visat på betydelsen av en fredstida god krisberedskap.

Målet med krishanteringssystemet är att minska risken för och konsekvensen av kris i samhället. Det kräver att samhällets olika aktörer arbetar gemensamt mot detta mål.

**Den nationella planeringsstrukturen består av sex olika samverkansområden:**

- teknisk infrastruktur
- transporter
- spridning av allvarliga smittämnen, giftiga kemikalier och radioaktiva ämnen
- ekonomisk säkerhet
- områdesvis samordning, samverkan och information
- skydd, undsättning och vård.

### 2.2.2 Aktörer

I det svenska krishanteringssystemet finns olika kategorier av aktörer. Samverkan mellan dessa sker huvudsakligen i de olika samverkansområdena och är en av grundstenarna i systemet. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har av regeringen givits en särskild roll att fungera som motor i systemet och främja samverkan.

Länsstyrelserna är en annan kategori av aktörer som med sitt områdesansvar och som statens förlängda arm samordnar verksamhet och utövar tillsyn inom sina respektive geografiska områden. De har också ett särskilt ansvar att verka för samverkan regionalt.

Inom den kommunala sektorn återfinns landsting och kommuner. De har båda ett uttalat självstyre med egna beslutande fullmäktigeförsamlingar men berörs påtagligt av särskilda författningar med anknytning till krisberedskapens område. Kommunerna har ett geografiskt samverkansansvar på lokal nivå motsvarande det som länsstyrelserna har på regional nivå.

Näringslivet är viktiga aktörer liksom myndigheter som inte lyder under regeringen, till exempel Riksbanken vars roll är viktig för den finansiella säkerheten. Därutöver ingår bland andra trosamfund och frivilliga försvarsorganisationer i systemet.

## 2.3 Katastrofmedicinsk beredskap

Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Beredskapen baseras på att det redan innan en allvarlig händelse inträffar finns en planering som bland annat bygger på risk- och sårbarhetsanalyser. Det ska finnas utrustning och personal ska ha utbildats, tränats och övats för sin uppgift. Det gäller oavsett om personalen ska ingå i en ledningsstab eller kunna agera i ett skadeområde. Sjukvårdsledningen ska upprätthålla målen för vård och behandling så långt det är möjligt. Efter insats ska det finnas ett kvalitetsarbete där den allvarliga händelsen följs upp och utvärderas mot fastställda kvalitetsmål.

Den katastrofmedicinska beredskapen omfattar hela vårdkedjan från skadeområdet till ambulanssjukvård, sjukhus och primärvård. Vid allvarlig händelse ska hälso- och sjukvården kunna hantera den obalans som uppstår mellan behov och tillgängliga resurser på ett sådant sätt att det kan ske med ett optimalt patientomhändertagande och på ett kostnadseffektivt sätt.

## 2.4 Risk- och sårbarhetsanalyser

Landstingets olika verksamheter ska vara förberedda på att en allvarlig händelse kan inträffa och därför kartläggs årligen risker och hot i risk- och sårbarhetsanalyser enligt lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

## 2.5 Risker och hot

Jämtlands län har en gles befolkningsstruktur med långa avstånd, med ett vägnät över 6000 km. Det finns två europavägar som korsar länet, de är E14 som går mellan Sundsvall och Trondheim



och E45 som går mellan Göteborg och Karesuando. Vintertid är tillströmningen av turister stor till våra fjällanläggningar, vilket medför omfattande transporter med bil, flyg, buss och järnväg. Tre järnvägsförbindelser finns, Inlandsbanan som främst är för godstrafik, men sommartid även turisttrafik. Atlantbanan (Mittbanan) som går rakt igenom länet och förbinder Trondheim med de stora orterna i Sverige och Norra stambanan som passerar östra delarna av länet. Här finns två flygplatser, Sveg och Åre/Östersund, som också är internationell. Åre/Östersunds flygplats kan ta emot de största flygplanen, både för persontrafik och för godsfrakter. Farligt gods lastas och lossas och majoriteten av transporterna körs på väg, men går även på järnväg. Förutom den personella och materiella beredskapen inför allvarliga händelser behövs en god beredskap i försörjningssystemen för el, värme och vatten samt att all verksamhet i landstinget är beroende av fungerande IT-stöd.

Av de riskinventeringar och värderingar som hittills genomförts framgår att nedanstående risk- och hotbild gäller för länet och kan således påverka landstingets olika verksamheter.

**Vägtrafikolyckor** med många skadade som sker långt från sjukhuset är ett allvarligt problem. Det krävs god planering och samordning av alla resurser i landstinget, samverkan med angränsande landsting, samverkande organisationer i länet och även med Norge.

**Järnvägs- och flygolyckor** innebär ett skadepanorama med mycket stor påfrestning för sjukvården. Erfarenheter visar att även om alla tillgängliga resurser sätts in behövs hjälp från andra landsting vid en stor tåg- eller flygolycka.

**Sjöolyckor** med många passagerare ombord kan innebära stora insatser för sjukvården. Trafiken med fritidsbåtar ökar i länet och särskilt på Storsjön. Ibland genomförs där också större båtävlingar. Flera passagerarbåtar gör nöjeskryssningar sommartid. Även bilfärjor finns i Storsjön.

**Bränder** i offentliga lokaler där många människor vistas kan utvecklas till mycket svåra påfrestningar för sjukvården. Brand på sjukhus innebär en särskilt svår påfrestning och ställer stora krav på förebyggande verksamhet med utbildning och planering. Brand i fjällanläggning med svåråtkomligt läge eller brand i till exempel diskotek i fjällområde där befolkningen tidvis mångdubblas utgör en påfallande risk. Antalet brännskadeplatser i landet är litet, (varav inga i Östersund) varför det även kan behövas stöd från nationell nivå för att snabbt kunna genomföra alternativa lösningar och förbereda för vård utanför landets gränser.

**Farligt gods** hanteras inte i någon stor mängd i länet i jämförelse med övriga delar av Sverige. De mängder som trots allt förekommer kan, om en olycka inträffar, leda till olika grader av påfrestningar på sjukvården. De kommuner som har den största andelen trafik genom sitt geografiska område är: Östersund, Bräcke, Härjedalen och Berg. Länsstyrelsen har tillsammans med kommunerna i länet och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap tagit fram rekommendationer om lämpliga vägar för transporter av farligt gods. På länsstyrelsens hemsida finns mer information och karta över vägar för transporter av farligt gods. Där finns också en rapport; *Kartläggning av farligt gods transporter i Jämtlands län*.

Utsläpp av kemikalier i vår omgivning från en transport kan ske till tre olika element: mark, luft och vatten. Följderna av exempelvis ett utsläpp i en vattentäkt eller vattendrag kan påverka landstingets verksamheter i mycket hög grad.

**Smitta** d.v.s. epidemiska katastrofer skiljer sig på många sätt från andra katastrofer. Inledningen är i allmänhet inte lika dramatisk, men kan å andra sidan hålla på under en längre tid. Sjukvården kan ställas inför situationer där de normala resurserna inte räcker till och omfördelningar inom verksamheten måste göras. Landstingets epidemi- och pandemiberedskapsplaner ligger till grund för verksamheternas egna planering och åtgärder vid t.ex. pandemi eller utbrott av olika epidemiska situationer, t.ex. salmonella. Vinterkräksjuka kan innebära att redan sjuka drabbas mycket hårt.

**Smittat/förorenat dricksvatten** bedöms ge stora konsekvenser för sjukvården p.g.a. insjuknade patienter och sjuk personal vilket är påfrestande för många vårdavdelningar. Särskild hantering av vatten ökar arbetsbelastningen.

**Kärnteknisk olycka** i Sverige eller utomlands kan medföra utsläpp av radioaktiva ämnen även i vårt län. Risker kan inte negligeras. Länsstyrelsen har en förberedd organisation med egen och extern expertis.

**Naturrelaterade risker/olyckor** förekommer i länet och kan innebära allvarliga konsekvenser om det sker på en känslig plats. Vid ett tillfälle rasade både järnväg och landsväg i länet vilket påverkade ett mindre antal människor negativt men ingen person skadades. Höga vattenflöden, långvariga el- och teleavbrott har inträffat utan att ge dokumenterade skador på personer. Risker för dammolycka finns då länet har många dammar.

**Publika evenemang** innebär risker som inte existerar till vardags. Det ställer krav på en särskild planering av sjukvårdens kris- och katastrofmedicinska beredskap inför varje evenemang. Samverkan sker med andra berörda myndigheter, organisationer och företag. Även mindre men flera samtidiga evenemang ska beaktas och inte enbart de riktigt stora.

**Funktionsstörningar** som t.ex. vid långvarigt avbrott i det kommunala vattennätet är en allvarlig risk för exempelvis Östersunds sjukhus. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) ställer krav på hög funktionssäkerhet i skriften; Det robusta sjukhuset. I handboken Landstingens ledningsförmåga – vid allvarlig händelse, ger MSB stöd och riktlinjer för landstingens regionala ledningsplatser och dess tekniska förstärkningsåtgärder.

**Informations- och IT-säkerhet** är landstingets samtliga verksamheter beroende av. Många av vårdens stödsystem måste vara tillgängliga dygnet runt, ett längre avbrott i patientjournalssystemet kan leda till oacceptabla konsekvenser för patienterna och verksamheten. Riktighet och sekretess är också mycket viktigt, den information som finns i t.ex. journalerna måste vara riktig och den personliga integriteten måste skyddas. Även infrastrukturella störningar i tele- och datasystemen kan innebära stora störningar inte bara för patienterna och vårdverksamheterna utan även för övriga verksamheter. Larmfunktioner liksom styr- och övervakningssystem kan slås ut och fungerande kommunikationer internt och externt är viktiga inte minst i krissituationer.

### **3 LANDSTINGETS KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSKA BEREDSKAPSPLANERING**

---

Beredskapsplaneringen bygger på och styrs av författningskrav, risk- och sårbarhetsanalyser, förmågeanalyser, kontinuerligt uppföljningsarbete efter varje händelse samt lokala förhållanden i sjukvårdens struktur och geografi. Detta kapitel beskriver hur beredskapen är organiserad och hur planeringen genomförs inom Jämtlands läns landsting.

#### **3.1 Risk- och sårbarhetsanalyser**

I landstinget är risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) en ständigt pågående process som samordnas från regional nivå. Samtliga kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner (regional och lokala) baseras på resultatet av genomförda risk- och sårbarhetsanalyser. Jämtlands läns landsting använder ett analysverktyg för att undersöka olika riskområden. Med stöd av verktyget kan landstinget snabbt och visuellt erhålla en överblick över olika händelsers konsekvenser, samt hur god förmågan är att hantera krisen i dess olika förlopp.

I Länsstyrelsens regi genomförs också workshops med olika aktörer i länet där gemensamma förmågebedömningar genomförs.

#### **3.2 Kontinuitetshantering**

Verksamheten ska ha reservrutiner som stöd för att kunna hantera allvarliga störningar och andra oplanerade avbrott och oavsett typ av störning kunna bedriva verksamheten på en tolerabel nivå. Denna planering ska tas fram i arbetet med kontinuitetshantering och omfatta de processer som bedöms som kritiska för verksamheten. Det kan till exempel vara IT-system eller särskilt viktiga externa leverantörer av varor eller tjänster.

#### **3.3 Gränssättande resurser**

Vid en allvarlig händelse eller extraordinär händelse kommer tillgången på resurser att vara direkt avgörande för möjligheten att förhindra/minska konsekvenserna av händelsen. Det är därför viktigt att i planeringsarbetet identifiera de potentiellt gränssättande resurserna. Det kan t.ex. gälla akutmottagningens kapacitet, operationskapacitet, sjuktransportresurser, saneringsmöjligheter vid CBRN händelse, vårdplatser, tillgång på personal, ledningsförmåga på alla nivåer, tillgång på katastrofpsykologisk kompetens, intensivvårdsplatser, tillgång på sjukvårdsmateriel och läkemedel, uthållighet och utbildade sjukvårdsgrupper.

#### **3.4 Planeringsorganisation**

Organisationen för planering av Jämtlands läns landstings kris- och katastrofmedicinska beredskap består av Enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö, det regionala säkerhetsrådet och det regionala krisledningsrådet samt lokala kriskommittéer för respektive närvårdsområde i primärvården.

### 3.5 Ansvarsfördelning

- **Landstingsstyrelsen** har det övergripande ansvaret för den kris- och katastrofmedicinska beredskapen i landstinget
- **Landstingsdirektören** har det yttersta tjänstemannaansvaret för landstingets verksamhet och för informationen till landstingets politiker
- **Beredskapschefen** ansvarar för organisation och system för den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaneringen, att planer finns upprättade för allvarlig händelse och extraordinär händelse samt att landstinget följer myndighetskrav. Beredskapschefen ansvarar även för samverkan med andra myndigheter och organisationer lokalt, regionalt och nationellt
- **Verksamhetsansvaret** följer det operativa ansvaret på alla nivåer i landstinget
- **Privata vårdgivare** ingår som all annan verksamhet inom Jämtlands läns landsting i landstingets beredskap vid allvarlig händelse och extraordinär händelse.

### 3.6 Intern samverkan

Landstingets övergripande planering, samordning och övervakning av den kris- och katastrofmedicinska beredskapen sker på regional nivå. Följande grupper och arenor finns för samverkan av planering och samordning.

#### 3.6.1 Regionalt säkerhetsråd

Regionala säkerhetsrådet sammanträder 4-6 gånger per år samt vid behov. Rådet skall arbeta med ett brett spektrum av säkerhetsfrågor och består av kanslichefen som är ordförande, representanter från funktionsområdena smittskydd, patientsäkerhet, grundläggande säkerhet, informationssäkerhet, driftsäkerhet, brandskydd, kris- och katastrofmedicinsk beredskap och miljösäkerhet. Vid behov utökas det regionala säkerhetsrådet med ytterligare deltagare.

Det regionala säkerhetsrådet är en beredande grupp för landstingsdirektören avseende krisberedskap och säkerhetsfrågor enligt ovan, samt för arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser.

#### 3.6.2 Regionalt krisledningsråd

Regionala krisledningsrådet sammanträder 4-6 gånger per år samt vid behov. Rådet arbetar med katastrofmedicinska frågor inkluderat övning och utbildning samt ärenden som handlar om särskild sjukvårdsledning. I rådet görs också uppföljning av inträffade och allvarliga händelser. Sjukvårdsledare på regional nivå är ordförande. Representanter för samtliga funktioner i särskild sjukvårdsledning ingår. Det regionala krisledningsrådet är en beredande grupp för landstingsdirektören avseende katastrofmedicinska frågor för regional nivå samt för Specialistvården (sjukhuset). Rådet är tillika remissinstans för kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner.

### 3.6.3 Lokala kriskommittéer (LKK)

Lokala kriskommittéer arbetar med frågor för planering och samordning i primärvården. Verksamhetschefer ansvarar för sammansättning av den lokala kriskommittén inom respektive närvårdsområde.

#### Lokala kriskommittéer ansvarar för att:

- samordna den kris- och katastrofmedicinska verksamheten inom respektive närvårdsområde i primärvården
- utifrån genomförd inventering, värdering och analys utarbeta och aktuellthålla kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner
- planen är väl känd i organisationen och övad
- säkerställa att det finns en gemensam ledning och samordning av närvårdsområdenas insatser vid allvarlig händelse
- ansvara för att berörd personal får utbildning, träning och övning inom det katastrofmedicinska området och att kunskaperna kontinuerligt uppdateras
- adekvat klädsel, utmärkning och medicinsk utrustning för sjukvårdsgrupper finns och underhålls
- katastrofförråd har korrekt och tillräckligt innehåll och att medicinskt ansvarig läkare finns
- lokaler för lokal krisledning är ändamålsenliga och personal är utbildad och övad.

#### Lokala planer ska till exempel innehålla uppgifter om:

- instruktioner för larm och alarmering inom och utanför vårdenhet
- beredskapslägen samt när och hur de ska utlösas
- termer och begrepp
- åtgärdskort för alla befattningshavare/funktioner som ingår i beredskapen
- gränssättande resurser
- information om personalförsörjning
- planering för att skicka ut både personella och materiella resurser till skadeområde
- mottagande och fördelning av patienter inom vårdenheten
- plan för registrering av drabbade
- särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (vårdenhet)
- samverkan
- samband och kommunikationsfrågor
- information internt och externt till anhöriga och massmedier
- organisation av krisstöd på lokal nivå
- drift- och funktionssäkerhet
- plan för allvarlig händelse i egna lokaler, exempelvis utrymningsplan vid brand
- pandemiplanering eller hänvisning till enskild pandemiplan
- plan för hot och våld och eller andra typer av krisplaner.

### 3.6.4 Finansiering

Regional (landstingsövergripande) kris- och katastrofmedicinsk planering, innefattande utbildning, träning, övning och särskild sjukvårdsledning följer ansvarsprincipen, vilken säger att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden skall ha motsvarande ansvar under kris- och katastrofförhållanden. Finansiering av åtgärder inför extraordinära händelser som ej faller under ansvarsprincipen ersätts via statsbidrag.

Verksamhetsansvariga ansvarar för kostnader för egen planering enligt regional plan för kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Varje enhet tillhandahåller resurspersoner till planeringsarbetet utan särskild ersättning och svarar för egna kostnader för deltagande i planering och övning.

Akutmottagningen på Östersunds sjukhus svarar för kostnader för katastrofmedicinsk utrustning och fast saneringsanläggning. Respektive närvårdsområde i primärvården svarar för kostnader för katastrofmedicinsk utrustning.

Verksamheterna Centrum för opererande specialiteter och Centrum för primärvården ska tillhandahålla medarbetare som kan agera katastrofmedicinska utbildare och därtill kan utbilda, träna och öva de personalkategorier som ingår i Jämtlands läns landstings katastrofmedicinska beredskapsorganisation eller ska delta vid insatser vid allvarlig händelse. Katastrofmedicinsk utbildare utför uppdraget i sin ordinarie anställning.

Vid allvarlig händelse tillhandahåller berörda verksamheter medarbetare enligt planer inom egen budgetram.

## 3.7 Extern samverkan

Landstinget ska planera för samverkan vid allvarlig händelse. Med samverkan menas den dialog som sker mellan olika självständiga och sidoordnade samhällsaktörer som syftar till att uppnå gemensamma mål. En allvarlig händelse berör oftast inte enbart hälso- och sjukvården utan även ett antal andra aktörer med olika uppgifter. Var och en agerar självständigt och leder sin verksamhet och styrs av olika lagstiftning. Samordning genom samverkan är därför nödvändigt för att verksamheterna ska lösa uppgiften.

### 3.7.1 Samverkan med andra sjukvårdshuvudmän

Det finns inga avtal som reglerar samverkan mellan vårt landsting och övriga landsting i samband med allvarlig händelse. Det finns däremot inget hinder för att om möjligt nyttja andra sjukvårdshuvudmäns resurser vid allvarlig händelse. Kontakt med andra landsting sker initialt via deras Tjänsteman i Beredskap (TiB). Vid allvarlig händelse innebär avtalet om gränslös dirigering av ambulansresurser att alarmeringsfunktionen kan ta i anspråk resurser från andra närliggande landsting.

### 3.7.2 Jämtlands läns krishanteringsråd

Krishanteringsrådet består av representanter från viktiga samhällsfunktioner för en rad företag, myndigheter och kommuner. Syftet med rådet är att hitta gemensamma strategier både för att synliggöra vilka risker som finns inom länet och hur de påverkar verksamheten för respektive



organisation. Representanterna ska samverka och samordna kunskapen inom området krisberedskap för att stärka den regionala förmågan att hantera en kris. Rådet sammankallas av länsstyrelsen.

### 3.7.3 Gränsräddningsråd

Gränsräddningsrådets övergripande syfte är att arbeta för ett bättre utnyttjande av personal- och materielresurser i gränsområdet mellan Sverige och Norge. Exempel på representanter inom rådet är svensk och norsk sjukvård, polis, räddningstjänst, Länsstyrelsen i Jämtlands län och Fylkesmännen i Sör- och NordTröndelag. Ordförandeskapet cirkulerar mellan Länsstyrelsen i Jämtlands län och Fylkesmännen i Sör- och NordTröndelag.

### 3.7.4 Regional samordningsfunktion (RSF)

Regional samordningsfunktion har till uppgift att främja samverkan på regional och lokal nivå mellan sjukvård, polis, räddningstjänst och länsstyrelse samt förbättra hanterandet av händelser med farliga ämnen. Detta sker bland annat genom kontinuerligt planeringsarbete inför händelser och uppföljning efter händelser. Länsstyrelsen är sammanhållande i RSF.

### 3.7.5 SäkSamZ

SäkSamZ är jämtlands läns samverkansgrupp för säkerhetsfrågor och krishantering. SäkSam Z består av samordnare för krishanteringsfrågor från länets samtliga kommuner och landsting, polisen, räddningstjänsten, länsstyrelsen och försvarsmakten. Gruppen arbetar med att samordna regionens risk- och sårbarhetsanalyser, utbildning och övning, kriskommunikation samt uppföljning och utvärdering.

### 3.7.6 Samverkan med andra myndigheter och organisationer i länet

Samverkan i länet sker företrädesvis med de aktörer som i nuläget finns inom Trygghetens hus i Östersund eller kan finnas där vid allvarlig händelse, t.ex. SOS Alarm AB, polismyndigheten, räddningstjänsten, kommuner och länsstyrelsen. Samverkan kan även ske med försvarsmakten och Joint Rescue Coordination Center (JRCC).

## 4 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING

---

Vid händelser där tillgängliga resurser inte är tillräckliga i förhållande till det akuta behovet, krävs en omfördelning av resurser mellan det vardagliga arbetet och den allvarliga händelsen. Sådana händelser som innebär obalans mellan behov och resurser kräver en tillfällig särskild ledning som snabbt kan prioritera mellan de nya kraven som den allvarliga händelsen ställer på verksamheten. Funktionen ska benämnas särskild sjukvårdsledning. Den allvarliga händelsen ställer krav på överensstämmande ledning på flera platser och på olika nivåer som går utöver vad den normala organisationen kan hantera. Den särskilda sjukvårdsledningen ska kunna verka på regional nivå samt i ett skadeområde, i ambulanssjukvården och på vårdenheter.

Den särskilda sjukvårdsledningen ska ha befogenhet och förmåga att:

- samordna verksamheter
- prioritera insatser
- leda personal
- omdisponera resurser
- mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga
- förflytta patienter och evakuera vårdenheter samt
- samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

## 4.1 Allvarlig händelse

Socialstyrelsen definierar allvarlig händelse inom hälso- och sjukvården som en befarad eller inträffad händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

## 4.2 Extraordinär händelse

I lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap definieras en extraordinär händelse som en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting. Allvarlig händelse kan i vissa fall få konsekvenser som innebär att denna lag kan behöva tillämpas.

## 4.3 Ledningsmodell

Vid allvarlig händelse använder Jämtlands läns landsting en ledningsmodell som utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22). Ledningsmodellen vilar på fyra grundstenar: ledningsnivåer, ledningskomponenter, beredskapslägen och ledningsroller.

### 4.3.1 Ledningsnivåer

Ledningsmodellen består av tre nivåer:

**Lokal nivå** omfattar verksamhet i skadeområde, vid sjuktransporter och på vårdenheter (mottagande enheter). Dessa fokuserar på omhändertagande av drabbade.

**Regional nivå** (landstingsövergripande) omfattar en ledningsfunktion som inrättas för att vid allvarlig händelse ansvara för samordning av landstingets resurser och för kontakten med andra sjukvårdshuvudmän samt andra myndigheter.

**Nationell nivå** omfattar en ledningsfunktion som ansvarar för frågor av nationellt intresse och har då även kontakten med andra myndigheter och den nationella politiska ledningen.



### 4.3.2 Ledningskomponenter

En ledningsorganisation som ska kunna fungera och vidmakthålla sin verksamhet i en föränderlig omgivning måste ha en förmåga att samtidigt kunna utöva en normativ, strategisk och operativ ledning. För ledning av sjukvård vid allvarlig händelse innebär det följande:

**Operativ ledning** leder inom ramen för tilldelade resurser och genomför aktiviteter utifrån den avsikt och den inriktning som finns för insatsen. Den ska tilldela de enskilda enheterna uppgifter samt ange obalans mellan behov och resurser till den strategiska ledningen.

**Strategisk ledning** ska efter en bedömning av omedelbara och kommande resursbehov besluta om inriktning för och omfattning av aktuell insats. I strategisk ledning ingår även att prioritera resurser mellan pågående insats och upprätthålla normal beredskap för övriga insatser samt att om möjligt tillskapa resurser och fördela dessa.

**Normativ ledning** tolkar och beslutar om sjukvårdsorganisationens roll och uppgift utifrån gällande författningskrav och övriga direktiv.

### 4.3.3 Beredskapslägen

Landstinget måste ha en organisation som kan anpassas till uppgiften. För att detta ska vara möjligt måste landstinget gradvis kunna anpassa sin förmåga/kapacitet utifrån ett normalläge. Följande beredskapslägen finns på alla ledningsnivåer inom landstinget:

**Stabsläge** innebär att ledning etableras och håller sig underrättad om läget, vidtar de åtgärder som definieras i aktuella åtgärdskort för den aktuella enheten och följer händelseutvecklingen.

**Förstärkningsläge** innebär att ledning etableras och vidtar åtgärder för punktförstärkning av viktiga funktioner i sjukvården.

**Katastrofläge** innebär att ledning etableras och att alla funktioner som krävs inom sjukvården tas i anspråk och att personal och utrustning förstärks.

### 4.3.4 Ledningsroller

Vid allvarlig händelse kräver den särskilda sjukvårdsledningen ett antal roller, ansvar och befogenheter. Förfogandet av dessa roller kan skifta mellan individer under utvecklingen av den allvarliga händelsen.

**Sjukvårdsledare** leder sjukvårdens arbete och har det övergripande ansvaret för sjukvårdsinsatsen inom sitt definierade område, d.v.s. är chef för sjukvårdsinsatsen. Rollen som sjukvårdsledare återfinns på alla ledningsnivåer inom landstinget.

**Medicinskt ansvarig** ansvarar för medicinska prioriteringar och beslutar om medicinska åtgärder. Rollen som medicinskt ansvarig återfinns på alla ledningsnivåer inom landstinget.

**Stab** är ett ledningsstöd som sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig kan behöva. En stab kan återfinnas på alla ledningsnivåer i landstinget.

När ledningen bara består av en person, innehar denne person både rollen som sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig.

## 5 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ REGIONAL NIVÅ

Jämtlands läns landsting följer den nationella ledningsmodellen för särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse. Denna beskriver att vid en allvarlig händelse som inte kan hanteras på lokal nivå, har den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå till uppgift att följa, bistå eller överta ledningen av händelsen. D.v.s. när resurserna blir/riskerar att bli otillräckliga i förhållande till behoven eller där en eller flera stödprocesser påverkar huvudprocessen sjukvård så att samordning behövs inom landstinget, träder den regionala sjukvårdsledningen in.

De flesta landsting har flera sjukhus, som vid en allvarlig händelse behöver samordnas. I Jämtland finns endast ett sjukhus, därför har särskild sjukvårdsledning på regional nivå och specialistvårdens lokala nivå samlokaliserats. Avsikten med samordningen är att vid en allvarlig händelse optimera ledningsförmågan för landstinget på regional och lokal nivå, samt att minska sårbarheten och säkerställa bemanning av funktionerna i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå.

Tjänsteman i beredskap (TiB) aktiverar den särskilda sjukvårdsledningen samt beslutar om beredskapsläge på regional nivå. I särskild sjukvårdsledning på regional nivå ingår rollerna sjukvårdsledare, medicinskt ansvarig och stab.

### 5.1 Tjänsteman i beredskap (TiB)

Tjänsteman i beredskap (TiB) är den som under dygnets alla timmar tar emot larm vid misstanke om allvarliga händelse och ska besluta om en allvarlig händelse föreligger eller inte. Det innebär att TiB efter ett larm ska bedöma om den inträffade händelsen är att anse som en allvarlig händelse och att särskild sjukvårdsledning på regional nivå ska etableras. TiB har särskild utbildning och landstingsdirektörens mandat och befogenheter att använda landstingets totala materiella och personella resurser vid beslutad allvarlig händelse.

#### Larm till TiB kan exempelvis komma från:

- larmoperatören, enligt överenskomna kriterier för larm (se nedan)
- sjukvårdsledaren i skadeområde om misstänkt allvarlig händelse\*
- eget landsting – från driftsjour eller någon av landstingets verksamheter\*
- andra landsting\*
- samverkande myndigheter\*
- smittskyddsläkare\*
- Socialstyrelsens TiB\*

*\*via alarmeringsfunktionen*

**TiB ska larmas via SOS-Alarm om något av nedanstående kriterier aktualiseras:**

- Misstänkt allvarlig händelse – fråga från första sjukvårdsenhet
- Olycka\* med fyra eller flera skadade eller vid flera samtidiga olyckor
- Hot om händelse\*\* med potentiellt stort skadeutfall
- På begäran av samverkande myndigheter, organisationer och andra landsting
- På begäran av smittskydd och eller andra verksamheter i landstinget
- Vid information från myndigheter, exempelvis Socialstyrelsen och Länsstyrelsen
- Nationella, regionala och interna störningar, telefoni/data, vädervarning, höga flöden, evakuering och dylika händelser
- Händelse med misstänkt stort medialt intresse
- Vid fråga eller fundering från larmoperatör

\*Med olycka avses alla typer av olyckor. Den kan ske på väg, järnväg, i luften, till sjöss, genom brand och med eller utan farligt ämne inblandat. Det kan också vara en olycka som skett utanför länet eller utomlands (t. ex. Norge).

\*\*Exempelvis bombhot och eller vid alla lägen (blå, grön, gul och röd) i den så kallade Flygräddningsparmen för Frösö flygplats.

**TiB skall dessutom alltid kontaktas vid:**

- Allvarlig drift eller funktionsstörning vid vårdenhet
- Beredskapsförändring vid vårdenhet
- Hot eller händelse som redan i initialskedet kan anses som allvarlig

**5.1.1 Initiala uppgifter för TiB**

- ta emot larm, analysera/värdera och besluta eller avvisa allvarlig händelse
- beroende på händelse föra dialog med anestesibakjouren på sjukhuset
- bekräfta allvarlig händelse till alarmeringsfunktionen
- kontrollera att mottagande vårdenhet, växeln och annan berörd är larmad
- besluta om beredskapsnivå och preliminärt inriktningsbeslut för regional nivå
- säkerställa kontakten med skadeområde, alarmeringsfunktion och andra samverkansparter
- preliminär fördelningsnyckel till sjukvårdsledare i skadeområde.

TiB har åtgärdskort för specifika händelser, som t.ex. elavbrott, IT-bortfall, smitta m.fl. Dessa ska TiB använda som en försäkring om att alla åtgärder vidtas och i rätt ordning. När händelsen avslutats ska TiB sammanställa en rapport som läggs i WiS (Skyddat webbaserat informationssystem), se punkten 5.6. Lika viktigt som det är att tydligt kommunicera ut beslutet om allvarlig händelse, är det att meddela beslutet om att särskild sjukvårdsledning på regional nivå upphör. Processbeskrivning av larmvägar på regional nivå vid sjukvårdshändelse och annan händelse återfinns i Bilaga 2A och 2B.

## 5.2 Tillämpning av ledningsroller

Vid samordnad särskild sjukvårdsledning finns endast en sjukvårdsledare och en stabschef. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå utgörs initialt av TiB (sjukvårdsledare) och anestesiakjour (medicinskt ansvarig). Till sitt stöd kan den/de ha en stab som kan ledas av stabschefen. Sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig i särskild sjukvårdsledning på regional nivå får vid allvarlig händelse fatta de beslut som krävs för att hantera den aktuella händelsen, d.v.s. lösa samordnings- och ledningsuppgifter och tillse att arbetet sker enligt beredskapsplaner och åtgärdskort.

**Sjukvårdsledaren** ska ha god kännedom om landstingets resurser, samverkande myndigheter och organisationer. Initialt upprätthålls sjukvårdsledarrollen av TiB som senare kan överlämna rollen till speciellt utsedd person som har genomgått kurserna PS- Prehospital Sjukvårdsledning®, Särskild sjukvårdsledning på lokal och regional nivå.

**Medicinskt ansvarig** är en specialistläkare med särskild kompetens inom det katastrofmedicinska området. Initialt utgörs rollen som medicinskt ansvarig av anestesiakjouren. Medicinskt ansvarig ska ha genomgått kurserna PS- Prehospital Sjukvårdsledning®, Särskild sjukvårdsledning på lokal och regional nivå samt Grunder i stabsmetodik.

## 5.3 Stab

Vid en allvarlig händelse kan sjukvårdsledaren och medicinskt ansvarig behöva ett ledningsstöd, en stab. Staben kan vara mer eller mindre utbyggd beroende på vilket beredskapsläge som beslutats och den aktuella situationen. För att säkerställa att staben organiseras och arbetar på ett effektivt sätt utifrån de uppgifter som ska hanteras är det nödvändigt att det finns en stabschef som leder och fördelar arbetet i staben. Stabschefen upprättar en stabsarbetsplan, leder staborienteringar och planerar för stabens uthållighet. Inledningsvis är TiB sjukvårdsledare, stabchef och ibland även medicinskt ansvarig tills dessa roller bemannas av särskilda utsedda personer i staben.

**De funktioner som ingår är:**

- stabschef
- insats/logistik
- dokumentation
- kommunikation
- fastighet, lokaler, service
- samband/säkerhet
- krisstöd (PKL)
- sakkunnig/expert, kallas in vid behov

Varje funktion ansvarar för sin egen dokumentation medan stabschefen har ett särskilt dokumentationsansvar, se nedan. Dokumentationen utgör underlag för utvärdering och eventuella förbättringsåtgärder. Funktionspärmar som närmare beskriver varje funktions uppgifter finns i ledningslokalen.

### 5.3.1 Stabschef

Genom att ha en stabschef säkerställs att staben organiseras och arbetar på ett effektivt sätt utifrån de uppgifter som ska hanteras. En stabschef leder arbetet i staben genom att samordna och planera det enligt de mål och tidplaner som sjukvårdsledaren och medicinskt ansvarig sätter upp. Stabschefen ansvarar för att innehållet i alla stabsorienteringar och alla ledningsbeslut dokumenteras digitalt och samlat i en logg som kopplas till tidsangivelser. Stabschefen upprättar en stabsarbetsplan och planerar för stabens uthållighet. Inledningsvis är TiB stabschef tills en särskilt utsedd stabschef kommer till staben. Om staben ska hantera några få och väl avgränsade uppgifter behövs ingen stabschef. I dessa situationer kommunicerar deltagarna i staben direkt med sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig.

## 5.4 Arbetsuppgifter på regional nivå

Den stora övergripande uppgiften för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå är att samordna insatsen. Samordning sker genom ledning och samverkan.

### 5.4.1 Samordning av verksamheter

Vid allvarlig händelse ska den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå samordna den prehospitalka akutverksamheten, sjuktransporter och vårdenheter genom ledning och samverkan. Ledning innebär att stödja skadeområdet och tillföra mer resurser och omfördela resurser mellan landstingets olika verksamheter. Det kan innebära att ta emot rapporter, ge hänvisning vart skadade ska transporteras (fördelningsnyckel), kontakta mottagande enheter och inventera samt eventuellt larma ett eller flera angränsande landsting. Vid allvarlig händelse sker all kontakt med andra landsting/länder via den regionala nivån. Om en nationell sjukvårdsledning finns aktiverad kan kontakten med andra länder komma att tas via den nationella sjukvårdsledningen.

### 5.4.2 Krisstödsamordning på regional nivå

Organisationen av krisstödet är en integrerad del i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå. Krisstödet samordnas regionalt av en krisstödsamordnare som ingår i staben. Krisstöd ligger inom det medicinska ansvarsområdet. Vid en allvarlig händelse kan krisstödet behöva vara aktivt mycket längre än det övriga arbetet på regional nivå. Det är viktigt att sjukvårdsledningen är tydlig med när denna krisstödsamordning upphör och organisationen övergår till daglig verksamhet. Ordförande i landstingets PKL-grupp ansvarar för att rutiner och checklistor utarbetas.

#### I krisstödsamordningen på regional nivå kan det ingå att:

- bedöma behov av krisstöd och inriktningen för arbetet
- etablera kontakt med lokal krisstödsamordnare och slå fast vad som behövs just nu men även på sikt, om krisstödet drar ut på tiden
- inventera tillgängliga resurser för krisstöd och se över vilka som är aktiverade
- bedöma vilka externa kontakter som behövs för eventuell samverkan och på vilken nivå den ska ske.

### 5.4.3 Samordning av primärvården

En allvarlig händelse kan innebära att primärvården initialt belastas hårt. Ju tidigare primärvården får information desto större är förutsättningarna för att lättare skadade ska få ett bra omhändertagande.

Förberedda hälsocentraler med specifika larmlistor är nödvändigt, men det måste också framgå tydligt vilka rapporteringsvägar som gäller. Primärvården kan kraftsamla och sända sjukvårdsgrupper till skadeplats, men också vara en resurs för att ta hand om drabbade och anhöriga som behöver krisstöd. Det ska tydligt framgå i lokala planer hur primärvården ska samordnas med till exempel den specialiserade vården och övriga verksamheter vid en allvarlig händelse.

### 5.4.4 Samverkan på regional nivå

För att den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå ska kunna samordna sin verksamhet på ett effektivt sätt måste den samverka med andra involverade aktörer. Dessa samverkande myndigheter, organisationer eller företag kan finnas på lokal, regional eller nationell nivå. Exempel på involverade aktörer kan vara flygräddningen, räddningstjänstens bakre ledning, länspolismyndigheten, länsstyrelsen, bussbolag och olika förvaltningar eller krisledningsnämnder i kommuner. Vid en allvarlig händelse kan en samverkansstab upprättas på Trygghetens hus. Sjukvårdsledaren ansvarar för att utse vem som deltar i samverkansstaben från regional sjukvårdsledning. Sjukvårdsledningen kan i ett tidigt skede behöva etablera samverkan med ett eller flera angränsande landsting. Kontakt tas genom alarmeringsfunktionen som vidarebefordrar kontakten med TiB-funktionen i övriga landsting. Önskas stöd från nationell nivå kan Socialstyrelsens TiB kontaktas via alarmeringsfunktionen. Sjukvårdsledningen kan även behöva etablera samverkan med Norge. Kontakten med akutmedicinsk kommunikationscentral (AMK) i Sör- eller Nord-Trøndelag förmedlas efter begäran till alarmeringsfunktionen.

### 5.4.5 Samordning av information och kriskommunikation

Informationsbehovet är stort vid en allvarlig händelse. Det är därför nödvändigt att informationsinsatserna så långt det är möjligt samordnas mellan den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå och den lokala motsvarigheten (vårdenhet/er och skadeområde). Den regionala sjukvårdsledningen ska även samverka med andra myndigheter, kommuner och övriga aktörer för att undvika dubbla eller oklara budskap. Vid vissa tillfällen kan informationen också behöva samordnas nationellt. Kriskommunikationsplan återfinns på intranätet.

### 5.4.6 Massmediernas roll

Massmedia har en viktig roll när det gäller att bevaka krishanteringen och informera medborgarna vid kriser. Medierna kan vara till stor nytta. Det är lämpligt att utse en särskild presstalesman eller några personer som svarar på olika slags frågor. Att aktuellthålla information på en webbplats liksom att ge dagliga presskonferenser är ett bra sätt att informera.

### 5.4.7 Ansvar information

Vid en allvarlig händelse har den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå uppgiften att samordna landstingets information. Sjukvårdsledaren ansvarar för informationens innehåll men ska inte själv utföra alla arbetsuppgifter. I början av en händelse finns kanske bara sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig etablerade. Ett sätt att styra informationsflödet är att i tidigt skede ta initiativ genom att t.ex. skriva pressmeddelande. Landstingets kommunikationsstab som till vardags arbetar med dessa frågor finns representerad i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå.

#### Exempel på uppgifter:

- se till att pressmeddelanden skrivs
- förbereda inför presskonferenser
- hålla kontakt med massmedier
- se till att rätt information finns i telefonväxeln
- uppdatera den interna och externa webbplatsen
- bevaka omvärlden genom andra medier, exempelvis radio och TV
- sköta kontakter med andra aktörers informationsfunktioner
- dokumentera alla informationskontakter
- stämna av innehållet i informationen med sjukvårdsledare innan publicering.

## 5.5 Viktigt meddelande till allmänheten (VMA)

Med hjälp av VMA kan stora delar av befolkningen i Jämtland bli varnade och få information i samband med olyckor som riskerar att orsaka allvarliga störningar i samhället. VMA utgörs dels av utomhuslarm, samt av ett meddelande i radio och TV. Upprättande av VMA för landstinget kan göras av kriskommunikatör och TiB.

### 5.5.1 VMA vid utomhuslarm

Signalen i utomhuslarmet varar i minst två minuter och består av sju sekunder långa ljudstötter som sänds med 14 sekunders paus emellan. När signalen sänds är det en uppmaning till att gå inomhus, stänga fönster och dörrar samt eventuell ventilation och lyssna på radion för mer information. Utomhuslarmet testas fyra gånger per år, den första helgfria måndagen i mars, juni, september och december kl. 15.00.

### 5.5.2 VMA i radio och TV

Det finns två nivåer på meddelanden:

**Varningsmeddelande** sänds genast när det är omedelbar risk för skada på liv, hälsa och egendom eller i miljön eller vid risk för spridning av allvarlig smittosam sjukdom

|                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Överhängande fara för spridning av allvarlig smittosam sjukdom | Smittskyddsläkare |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|



**Informationsmeddelande** sänds utan krav på omedelbarhet för att förebygga och begränsa skador på liv, hälsa, egendom eller i miljön och vid smittspridning.

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Inför och vid extraordinära händelser | Kommuner och landsting* |
|---------------------------------------|-------------------------|

\*TiB eller kommunikatör genomför själva uppdraget efter Sjukvårdsledarens beslut

Det är viktigt att komma ihåg att återta meddelandet alternativt meddela när faran är över.

## 5.6 Webbaserat informationssystem (WiS)

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tillhandahåller ett webbaserat informationssystem där aktörerna i krishanteringssystemet kan dela information med varandra före, under och efter en allvarlig händelse. TiB skriver dagboksanteckningar och utifrån dem sker uppföljningar och utvärderingar av inträffade allvarliga händelser med fokus på förbättringar.

## 6 VID ALLVARLIG HÄNDELSE PÅ VÅRDENHET

En viktig uppgift vid allvarlig händelse är att omfördela resurser inom egen vårdenhet för att akut kunna möta upp det ändrade behovet, för detta behövs en särskild sjukvårdsledning. För specialistvården (Östersunds sjukhus) är denna sjukvårdsledning samordnad med särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

När sjukhuset får larm om allvarlig händelse beslutar anestesibakjouren och/eller sjukvårdsledaren på regional nivå utifrån tillgänglig information om att höja beredskapsläget. Förändring av beredskapsläge sker utifrån en bedömning av hur sjukhuset kommer att påverkas av den allvarliga händelsen.

Vid larm om allvarig händelse till hälsocentral fattar utsedd beslutsfattare, tillika sjukvårdsledare beslut om höjning av beredskapsläge, samt att särskild sjukvårdsledning på lokal nivå etableras. Dessa beslut kan också fattas i samråd med särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

### 6.1 Vid allvarlig händelse på sjukhus

Samtliga skadade som transporteras till Östersunds sjukhus ska passera genom ett och samma patientintag i anslutning till akutmottagningen. Oavsett ankomstsätt, ambulans eller privatbil ska alla inkommande passera en prioriterings- och registreringsfunktion.

Den lokala planen ska ange var prioritering, sortering, registrering, undersökning och behandling av de skadade ska ske liksom hur lokaler, personal och egna resurser i övrigt ska disponeras.

Vid en allvarlig händelse ska Östersunds sjukhus:

- besluta om eget beredskapsläge
- inventera vårdplatser och meddela hur många drabbade (röda, gula, gröna) de kan ta emot
- omhänderta patienter
- etablera en särskild sjukvårdsledning



- säkerställa att det finns medicinskt ansvariga på akutmottagning, operation och IVA
- fortlöpande inhämta information om utvecklingen på vårdenheter och fatta inriktningsbeslut för egen verksamhet
- sända ut minst två sjukvårdsgrupper
- omhänderta och sanera drabbade som utsatts för farliga ämnen (CBRN händelse). En godkänd, fast saneringsenhet ska finnas
- organisera krisstöd för drabbade
- meddela särskild sjukvårdsledning ändrat beredskapsläge och egna resurser samt ytterligare behov
- bedöma egen uthållighet och påverkan på ordinarie verksamhet
- t.ex. bedöma sjukhusets behov av att expandera eventuellt flytta verksamheter
- säkerställa sjukhusets tekniska drift
- säkerställa transportvägar inom vårdenheter och dess områden
- planera för information till anhöriga och egen personal
- planera informationsstrategi till massmedierna tillsammans med Särskild sjukvårdsledning.

### 6.1.1 Inrättande av särskild sjukvårdsledning

Anestesibakjour bedömer (i samråd med TiB/sjukvårdsledare) utifrån tillgänglig information om höjning av beredskapsläge för sjukhuset och etablering av särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Ett sådant beslut åtföljs av en i förväg bestämd och känd larmkedja.

### 6.1.2 Tillämpning av ledningsroller

Vid samordnad särskild sjukvårdsledning finns endast en sjukvårdsledare och en stabschef. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå utgörs initialt av TiB (sjukvårdsledare) och anestesibakjour (medicinskt ansvarig). Till sitt stöd kan den/de ha en stab som kan ledas av stabschefen. Ansvarsområden och uppgifter för sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig liksom för funktionerna i staben och stabschefen ska framgå i utarbetade checklistor, vilka återfinns i Centuri.

### 6.1.3 Beredskapslägen

Sjukvården ska ha en organisation som kan anpassas till uppgiften. Det går att ändra förmågan genom olika beredskapslägen. Varje beredskapsläge kan utlösas direkt eller som en upptrappning av lägre beredskapsgrad. Vid sjukhuset har anestesibakjour samt sjukvårdsledare för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå mandat att utlösa och eller växla beredskapsläge.

**Stabsläge på sjukhus** beslutas vid larm om händelse eller hot, där omfattningen är oklar och den tillgängliga kapaciteten av sjukvårdens resurser kan förväntas bli otillräcklig. Detta är ett "stand-by-läge" som ska och kan utlösas på vida indikationer och som ökar beredskapen för fortsatt agerande.

Anestesibakjouren fattar beslut om stabsläge för sjukhuset. Anestesibakjouren (medicinskt ansvarig) och TiB (sjukvårdsledare) utgör initialt särskild sjukvårdsledning på regional nivå till dess att fler deltagare är på plats.

Han/hon håller sig sedan tillsammans med primärjourer anesthesi, kirurg, ortoped, medicin samt TiB underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen.

**Förstärkningsläge på sjukhus** beslutas vid larm om händelse där tillgänglig kapacitet kommer att bli otillräcklig för det akuta omhändertagandet, men då det ändå kan förväntas räcka med en begränsad resursförstärkning. Sjukvårdsverksamheten förstärks punktvis där behov av resursförstärkning är nödvändigt eller mycket sannolikt.

Förstärkning sker med personal inom de områden som är berörda enligt den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen. Anestesibakjouren (medicinskt ansvarig) och TiB (sjukvårdsledare) utgör initialt särskild sjukvårdsledning på regional nivå till dess att fler deltagare är på plats.

**Katastrofläge på sjukhus** beslutas vid larm om händelse där det är helt klart att det krävs resurser långt över tillgänglig kapacitet för det akuta omhändertagandet och för att klara verksamheten under ett mer långdraget förlopp. Alla de funktioner som behövs för att ta hand om ett stort antal patienter mobiliseras. Extra personal kallas enligt larmlistor.

Mobilisering sker av alla tillgängliga funktioner och resurser som krävs för att hantera den aktuella situationen. Anestesibakjouren (medicinskt ansvarig) och TiB (sjukvårdsledare) utgör initialt särskild sjukvårdsledning på regional nivå till dess att fler deltagare är på plats.

#### 6.1.4 Registrering och journalföring

Polisen ansvarar för att identifiera och registrera drabbade i skadeområdet. Polisen förser de registrerade med ett ID-band som inte får tas bort förrän polisen har fastställt den skadades identitet. En samordning av polisens och hälso- och sjukvårdens registreringsrutiner är nödvändig.

På vårdenheten registreras de skadade i en särskild förteckning som tar upp patientens identitet om den är känd och en sammanfattande skadebeskrivning. Rutiner vid skyddad identitet ska finnas. Den visar också vart patienten förs. Dessa uppgifter vidarebefordras kontinuerligt till den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå. Oavsett hur den skadade har anlänt till sjukhuset så registreras och journalförs han eller hon på samma sätt. Ingen patient får lämna akutmottagningen utan att vara registrerad.

Om möjligt används samma formulär som i den dagliga ordinarie verksamheten på akutmottagningen, allt enligt Patientdatalagen (2008:355). Om förenklade så kallade katastrofjournaler används vid en allvarlig händelse är det viktigt att de liknar vardagens system så långt detta är möjligt.

#### 6.1.5 Krisstöd

Det är viktigt att både de direkt och indirekt drabbade tidigt erbjuds en psykologisk första hjälp. I den särskilda sjukvårdsledningen finns krisstödsamordnare som har till uppgift att samordna och

organisera arbetet med krisstödet (PKL). Samverkan kan även ske med kommunal POSOM-grupp. Oskadade och eventuellt även närstående hänvisas till särskilt förberedda lokaler utanför akutmottagningen. Rutiner beskrivs mer detaljerat i sjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan.

### **6.1.6 Information och kriskommunikation**

Vid en allvarlig händelse samordnas informationen av särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Den särskilda sjukvårdsledningen ansvarar för information som rör skadeområdet, sjuktransporter, massmedier samt information på vårdenheten (egen personal, anhöriga och patienter).

För mer detaljerad information se landstingets Kriskommunikationsplan (LS/100/2012) som anger hur information och kommunikation ska ske på både lokal och regional nivå vid en allvarlig händelse och eller extraordinär händelse.

#### **Information till närstående**

Vid en allvarlig händelse kommer närstående till drabbade att söka information hos landstinget. Generellt ansvarar polisen för all information om personer som är inblandade i händelsen medan hälso- och sjukvården ansvarar för informationen om drabbade som förts till vårdenhet. Det är angeläget att snabbt meddela vilka telefonnummer anhöriga kan ringa.

Den förberedda anhörigupplysningen i Musslan ska vara tillräckligt dimensionerad för att hantera alla samtal från anhöriga. Fastställda rutiner ska finnas för verksamheten och beskrivas mer detaljerat i sjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan.

#### **Information till allmänhet och massmedier**

Det är lämpligt att tidigt lämna pressmeddelande till lokala radio- och TV-kanaler. Hörsalen på sjukhuset är en förberedd lokal för presskonferens riktad till massmedier. Viktigt är att det är skyltat till platsen. De samverkande organisationerna håller lämpligen gemensamma presskonferenser. Det är sjukvårdsledaren på regional nivå som ansvarar för innehållet i hälso- och sjukvårdens information om inget annat beslutas.

#### **Information till personal**

En snabb och effektiv informationskanal till den egna personalen vid vårdenheten ska finnas förberedd, t.ex. via intranätet.

#### **Information till patienter på sjukhuset**

Välinformerad personal delger vanligen patienter tillräcklig information men vid t.ex. epidemier kan det behövas skriftlig information till patienter och deras besökare.

#### **Information till telefonväxeln**

Personalen i telefonväxeln måste veta vart de ska hänvisa anhöriga och allmänheten. Alla pressmeddelanden ska därför delges telefonväxeln. Personalen behöver också utbildning i hur landstingets krisorganisation fungerar vid allvarlig händelse för att kunna hantera den ökade belastningen.

## 6.2 Vid allvarlig händelse inom primärvården

Samtliga hälsocentraler som ingår i systemet för hälsoval utgör enligt avtal en del av landstingets katastrofmedicinska beredskap. Enligt avtalet ska hälsocentralerna ha en beredskap att:

- vara mottagande enhet för att ta emot lätt skadade patienter
- vara uppsamlingsplats för skadade
- vid behov ha möjlighet att bistå med psykosocialt omhändertagande
- sända ut sjukvårdsgrupp/er till skadeplats

Hälsocentralerna kan larmas av alarmeringstjänsten eller TiB. Sjukvårdsledare i särskild sjukvårdsledning på lokal nivå för respektive hälsocentral fattar beslut om beredskapshöjning på hälsocentralen.

Varje närvårdsområde ska ha en lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan som kan aktiveras vid allvarlig händelse. Varje hälsocentral kompletterar planen med enskilda åtgärdskort som ska innehålla uppgifter om:

- hur hälsocentralen larmas
- hur planen aktiveras
- hur hälsocentralen ska organiseras, ledas och samordnas
- hur personal eventuellt ska larmas in och kontaktuppgifter till dessa
- kontaktuppgifter till den lokala krisledningen
- rutiner för registrering av patienter

Plan och åtgärdskort ska revideras årligen eller vid behov.

## 6.3 Farliga ämnen på vårdenhet

Om de första rapporterna från skadeområdet klargör att det är en händelse med farliga ämnen ska de delar av den regionala och de lokala planerna som omfattar farliga ämnen aktiveras. Det är viktigt att den lokala planen beskriver hur det snabbt ska gå till att stänga vårdenheten och styra om flödet av drabbade genom saneringsanläggning eller på annat sätt.

Sjukhusets saneringsanläggning bemannas av utbildad och övad personal i särskild skyddsutrustning som sanerar genom att klä av de drabbade och tvätta dem med tvål eller saneringsmedel. Det ska finnas en tydlig beskrivning av hur sanering ska gå till, vem som ska genomföra den och hur de drabbades tillhörigheter ska tas omhand och förvaras.

Vid ansamling av många drabbade med saneringsbehov kan prioritering före sanering behövas. Vid RN-händelse görs en mätning före och efter sanering med hjälp av sjukhusfysiker.

Händelser med farliga ämnen kräver snabb, korrekt och icke panikskapande information både till egen personal och allmänhet. Den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå samordnar hälso- och sjukvårdens information.

## 6.4 Distribution av läkemedel till sjukvårdsinrättning

Vid allvarlig händelse eller extraordinär händelse ska sjukhusapoteket enligt kundens anvisningar medverka med personal och övriga resurser för att snabbt kunna tillhandahålla läkemedel. Kontakt sker via landstingets TiB eller särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

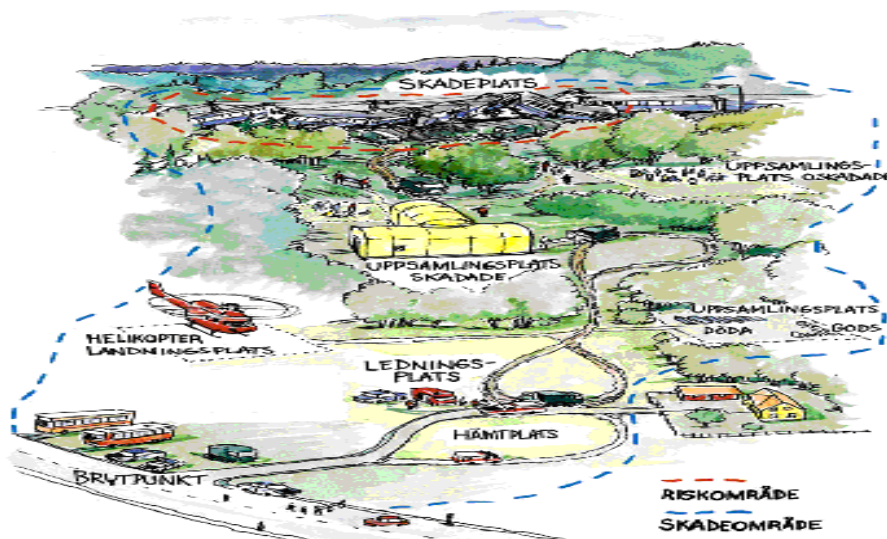
## 7 SJUKVÅRDSLEDNING OCH ORGANISATION I SKADEOMRÅDE

I Jämtlands läns landsting ska konceptet för PS- Prehospital Sjukvårdsledning® användas när första sjukvårdsenhet samt ytterligare en enhet finns på skadeplats t.ex. ambulans, räddningstjänst eller polis. I regel är det personal från en vägambulans eller ambulanshelikopter, men det kan också vara en sjukvårdsgrupp. Då etableras ledningsrollerna Sjukvårdsledare (SVL) och Medicinskt ansvarig (MA) i skadeområdet. Med uppdelning i två ledningsroller och tillhörande ansvarsområden och tydliga arbetsuppgifter blir arbetet effektivt, förenklar samverkan och ger ökad trygghet.

Vid en stor olycka eller katastrof kommer resurserna i skadeområdet initialt att vara otillräckliga. En viktig uppgift för den prehospitala sjukvårdsledningen i skadeområdet är att rapportera om den aktuella kapaciteten, men även kommande behov för att den regionala sjukvårdsledningen ska ha möjlighet att skapa balans mellan behov och resurser.

### 7.1 Ledningsroller och samordning i skadeområde

Den gemensamma insatsen i ett skadeområde leds i samverkan av sjukvårdsledare, räddningsledare och polisinsatschef från en gemensam ledningsplats, där ett eller flera ledningsfordon kan vara uppställda. Sjukvårdsledare, räddningsledare och polisinsatschef leder var och en sin egen organisations verksamhet utifrån egen lagstiftning. Hälso- och sjukvården leder och ansvarar för sjukvårdsarbetet på skadeplats. Sjukvården kan vid vissa risker och hot inom skadeområdet begränsas i sin "rörelsefrihet" av räddningstjänst eller polis. Varje myndighet har ett eget ansvar att tillse att samverkan på skadeplats fungerar effektivt.



Den geografiska plats där olyckan inträffat kallas *skadeplats* och det område där hela arbetet bedrivs, kallas *skadeområde*. Ett stort skadeområde indelas ofta i *sektorer*. Larmade enheter kan dirigeras till en *brytpunkt*, d.v.s. en geografisk plats dit samtliga enheter dirigeras i avvaktan på insats.

Inom skadeområdet upprättas efter behov *uppsamlingsplatser* för skadade, tillsynes oskadade, döda och gods. Vid behov av helikopter beslutar räddningsledare i samverkan med sjukvårdsledare var helikopterlandningsplats ska anordnas, vilket bör vara minst 100 meter från uppsamlingsplats för skadade. Om skadeområdet inte är beläget i anslutning till farbar väg måste terrängtransport ordnas från uppsamlingsplatsen. Den plats där de skadade hämtas av sjuktransportfordon kallas *hämtp plats*.

### 7.1.1 Sjukvårdsledare

Sjukvårdsledaren är chef för sjukvårdsarbetet i skadeområdet och har därmed det övergripande ansvaret för sjukvårdsinsatsen. Sjukvårdsledaren har även ett säkerhets-, resurs-, samverkans- och kommunikationsansvar.

Sjukvårdsledaren utmärker sig med väst märkt sjukvårdsledare och hjälmduk med ruttmönster. Hjälms och hjälmduk ska därför alltid bäras vid upprättande av prehospital sjukvårdsledning. Enbart en person ska bära denna rollmarkering.

#### Ansvarsområden för sjukvårdsledare:

- etablera prehospital sjukvårdsledning och tydliggöra vem som har rollen sjukvårdsledare
- rapportera mot alarmeringsfunktionen som vidarebefordrar informationen till TiB, d.v.s. regional nivå
- samverka med räddningsledare och polisinsatschef och andra aktörer på skadeplats
- tillse att säkerheten för hälso- och sjukvårdens personal är tillräcklig
- ta inriktningsbeslut med beaktande av säkerhet och annat som framkommer i samverkan
- inventera sjukvårdsbehov
- inventera tillgängliga sjukvårdsresurser
- efterfråga förstärkning av sjukvårdsresurser
- upprätta sambandsstruktur för sjukvården internt och externt
- planera för sjukvårdens uthållighet
- informera den egna organisationen, samverkande och massmedier
- dokumentera tider och beslut.

#### 7.1.1.1 Rapportering

Sjukvårdsledaren har ansvaret för att skapa en fungerande informationsöverföring för hälso- och sjukvården i ett skadeområde. Sjukvårdsledaren ansvarar även för att ”Genom vindrutans rapport” och verifieringsrapport inrapporteras via RAKEL till alarmeringsfunktionen och till TiB som initialt utgör särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

#### Genom vindrutans rapport - Första rapport från skadeområdet

Denna lämnas av sjukvårdsledaren direkt efter ankomst till skadeplatsen innan han/hon lämnar bilen. Rapporten ges enligt strukturen **METHANE**. Se bilaga 1A.



Misstänkt allvarlig händelse

Exakt lokalisation

Typ av skadehändelse

Hot/risker

Ankomstväg

Numerär av drabbade

Extra resurser

M i METHANE utgör koden för misstänkt allvarlig händelse. Vid misstänkt allvarlig händelse "JA" är det mycket viktigt att öppna kontaktvägen mot TiB och den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå. Vid misstänkt allvarlig händelse "NEJ" gäller normala rutiner så länge situationen inte utvecklas till något allvarligare.

### **Verifieringsrapport - Andra rapport från skadeområdet**

Verifieringsrapporten lämnas av sjukvårdsledaren inom 10 minuter från ankomst till skadeplats. Rapporten ges enligt strukturen "METHANE" och ska kompletteras med uppgifter om bekräftat antal skadade, rekognoseringsläge (hur stor del av skadeområdet som är genomsökt), beräknad tidpunkt för första avtransport och speciella omständigheter. Rapporten ges även vid avvisad allvarlig händelse eftersom landstinget behöver denna information. Se bilaga 1A.

Alarmeringsfunktionen tar emot och vidarebefordrar rapporten till TiB.

### **Prioriteringsrapport (ny verifieringsrapport)**

Prioriteringsrapporter kan ges fortlöpande från skadeområdet, vilken/a sjukvårdsledaren lämnar via larmoperatören till den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå som kan vara lika med TiB. Prioriteringsrapporter ska ges kontinuerligt var 30 minut, eller vid behov när ny viktig information tillkommit. Se bilaga 1B.

Vid bekräftad allvarlig händelse ska prehospital sjukvårdsledning meddela TiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå när arbetet på skadeplatsen avslutas.

## **7.1.2 Medicinskt ansvarig**

Medicinskt ansvarig har det övergripande medicinska ansvaret i sjukvårdsinsatsen i skadeområdet och har därmed ansvaret för hur sjukvårdsarbetet ska bedrivas med de resurser som sjukvårdsledaren kan göra tillgängliga.

Medicinskt ansvarig utmärker sig med väst märkt Medicinskt ansvarig och hjälmdok utan rutmönster. Hjälmdok med hjälmdok ska därför alltid bäras vid upprättande av prehospital sjukvårdsledning. Enbart en person kan bära denna rollmarkering.

### **Ansvarsområden för medicinsk ansvarig:**

- göra medicinska bedömningar
- ta medicinskt inriktningsbeslut med klargörande av medicinsk ambitionsnivå
- lämna medicinskt underlag till sjukvårdsledaren kontinuerligt
- inhämta fördelningsnyckel från sjukvårdsledaren
- initiera prioritering och omhändertagande av drabbade

- ta emot information från hälso- och sjukvårdens personal för att hålla sig uppdaterad om sjukvårdsinsatsernas fortskridande
- vid behov omprioritera det medicinska inriktningsbeslutet
- organisera avtransport så att drabbade transporteras på ett säkert sätt till rätt plats
- dokumentera alla medicinska ledningsbeslut (samt ange tider för besluten)
- se till att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar iakttagelser, bedömningar och behandlingar på individuella skadekort.

### 7.1.3 Stab

De personer som får till uppgift att stödja sjukvårdsledare eller medicinskt ansvarig kallas för stab. Syftet med en stab är att utöka chefens ledningsförmåga genom att vara det ledningsstöd som chefen behöver. Sjukvårdsledaren kan t.ex. behöva en person som sköter all kommunikation eller logistik kring de resurser som kommer in till skadeområdet.

### 7.1.4 Vårdutförare

Vårdutförare är all hälso- och sjukvårdspersonal i skadeområdet som direkt arbetar med de drabbade och som utför vård och behandling utifrån medicinska inriktningsbeslut.

#### I vårdutförarens arbetsuppgifter ingår:

- prioritera drabbade utifrån det medicinska inriktningsbeslutet
- rapportera till medicinskt ansvarig om de drabbades medicinska tillstånd och skadeutfall samt om grupper av och enskilda drabbade
- dokumentera iakttagelser, bedömningar och behandlingar på individuella skadekort
- identifiera skador
- behandla drabbade
- ge krisstöd

### 7.1.5 Sjukvårdsgrupper

Sjukvårdsgrupp utgår på begäran av sjukvårdsledare när det för besättningen är uppenbart att det finns behov av förstärkning av sjukvårdsinsatser i skadeområdet vid en misstänkt allvarlig händelse. Beslut kan också fattas av TiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå vid allvarlig händelse.

### 7.1.6 Kommunikation

Sedan hösten 2011 fungerar RAKEL-systemet (RAdioKommunikation för Effektiv Ledning) som ett första alternativ gällande utlarmning och kommunikation mellan larmcentral, ambulanssjukvård och TiB. Beslut är taget att RAKEL skall användas av särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Mobiltelefoni och fast telefoni fungerar som reservväg. Samverkande myndigheter som t.ex. polisen och räddningstjänsten använder sig också av RAKEL.



## 7.2 Tillämpning av ledningsroller i skadeområde

Under tiden för insatsen i skadeområdet kan olika personer upprätthålla olika roller, men alltför många byten ska undvikas då information kan tappas bort. Byten kan ske enligt nedanstående beskrivning.

Personal från första sjukvårdsenhet agerar särskild sjukvårdsledning i skadeområdet med en sjukvårdsledare och en medicinskt ansvarig. Dessa behåller sina ledningsroller tills en särskilt utbildad legitimerad läkare kommer till skadeområdet. Den legitimerade läkaren övertar då det medicinska ansvaret. Den tidigare medicinskt ansvariga (sjuksköterskan) får därefter arbetsuppgiften att organisera transporter av drabbade från skadeområdet.

Har inte den legitimerade läkaren genomgått utbildningen PS- Prehospital Sjukvårdsledning® arbetar han/hon som vårdutförare.

En legitimerad läkare som kommer till skadeområdet, men som inte övertar rollen som medicinskt ansvarig, tar givetvis medicinska beslut kring enskilda patienter. Sjuksköterskan från första vårdenhet behåller således oförändrat rollen som medicinskt ansvarig.

## 7.3 Initialt arbete på skadeplats

Den primära uppgiften är att säkra skadeområdet och skapa tillträde till de drabbade. Skadeområdet delas vid behov upp i lämpliga sektorer där individer från samverkande organisationer jobbar tillsammans i de olika sektorerna.

Sektoransvarig utses från tidigt anlända vårdenheter och samarbetar med medicinskt ansvarig och rapporterar antal och prioriterar allvarlighetsgrad.

Tillkommande vårdutförare fördelas, av sjukvårdsledaren (efter underlag från medicinskt ansvarig) till de olika sektorerna och samarbetar där med sektoransvarig.

### 7.3.1 Sortering och prioritering / triage

Vid allvarlig händelse kan det initialt finnas brist på resurser, varför önskvärda åtgärder måste prioriteras mot behov och i ögonblicket tillgängliga resurser. De medicinska åtgärder som sätts in måste relateras till den effekt de kan tänkas ha.

**I turordning prioriteras därför åtgärder som:**

1. är livräddande
2. minskar risken för framtida invaliditet
3. minskar lidandet för den enskilde

Medicinskt ansvarig bestämmer ambitionsnivån genom att ta ett medicinskt inriktningsbeslut. All sjukvårdspersonal ska ha kännedom om detta medicinska inriktningsbeslut och det ska också kommuniceras med samverkande organisationer på skadeplats. Initialt kan ett inriktningsbeslut p.g.a. resursbrist t.ex. lyda "gående och stående får vänta, bara "röda" till uppsamlingsplatsen" eller "ingen HLR på rötskadade". Prioritering får då ske efter detta medicinska inriktningsbeslut.

**De olika prioritetsmarkeringarna används enligt följande:**

|                  |                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Röd</b>       | mycket brådskande/livshotande                           |
| <b>Gul</b>       | brådskande/kan vänta                                    |
| <b>Grön</b>      | ej brådskande/ska vänta                                 |
| <b>Vit/Svart</b> | livlös (formell dödförklaring får bara göras av läkare) |

Prioritering av drabbade är en dynamisk process och det är därför nödvändigt att prioritetsmarkeringarna är utformade så att det under ett förlopp går att ändra prioritet. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan efter en första prioritering återkommande behöva omvärdera och vid behov ändra prioriteringen. Sjukvårdsledningen måste också väga in hur resurserna ska nyttjas på bästa sätt och begränsa dem till områden där de har bäst effekt.

I ambulansens och sjukvårdsgruppernas utrustning ska det finnas prioritetsmarkeringar. Det ska finnas rutiner för att snabbt skaffa fram ett större antal prioritetsmarkeringar vid en stor skadehändelse.

För att sortera ut de livlösa i ett skadeområde används en vit/svart prioriteringsmarkering med texten livlös. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan markera en person som livlös efter att ha etablerat fri luftväg och konstaterat att personen inte andas spontant. Detta ska dock inte förväxlas med att fastställa att den drabbade är död. Endast en legitimerad läkare får fastställa att en person är död, enligt lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död.

**Vidare finns det olika sätt på vilket prioritering kan utföras i skadeområdet**

**Relativ prioritering** där varje skada bestäms av:

- skadepanoramat (antal/typ/svårighetsgrad)
- tillgängliga och förväntade resurser
- var och när prioriteringen sker

Detta innebär att en skada kan ha olika prioriteter vid olika scenario och under olika förlopp. (Användbart vid begränsad och överblickbar stor skadehändelse).

**Fysiologisk prioritering** där varje skadas prioritet bestäms av hur den skadades fysiologiska funktioner är just vid detta tillfälle då prioriteringen görs. Där kan de olika färgerna användas enligt följande:

|                  |                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Röd</b>       | ej gående, med påverkad andning och/eller cirkulation |
| <b>Gul</b>       | ej gående med opåverkad andning och cirkulation       |
| <b>Grön</b>      | gående                                                |
| <b>Vit/Svart</b> | andas ej                                              |

(Användbart vid den stora och komplicerade skadehändelsen eller katastrofen).

**7.3.2 Uppsamlingsplats**

I första hand ska skadade föras direkt till sjukvårdsinrättning som kan ge definitiv behandling. Om detta inte är möjligt att utföra direkt behövs en uppsamlingsplats. Där kan skadade tas omhand och i vissa fall kan behandling påbörjas för att möjliggöra så säker väntan och transport som möjligt.

Beslut om placering av uppsamlingsplats för skadade tas av sjukvårdsledaren i samverkan med räddningsledaren, (vid behov även i samverkan med polisinsatschefen). Den ska upprättas på skyddad plats inom skadeområdet, i befintlig byggnad eller annan lämplig plats eller i tält som ingår i en katastrofvagn som transporterats ut till skadeområdet, på begäran via larmoperatör.

### 7.3.3 Skadekort

Skadekort används av sjukvården för att kunna dokumentera vidtagna åtgärder. Skadekort är en journalhandling och ska följa patienten genom hela omhändertagande kedjan.

### 7.3.4 Avtransporter

Inom skadeområdet är det av största vikt att någon ansvarar för avtransporterna, även om uppsamlingsplats ej upprättats eller innan den hunnit upprättas. Initialt är det medicinskt ansvarig som har till uppgift att se till att de drabbade transporteras till mottagande vårdenheter. Målet är att skadade ska komma till definitiv vård genom transport till rätt vårdnivå och uppgiften är kanske en av de allra viktigaste. Även om den medicinska ambitionsnivån sänks så måste målet med snabb avtransport eftersträvas så långt som möjligt. Vid allvarlig händelse transporteras de skadade initialt enligt den fördelningsnyckel som den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå lämnar ut. Den kommuniceras till sjukvårdsledaren i skadeområdet men även till de mottagande enheterna och kan behöva ändras om situationen förändras. Preliminär fördelningsnyckel finns hos TiB.

Vid en skadehändelse med ett fåtal drabbade är det sjuksköterskan ur första sjukvårdsenhet tillika medicinskt ansvarig som ansvarar för avtransport av drabbade. Vid en allvarlig händelse är det lämpligt att sjuksköterskan behåller denna arbetsuppgift, för att säkerställa att avtransporter kommer igång. Denna uppgift utförs då på samma sätt i den lilla som i den stora händelsen. Medicinskt ansvarig kan också utse en annan person, exempelvis ur andra ambulansen, som utifrån den givna fördelningsnyckeln får till uppgift att organisera avtransporterna.

## 7.4 Säkerhet

För att undvika att personal och drabbade utsätts för risker inom viss del av skadeområdet kan detta behöva spärras av, vid t.ex. bombhot, pågående brand, gasutsläpp och rasrisk. Polisen eller räddningstjänsten fattar beslut om eventuell avspärrning. De avgör också vilken personal som får vistas inom området och vilken skyddsutrustning som krävs.

Sjukvårdsledaren ansvarar för sjukvårdspersonalens säkerhet och kan förhindra att de går in i ett sådant område. Det är ett mycket viktigt beslut om sjukvårdsgrupp eller ambulans är först på plats och situationen bedöms hotfull eller om det saknas skyddsutrustning.

Vid t.ex. kemikalieolycka indelas skadeområdet i het, varm och kall zon. Då blir det enklare att arbeta med olika skyddsnivåer. Vid kemikalieolycka kan alla tre zoner behövas. Hur många zoner som behövs i ett skadeområde avgörs av hur omfattande och farlig händelsen är samt av faran för allmänheten och insatspersonalen. Sjukvårdspersonal får inte vistas i den heta zonen eftersom de

saknar den särskilda skyddsutrustning som behövs. Det är enbart räddningstjänsten som har den särskilda skyddsutrustningen.

## **7.5 Uppgifter för kommunal räddningstjänst inom skadeområde**

Kommunal räddningstjänst utför räddningstjänst enligt lagen om skydd mot olyckor och deras uppgifter i skadeområdet är att ge första hjälpen och att hindra, begränsa samt vidta åtgärder för att minimera skador på människor, egendom eller miljö. På skadeplats leds räddningstjänstens insats av en räddningsledare

## **7.6 Uppgifter för statlig räddningstjänst inom skadeområde**

Lagen om skydd mot olyckor definierar även den statliga räddningstjänsten som innefattar flygräddning, sjöräddning, fjällräddning och eftersök av försvunna personer. Flygräddning och sjöräddning är samlokaliserade under namnet Joint Rescue Coordination Centre (JRCC).

## **7.7 Uppgifter för polis inom skadeområde**

Vid polismyndigheten i Jämtland finns länskommunikationscentralen (LKC) i Östersund med ett vakthavande befäl (VB) som leder det operativa arbetet vid myndigheten, samt även utgör bakre ledning. På skadeplats leds polisens insats av polisinsatschefen (PIC). I polisens arbetsuppgifter ingår bl.a. trafikdirigering, identifiering och registrering av skadade samt brottsutredning.

## **7.8 Psykologiskt och socialt omhändertagande (POSOM)**

Samtliga kommuner inom Jämtland/Härjedalen finns grupper för psykologiskt och socialt omhändertagande organiserade i så kallade POSOM-grupper. Om en större olycka, händelse, katastrof inträffar får POSOM larm genom SOS Alarm. Samrådsbeslut tas mellan POSOM och stödgrupp och åtgärder sätts in vid behov. Behovet av stöd kan uppstå flera dygn efter händelsen. POSOM samverkar med landstingets PKL, Psykiatrisk/Psykologisk KatastrofLedning. Det är viktigt att PKL har god kännedom om de POSOM-grupper som finns i länet.

# **8 KRISLEDNINGSNÄMNDEN**

---

Enligt Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap har landstingsfullmäktige inrättat Krisledningsnämnden bestående av fem ordinarie ledamöter och fem ersättare som ska fullgöra uppgifter vid extraordinär händelse. Krisledningsnämndens ordförande beslutar när nämnden ska träda i funktion. I krisledningsnämndens reglemente finns närmare bestämmelser om detta.

Nämnden kan träda i funktion när landstinget drabbas av en extraordinär händelse som kräver nämndens beslut, till exempel när det krävs resursplanering på längre sikt, om landstinget behö-

ver övergripande normativ ledning eller annat landsting begär bistånd vid en extraordinär händelse. Besluten är troligen av landstingsövergripande och betydande ekonomisk karaktär. Sjukvårdsledaren i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå ansvarar för dialogen med Krisledningsnämnden under en allvarlig händelse eller extraordinär händelse. Landstingsdirektören skall alltid kontaktas innan dialog med Krisledningsnämnd sker.

## **9 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ NATIONELL NIVÅ**

Ledning på nationell nivå har inte sin motsvarighet i den dagliga verksamheten och måste därför vid behov snabbt kunna aktiveras och etableras. Socialstyrelsens tjänsteman i beredskap (SoS-TiB) har till uppgift att ta emot larm om allvarlig händelse. Landstingets TiB är den som larmar Socialstyrelsens TiB.

Efter ett beslut inom Socialstyrelsen etableras en särskild sjukvårdsledning med ledningsrollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig, som har en stab till sitt stöd. Vid en allvarlig händelse där flera landsting berörs kan den särskilda sjukvårdsledningen på nationell nivå aktiveras för att samordna landstingen. Samordningsrollen kan bygga på samverkan eller ledning. På begäran från ett eller flera landsting kan Socialstyrelsen samordna insatser på nationell nivå genom samverkan med berörda landsting.

## **10 SJUKVÅRD VID HÖJD BEREDSKAP OCH KRIG**

Den fredstida katastrofberedskapen utgör grunden för beredskap i krig. I försvarsmaktens nya krigsorganisation är sjukvårdsresurserna betydligt mer begränsade än tidigare. Det innebär att huvuddelen av sjukvårdsbehoven vid väpnat angrepp måste tillgodoses av den civila sjukvården. Krigsorganiserad sjukvård kommer att innebära ökad belastning på primärvård och socialtjänst som följd av utskrivningar och omflyttning av patienter från sjukhus till andra vårdinrättningar. Verksamheten vid höjd beredskap ska bedrivas så att varje skadad och sjuk ges en medicinskt acceptabel behandling och vård, det grundläggande livsbetingelserna tryggas samt att smittspridning och uppkomst av epidemier så långt som möjligt förebyggs och verkningarna av radioaktivt nedfall begränsas.

Den statliga beredskapslagringen minskar successivt och är idag mycket begränsad. Numera finns bara sådan utrustning/materiel som kan behövas i fred det vill säga för kris- och katastrofsituation. För närvarande finns viss vårdplatsutrustning, skadeplatsutrustning, medicinteknisk utrustning, mobila elverk samt vissa omsättnings- och långtidslagrade läkemedel i lager. Behov av utrustning och materiel avropas hos Socialstyrelsens TiB som nås via landstingets egen TiB.

Under höjd beredskap ansvarar landstingsstyrelsen för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt övriga verksamheter som landstinget ska bedriva. Landstinget ska under höjd beredskap hålla den myndighet som regeringen bestämmer informerad om beredskapsläget och de övriga förhållanden som har betydelse för det civila försvaret i landstinget.

## 11 SJUKVÅRDSGRUPPER

---

Utöver den sjukvårdspersonal som finns i ambulans och helikopter ska det vid allvarlig händelse finnas möjlighet att sända kvalificerad sjukvårdspersonal, så kallad sjukvårdsgrupp, till en skadeplats. Syftet med sjukvårdsgrupp är att tillföra medicinsk kompetens och höja förmågan i ett skadeområde vid en allvarlig händelse. I detta kapitel regleras olika krav på sjukvårdsgrupp såsom:

- antal sjukvårdsgrupp/er som ska kunna utgå från sjukhus respektive närvårdsområde i primärvården
- hur snabbt sjukvårdsgrupp ska kunna åka ut till skadeplats
- vilken utbildning som krävs
- hur ofta övning ska ske
- vilken utrustning som behövs och dylikt

Närmare detaljer av mer praktisk karaktär regleras i lokala planer. Det är till exempel rutiner för hur larmning av sjukvårdsgrupp ska ske, var utrustning förvaras, hur transport ska ske till skadeplats med mera.

### 11.1 Krav på sjukvårdsgrupp

Sjukvårdsgrupp ska bestå av en läkare, en sjuksköterska och eventuellt ytterligare en sjuksköterska eller en undersköterska. Läkare i sjukvårdsgrupp ska primärt besitta anesthesi- eller allmänläkar-kompetens, men kan också ha annan utbildning av betydelse för katastrofmedicinskt omhändertagande. Vid kemisk olycka kan läkare med kompetens från intern- och eller lungmedicin behöva ingå i sjukvårdsgrupp. Sjuksköterska rekryteras från akutområdet eller primärvården.

Sjukvårdsgruppen ska bära särskild personlig utrustning och medföra adekvat medicinsk utrustning. Lista finns framtagen, en för specialistvården och en för primärvården. Den personliga utrustningen ska följa det framtagna förslaget till utrustning för sjukvårdsgrupp som finns att läsa under kapitel 12.

Vid olycka med farligt ämne ska personalen bära personlig skyddsutrustning med huva.

De som ingår i sjukvårdsgrupp ska förutom den medicinska kompetensen ha genomgått särskild utbildning för sjukvårdsgrupp. Ovanstående utbildning ska inte vara äldre än fyra år och personer som ingår i sjukvårdsgrupp bör övas minst vart annat år. Ovanstående krav gäller oavsett om sjukvårdsgrupp utgår från sjukhuset eller från hälsocentral i länet.

### 11.2 Sjukvårdsgrupp vid sjukhuset

Vid sjukhuset i Östersund ska det dygnet runt under årets alla dagar finnas möjlighet att sända ut minst två sjukvårdsgrupper till skadeplats.

Första sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut inom 15 minuter. Andra sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut inom 30 minuter.



Under övrig tid på dygnet kan tiden för att aktivera och skicka ut en sjukvårdsgrupp vara betydligt längre.

### 11.3 Sjukvårdsgrupp inom primärvården

I länet ska respektive närvårdsområde i primärvården gemensamt kunna sända ut sjukvårdsgrupp/er till skadeplats vid allvarlig händelse. Sjukvårdsgrupperna ska under dagtid/vardagar och vid A-beredskap vara klara att åka ut inom 30 minuter.

Mottagande av lättare skadade ska samordnas inom respektive närvårdsområde och rutiner för detta ska finnas i den lokala planeringen. Ett riktmärke kan vara att alla hälsocentraler i samma kommun vid en allvarlig händelse tillsammans ska kunna ta emot 150 lätt skadade inom sex timmar från det att en olycka skett och att de lätt skadade ska kunna övervakas i 12 timmar efter åtgärd.

Ansvaret för att samverkan, samordning och planering kommer till stånd och genomförs ligger i linjen. Att kunna sända sjukvårdsgrupper till skadeplats liksom att ta emot lättare skadade ska regleras i de lokala planerna och i enlighet med reglerna för hälsoval.

### 11.4 Utlarmning av sjukvårdsgrupp

Sjukvårdsgrupp larmas ut efter begäran av sjukvårdsledare på skadeplats eller efter beslut i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå/TiB. I lokala planer regleras hur detta sker praktiskt.

Anestesibakjouren alternativt den särskilda sjukvårdsledningen på sjukhuset gör alltid en uppskattning/inventering av hur många sjukvårdsgrupper som kan utgå från sjukhuset. T.ex. kan personal behövas för att ta emot drabbade när de kommer in till sjukhuset. Även inom primärvården görs en uppskattning/inventering inom respektive närvårdsområde av hur många sjukvårdsgrupper som kan skickas ut. Det kan bli primärvården som får kraftsamla och sända sjukvårdsgrupper till skadeplats beroende på omfattningen av och var i länet en olycka skett.

## 12 SJUKVÅRDSUTRUSTNING OCH LÄKEMEDEL FÖR ARBETE I SKADEOMRÅDE

---

I prehospital miljö behövs utrustning som är anpassad för ändamålet. Personalen inom ambulanssjukvården samt sjukvårdsgrupper utrustas med kläder och medicinsk utrustning som är avsedda att kunna fungera i alla tänkbara miljöer. Det gäller såväl klädsel med rätt utmärkning och skyddsutrustning som sjukvårdsmateriel och läkemedel.

I 2§ i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kraven är desamma för sjukvårdsgrupp som larmas ut från vårdenhet som för ambulanssjukvårdens personal. För att sjukvårdsgrupp ska fungera optimalt ute i ett skadeområde och inte riskera att skadas behövs rätt klädsel och rätt utrustning.

## 12.1 Klädsel sjukvårdspersonal/vårdutförare

Gemensamt för all sjukvårdspersonal i prehospital miljö är att de ska ha skyddsklädsel med god synbarhet i enlighet med Europastandard EN 471/Svensk SS-EN 471/Class3. Kläderna förses med gula fluorescerande fält. Om kläderna inte uppnår god synbarhet kompletteras detta med väst av fluorescerande material enligt standarden. Den gröna färgen för sjukvårdsverksamheten är enligt svensk standard, SS0 3 14 11, Märkfärger, 2060-G.

Arbetsgivaren ansvarar för att analysera och värdera de risker som de anställda kan utsättas för i samband med prehospitalt arbete för att utifrån detta bedöma vilka egenskaper den personliga skyddsutrustningen ska ha. Krav på utrustning finns i Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, AFS 1996:7, Utförande av personlig skyddsutrustning.

Vid sjukhus och hälsocentral som ingår i katastrofmedicinsk beredskap med sjukvårdsgrupp ska det finnas adekvat utrustning för sjukvårdsgrupp. Kontakta Upphandling eller enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö för gällande avtal.

## 12.2 Utmärkning

För att tydliggöra och underlätta arbetet i skadeområdet är det viktigt att märka ut hälso- och sjukvårdspersonalens funktioner. Arbetsmiljöverket och Vägverket har i samverkan med dåvarande Statens Räddningsverk, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen tagit fram rekommendationer för varselvästar där ledningsfunktionerna märks ut på ett enhetligt sätt.



Det är bra att även märka ut AVTRANSPORT och STAB på västar så också dessa tydliggörs. Övrig sjukvårdspersonal ska ha vit hjälm, märkt med befattning, exempelvis läkare eller sjuksköterska.

För kommunal räddningstjänst-, polis- och sjukvårdsverksamhet gäller följande färgmarkeringar i skadeområde:

|                            |                                                                                                                                           |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sjukvårdsledare</b>     | gul och grön väst med schackmönster i grönt och vitt och texten SJUKVÅRDSLEDARE samt tillhörande schackmönstrat grönt och vitt hjälm dok. |
| <b>Medicinskt ansvarig</b> | gul och grön väst med texten MEDICINSKT ANSVARIG samt tillhörande grönt hjälm dok.                                                        |
| <b>Räddningsledare</b>     | röd/vit, schackmönstrad väst och hjälm dok.                                                                                               |
| <b>Polisinsatschef</b>     | blå/vit, schackmönstrad väst.                                                                                                             |



## 12.3 Sjukvårdsutrustning och läkemedel

Den utrustning som ska tas med ut till skadeområde måste vara anpassad till fältmässiga förhållanden och för de medicinska krav som ställs. Detta gäller både sjukvårdsmateriel och övrig utrustning. Val av sjukvårdsgrupp utrustning sker utifrån respektive enhets behov, kravet är dock att kläderna har den gröna färgen för sjukvårdsverksamhet, samt rätt märkfärg. Förslagsvis beställer man sommarkläder och kompletterar dessa med underställ till vintern. För varje sjukvårdsgrupp ska det även finnas en uppsättning av varselvästar, hjälmar, sjukvårdsväskor med adekvat medicinsk utrustning och skor. Tänk på att det kan behöva beställas olika storlekar på kläderna.

Sjukvårdsväskor finns i flera utföranden och avser att täcka behovet för en sjukvårdsgrupp. Där finns t.ex. inte alla storlekar av tuber etc. utan de täcker de vanligaste situationerna. Ambulanserna finns rimligtvis nära och där finns som ett exempel alla storlekar av tuber till barn.

Nedanstående grundregler gäller för utrustning och läkemedel som ska användas prehospitalt:

- utrustningen ska vara väl känd av användaren
- användaren ska ha utbildats i att hantera sin utrustning
- utrustningen ska ha funktionskontrollerats efter utarbetade rutiner
- utrustningen ska skyddas mot vatten och fukt, stark kyla, vassa föremål samt syror
- utrustningen ska förvaras i skydd och värme i väntan på användning
- om de läkemedel som ingår i sjukvårdsgruppernas utrustning även används inom den prehospitala vården minskar risken för misstag i samband med läkemedelshanteringen.

## 12.4 Bas- och tilläggsutrustning

Med basutrustning menas den sjukvårdsutrustning som bärs individuellt och är anpassad efter kategori och personalens kompetens. Det är viktigt att den är utformad och förpackad så att den medger arbete i och förflyttning genom trånga eller annars svåra miljöer. Även här är det viktigt att utrustningen är densamma som används inom ambulanssjukvården. Det är nödvändigt att det i utrustningen också ingår utrustning speciellt för barn. Personalen ska vara utbildad, tränad och övad för att kunna använda utrustningen.

Tilläggsutrustning tas med som tillägg till skadeområde och placeras i anslutning till en uppsamlingsplats för skadade. Det är bra om den packas i speciella väskor och lådor som till exempel tålvinschning.

## 12.5 Skyddsdräkter

Vid olycka med farligt ämne ska personalen bära skyddsutrustning som är anpassad för insatsen. Socialstyrelsen har upphandlat en ny skyddsutrustning för hälso- och sjukvårdspersonal som ska användas som personligt skydd vid händelser med farliga ämnen. Ambulanspersonal använder den nya skyddsdräkten med huva anpassad till skyddsmask 90. Sjukvårdens personal på sjukhus och i sjukvårdsgrupper ska fortsätta att använda huva med fläkt tillsammans med ny skyddsdräkt utan huva. Detta innebär att den gamla gröna dräkter ska slängas, men väska och övrigt innehåll så som huva, fläkt och röstförstärkare ska sparas, då detta ska fortsätta att användas tillsammans

med den nya dräkten. Tilldelning av antalet kemdräkter grundas på genomförda riskanalyser som bland annat belyser farliga transporter inom upptagningsområdet eller annan anledning som kan vara motiverat med ett visst antal dräkter. För nya dräkter och utbildning kontakta enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö.

## 12.6 Utrustning för mobil uppsamlingsplats

Vid allvarlig händelse kan det ibland behövas utrustning för att kunna upprätta en mer skyddad och varm uppsamlingsplats. Det kan vara nödvändigt när händelsen inträffat ute i terrängen eller geografiskt långt från vårdenhet. En uppsamlingsplats kan också i vissa fall behövas för att inte överbelasta närmaste vårdenhet med lättare skadade.

I Jämtlands läns landsting finns tre materielklossar som innehåller tält, värme, bårar och belysning. De förvaras hos räddningstjänsten i Strömsund, Sveg och Järpen som vid behov transporteras genom deras försorg till skadeområde. Materielklossen i Sveg kan lyftas till skadeområde med hjälp av helikopter medan de två övriga är släpvagnar.

Landstinget har en mobil saneringsvagn som förvaras hos Jämtlands Räddningstjänstförbund som vid behov transporteras genom deras försorg till skadeområde. Den är inte enbart användbar vid sanering på skadeplats, utan även som varm uppsamlingsplats vid större olycka vid kall väderlek.

## 12.7 Beredskapslager

Socialstyrelsen lagrar viss utrustning och materiel för kris- och katastrofsituationer. Lagren består främst av medicinteknisk utrustning, utrustning för skadeplats, vårdplatsutrustning, mobila elverk och vissa omsättnings- och långtidslagrade läkemedel. Det finns ett beredskapslager i Arlandastad för att vid behov kunna distribuera beredskapslagrad utrustning via Arlanda flygplats. Det är Socialstyrelsens TiB som tillfrågas om det uppstår behov av beredskapslagrad utrustning eller materiel i landstinget.

# 13 UTBILDNING, TRÄNING OCH ÖVNING INOM KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP

---

Eftersom allvarliga händelser och extraordinära händelser inte inträffar varje dag så behöver speciella personalgrupper i landstinget regelbundet utbildas, tränas och övas.

**Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2013:22, 5 Kap framgår:**

6§ Landstinget skall planera för

1. Hur nödvändiga funktioner ska bemannas vid allvarlig händelse
2. Vilka lämpliga teoretiska och praktiska kvalifikationer personalen ska ha för den katastrofmedicinska beredskapen ska upprätthållas och
3. Personalens vidareutbildning och kompetensutveckling

7§ Landstinget ska vidare planera för regelbunden träning och övning så att personalen både kan upprätthålla och utveckla den katastrofmedicinska beredskapen och genomföra insatser vid allvarlig händelse.

**Av lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap framgår:**

8§ Kommuner och landsting skall ansvara för att förtroendevalda och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de skall kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser i fredstid.

Utbildning, träning och övning ska tillgodose gällande författningskrav liksom de mätbara mål som finns i separat avsnitt i denna plan

## 13.1 Utbildning av personal

Landstingsdirektören beslutar en långsiktig utbildningsplan som sträcker sig över en mandatperiod. Vilka målgrupper och utbildningar som ska prioriteras diskuteras i landstingets regionala krisledningsråd. Därefter utformas årliga utbildningsplaner av enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö efter prioriteringsdiskussioner i landstingets regionala krisledningsråd, som också ansvarar för uppföljning av kunskapsläge på den regionala nivån. En utbildning ska inte vara äldre än fyra år för att anses aktuell.

Utbildning av landstingets personal som kan ingå i kris- och katastrofmedicinskt arbete bedrivs dels som internutbildning på olika nivåer i regi av enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö/katastrofmedicinska utbildare, samt lokalt på vårdenheter. Extern utbildning förekommer vid till exempel Katastrofmedicinskt centrum (KMC) i Linköping och andra utbildningscentra.

Landstingsledningen, ledande tjänstemän och politiker, informeras och utbildas särskilt i egen roll i kris- och katastrofmedicinsk beredskap och inför extraordinär händelse och höjd beredskap.

Det regionala krisledningsrådet samt de lokala kriskommittéerna ansvarar för inventering av kunskapsläge och planering av utbildningsbehov. De ska också ta initiativ till lokala ledningsövningar samt föreslå förbättringsåtgärder.

I landstingets regi ordnas brandutbildningar till all personal som är verksamma i landstingets lokaler. Praktisk brandutbildning genomförs av räddningstjänst.

**Exempel på funktioner/roller som behöver utbildas, tränas och övas:**

- hälso- och sjukvårdspersonal inom ambulanssjukvården
- landstingets tjänsteman i beredskap
- personer som ingår i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå
- hälso- och sjukvårdspersonal som ingår i sjukvårdsgrupp
- personer som ingår i den särskilda sjukvårdsledningen på lokal nivå (vårdenhet)
- personer som enligt den katastrofmedicinska planen engageras vid höjning av beredskapsläge på vårdenhet
- personer som bemannar anhörigupplysning

- regional respektive lokal krisstödsamordnare samt PKL-grupp
- kommunikatörer
- landstingets krisledningsnämnd.
- larmoperatör på alarmeringscentral

I övrigt ligger ansvaret i linjen när det gäller att ge personalen möjlighet att klara sin arbetsuppgift så bra som möjligt och uppfylla gällande författningskrav. Till exempel har vissa verksamheter uppdrag att tillhandahålla sjukvårdsgrupper och chefen ansvarar då för att personalen ges tillräcklig och rätt utbildning.

## 13.2 Övning

Övningar inom kris- och katastrofmedicinsk beredskap ska genomföras regelbundet, för att säkerställa en väl fungerande organisation. Utbildning, träning och övning samordnas och tillhandahålls av enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö.

## 14 HÄNDELSE MED FARLIGA ÄMNEN

---

Miljoner ton CBRN-E produkter transporteras årligen på väg och järnväg genom Sverige och då ofta genom tätbebyggda samhällen. Utöver det används inom industri och i hemmen mängder av olika ämnen, av vilka flera har skadeverkningar både på människa och på miljö. Dessa ämnen omnämns med samlingstermen ”farliga ämnen”.

I första hand beskriver detta kapitel hanteringen av en händelse med toxiska kemikalier (C), men det initiala räddningsarbetet vid en händelse med radioaktiva ämnen (RN) följer samma huvudprinciper. Farliga bakterier och smittor (B) visar sig både som epidemier/pandemier och i hotbilder och därav följer de oftast ett annat händelseförlopp.

Transporter med farliga ämnen ska ha en tydlig utmärkning på fordonet. Enligt transportbestämmelserna ska det finnas varningsetiketter på alla kollin som innehåller ett ämne som klassats som farligt gods. Ett exempel är tanktransporter där tanken och fordonet eller transportenheten ska vara försedda med stora varningsetiketter och orangefärgade skyltar. Med hjälp av den s.k. Farligt gods pärmen kan man få fram riskerna med ämnet, hur det bör hanteras och första hjälpen åtgärder, utifrån informationen som framgår på etiketterna. Pärmen är utgiven av Brandskyddsföreningen och finns bl.a. på akutmottagningar och hos räddningstjänsten. En s.k. Farligt gods webb finns också. Inloggningsbehörighet kan skaffas via Brandskyddsföreningen.

Vid skadehändelse med ”farliga ämnen” kan det bli nödvändigt att snabbt evakuera ett stort antal människor ur ett riskområde. För att påkalla allmänhetens uppmärksamhet kan ”viktigt meddelande till allmänheten” (s.k. VMA) användas.

## **14.1 Organisation vid skadehändelse med "farliga ämnen" i skadeområde**

Sjukvårdsledning i skadeområde etableras vid skadehändelse med "farliga ämnen".

### **14.1.1 Arbetsmetod i skadeområde**

Räddningstjänsten bedömer riskzoner och ansvarar för upprättande av het, varm och kall zon (se bild på nästa sida).

#### **Arbete i het zon**

Räddningstjänsten ansvarar för allt arbete i het zon och därmed för livräddande personsanering.

#### **Arbete i varm zon**

- Ambulanspersonal med särskild utbildning och i personlig skyddsutrustning anpassad för situationen ("saneringsdräkter") arbetar i varm zon
- Sjukvårdsgrupp arbetar i varm zon efter förmåga och efter avstämning med sjukvårdsledare
- Fullständig personsanering kan utföras av sjukvårdspersonal i varm zon.

#### **Arbete i kall zon**

- Polisen ansvarar för den yttre avspärrningen (kan vara lika med kall zon). Innanför denna vistas bara behöriga
- Uppsamlingsplats för skadade upprättas inom kall zon. Saneringsdräkt är inte nödvändig, men ska finnas tillgänglig.

#### **Principer vid sanering mot farligt ämne**

- Livräddande personsanering kan innebära att exponering avbryts genom att evakuera och stoppa pågående utsläpp, att ta av kontaminerade kläder, "vädring" och/eller sanering med vatten
- Livräddande personsanering ska ske efter behov (ämnesberoende) och kontamineringsgrad
- Vid behov av livräddande personsanering ska det alltid göras innan transport från skadeområdet
- Sjukvården ansvarar för fullständig personsanering
- Fullständig personsanering ska ske efter behov (ämnesberoende) och kontamineringsgrad
- Fullständig personsanering kan innebära "vädring", partiell eller total avklädning eller dusch
- All sanering som kan utföras på skadeplatsen ska vara utförd innan transport
- Sanerade patienter ska skyddas från avkylning
- Medicinsk behandling ska påbörjas efter behov
- Vid hot om händelse med farligt ämne kan räddningstjänstens och landstingets mobila saneringsenheter vid behov användas.

### Skiss över skadeområde/skadehändelse med farligt ämne



## 14.2 Organisation på vårdenhet och behandlingsprinciper vid skadehändelse med "farliga ämnen"

Livräddande sanering utförs alltid i skadeområdet. Fullständig personsanering bör också ske i skadeområdet, men kan ske på sjukhus innan intag på akutmottagning. Fullständig personsanering på sjukhus ska ske efter behov (ämnesberoende) och kontamineringsgrad och kan innebära "vädring", partiell eller total avklädning eller dusch.

På sjukhus samt hälsocentral ska det finnas en plan för drabbade som varit exponerade för farligt ämne och som själva tagit sig till sjukhus/hälsocentral. Även dessa måste genomgå fullständig personsanering innan de tas in på akutmottagningen/hälsocentralen eller liknande.

Vårdenhetens plan för kontaminerade ska beskriva:

- rutin för snabb låsning av vårdenhet
- organisation av uppsamlingsplats i väntan på sanering
- prioritering av väntande drabbade
- organisation av arbete i sjukhusets saneringsenhet med möjlighet till sjukvård under sanering
- transport av sanerade
- rutin för hänvisning till annan enhet om saneringsmöjligheter saknas

I Jämtlands län finns det en fast saneringsenhet på Östersunds sjukhus, (finns i anslutning till ambulansintaget).

Landstingets saneringsvagn förvaras hos Jämtlands Räddningstjänstförbund och transporteras genom deras försorg till skadeområde eller där behov av mobil saneringsenhet finns.



De lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanerna gäller som vid alla allvarliga händelser. Vid CBRN-E händelse sker beredskapshöjning enligt dessa planer. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå etablerar kontakt med sjukvårdsledaren i skadeområdet för gemensam bedömning av saneringsbehov vid akutmottagningen. När sanering på sjukhuset påbörjats, kommer platsen där saneringen genomförs att betraktas som kontaminerat område, likaså området där kontaminerade väntat. På sjukhuset ska det finnas utrustning för personal som ska utföra saneringsarbete: Saneringsdräkter med tillhörande stövlar.

## 15 KRISSTÖD VID ALLVARLIG HÄNDELSE

---

I Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) Katastrofmedicinsk beredskap, framgår att det i varje landsting ska planeras för att kunna erbjuda krisstöd till dem som har drabbats av eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa som en följd av allvarlig händelse. I Jämtlands läns landsting finns en Psykiatrisk/Psykologisk KatastrofLedning (PKL). I PKL ingår personal från sjukhusets olika verksamhetsområden och är organiserat med en krisstödsamordnare på regional respektive lokal nivå som ingår i särskild sjukvårdsledning. De har till uppgift att, samordna och organisera den psykosociala insatsen inom Jämtlands läns landsting, samt att vid behov samverka med andra myndigheter och organisationer. PKL är endast organiserad vid allvarlig händelse eller vid utbildning, träning och övning.

### 15.1 Definitioner

- **PKL** (psykologisk/psykiatrisk katastrofledning) är en samordningsgrupp som under krisstödsamordnaren leder det operativa arbetet inom sjukhuset och omhändertar drabbade, anhöriga och personal vid allvarlig händelse
- **Resurspersoner** personal (socioonomer, sjuksköterskor, psykologer och sekreterare) inkallad från sjukhusets samtliga avdelningar för att arbeta med drabbade

### 15.2 Planering

Krisstödsamordnarna har ansvaret för planerings- och utvecklingsarbete när det gäller krisstöd inför allvarlig händelse.

Samordnarna ska:

- kontinuerligt se över och tillse att det finns aktuella planer för krisstöd och larmlistor
- tillse att det finns lämpliga lokaler och utrustningar för verksamheten
- inventera behov av utbildning inom krisstöd både för personer ingående i PKL medarbetare som kan komma att kallas in som resurspersoner.
- planera utbildningar och övningar
- upprätthålla kontakter med kommunerna och andra myndigheter och organisationer.
- tillse att verksamheten är känd hos övriga aktörer.

## 15.3 Vid allvarlig händelse

Målet är att alla drabbade ska erbjudas krisstödsinsatser. Drabbade personer kan vara både patienter, anhöriga och personal. Samverkan med kommunen ska ske beträffande insatser för personer som inte anses vara i behov av hälso- och sjukvård. Vid en allvarlig händelse där kommun/er också är inblandade har både kommun och landsting ansvar för att samverkan inleds och att drabbade får adekvat hjälp.

**Krisstödssamordnare på regional nivå ska vid allvarlig händelse** bedöma behovet av krisstöd och föreslår inriktningsbeslut\* för det psykosociala arbetet och rapportera detta till sjukvårdsledaren på regional nivå.

Detta innebär bl.a. att:

- etablera kontakt med lokal krisstödssamordnare och inventera det aktuella behovet av krisstöd och behovet på sikt
- inventera de tillgängliga resurserna för krisstöd och kontrollera vilka som är aktiverade
- vid behov tillse att fler aktiveras
- bedöma vilka externa kontakter som behöver tas och på vilken nivå denna samverkan ska ske
- kontinuerligt uppdatera sjukvårdsledaren (vid stabsgenomgångar)
- dokumentera verksamheten

\*Exempel på inriktningsbeslut för krisstödsinsatsen inom sjukvården:

- Samtliga drabbade ska nås av en kontakt för psykosocialt omhändertagande
- Riskgrupper ska identifieras. Personer med särskilda behov ska få kontakt med en härför särskilt utbildad person
- Övriga drabbade ska erbjudas kontakt med personal som utses av PKL
- Samverka med kommunen gällande drabbade som inte kommer in till sjukhus
- Samverka med andra myndigheter och organisationer
- För samtliga drabbade som varit på sjukhus ska lämplig uppföljning göras

Krisstödet kan vid en allvarlig händelse behöva vara aktivt mycket längre än det övriga arbetet på regional nivå. Det är viktigt att den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå är tydlig med när denna krisstödssamordning upphör och organisationen övergår till daglig verksamhet.

### 15.3.1 Befogenheter

Krisstödssamordnare bedömer och beslutar om krisstödet omfattning, det vill säga hur många resurspersoner<sup>1</sup> som krävs för ett tillräckligt krisstöd. Samordnaren äger befogenheter att:

- kalla in resurspersoner inför allvarlig händelse för utbildning, träning och övning
- kalla in resurspersoner vid allvarlig händelse för bemanning av stödtjänst, upplysningscentral och till stöd för sjukhuskyrkans arbete
- kalla in personal efter allvarlig händelse för uppföljning av målgruppen, däribland personal

---

<sup>1</sup> Inkallad personal från landstingets olika verksamheter, t.ex. socionomer, psykologer, sjuksköterskor och sekreterare



- rekvirera mat och dryck från sjukhusets kök
- rekvirera transporter
- rekvirera annat erforderligt material

Vid utbildning, övning och larm frigörs PKL-medlemmarna och resurspersoner från ordinarie arbetsuppgifter, tills PKL bedömer att uppgifterna är slutförda eller kan rymmas inom ramen för de normala arbetsuppgifterna. Verksamheterna tillhandahåller medarbetare enligt planer och inom egen budgetram.

## 15.4 Utbildning och övning inom krisstöd

Kompetensbehov för resurspersoner samt PKL medlemmar för krisstödsarbete i samband med allvarlig händelse är:

- uppdaterade med aktuell utbildning inom det katastrofmedicinska området
- delta i övningar
- erfarenhet av att arbeta under press och i akuta situationer
- vara orienterad i stabsmetodik

Kompetensbehov för krisstödssamordnare i särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå är::

- RSK – regional samverkans kurs
- årliga uppdaterade kunskaper i särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå
- deltagande i utbildning och övning tillsammans med övriga funktioner i särskild sjukvårdsledning på regional och lokal nivå.
- stabsorienteringsmetodik
- uppdaterade med aktuella utbildningar inom det katastrofmedicinska området
- delta i övningar

Samtliga verksamhetschefer har personal som kan möta drabbade personer i kris (patienter, anhöriga etc.) och har ansvar för att dessa medarbetare besitter en grundläggande kunskap och erfarenhet för detta. Samtliga verksamhetschefer ska främja deltagandet i utbildningar och övningar rekommenderade av PKL. Särskilt utsatta verksamheter kan behöva ha utsedda stödpersoner.

## 15.5 Uppföljning efter allvarlig händelse

Händelser där PKL medverkat ska rapporteras till regionala krisledningsrådet. Sårbarhet och brister ska identifieras för att säkra utveckling och kvalitet på framtida insatser.

## 16 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

---

Kvalitetsarbete är en integrerad del av hälso- och sjukvårdens verksamhet. Även arbetet inom den katastrofmedicinska beredskapen måste följa det som är fastställt i hälso- och sjukvårdslagen

(1982:763) samt i föreskriften (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) Katastrofmedicinsk beredskap innehåller rekommendationer om kvalitetsarbetet inom den katastrofmedicinska beredskapen. I all uppföljning och utvärdering ska ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv användas.

## 16.1 Mätbara mål

Landstinget i Jämtland ska vid allvarlig händelse eller extraordinär händelse kunna mobilisera och omfördela resurser så att normala medicinska kvalitetskrav kan upprätthållas för det stora flertalet patienter. Som underlag för utvärdering har landstinget följande mätbara mål. Målen ska utvärderas och kan ändras.

### Särskild sjukvårdsledning i skadeområde

- Utmärkning av sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig direkt vid ankomst
- ”Genom vindrutan rapport” enligt METHANE lämnas till larmoperatör inom 2 minuter från det att första ambulans/sjukvårdsgrupp kommit till skadeplats
- Formulera inriktningsbeslut inom 3 minuter
- Etablera kontakt med TiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå inom 5 minuter
- Verifieringsrapport lämnas inom 10 minuter enligt fastställd rutin från det att första ambulans/sjukvårdsgrupp kommit till skadeplats
- Fastställ ett medicinskt inriktningsbeslut inom 10 minuter
- Påbörja avtransport av skadade inom 15 minuter
- Underlag för presskommuniké inom 30 minuter

### TiB/Särskild sjukvårdsledning på regional nivå

- Beslut om beredskapsnivå för regional nivå inom 3 minuter från beslut om allvarlig händelse
- Beslut om ytterligare resurser ex. sjukvårdsgrupper tas inom 5 minuter från larm
- Medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare för särskild sjukvårdsledning på regional nivå etableras inom 5 minuter
- Säkerställ kontakt med skadeområdet inom 10 minuter från larm
- Preliminär fördelningsnyckel lämnas till sjukvårdsledare i skadeområdet inom 10 minuter från larm
- Larmar (kontaktar) mottagande vårdenheter inom 10 minuter från beslut om allvarlig händelse
- Fatta ett preliminärt inriktningsbeslut för den regionala nivån inom 15 minuter från verifieringsrapporten
- Fast fördelningsnyckel lämnas till sjukvårdsledare i skadeområde inom 30 minuter från larm
- Vid behov larmas annat landsting inom 30 minuter från larm
- Pressmeddelande lämnas till televäxeln inom 30 minuter från beslut om allvarlig händelse
- Särskild sjukvårdsledning på regional nivå bemannas enligt planerna

**Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (vårdenhet)**

- Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå bemannas enligt planerna
- Beslut om eget beredskapsläge inom 3 minuter från mottaget larm
- Ge underlag till TiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå om resurser inom 15 minuter
- Första sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut från sjukhuset inom 15 minuter
- Fatta ett inriktningsbeslut för vårdenhetens verksamhet inom 25 minuter
- Andra sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut från sjukhuset inom 30 minuter
- Sjukvårdsgrupper inom primärvårdens närvårdsområden ska under dagtid/vardagar och vid A-beredskap vara klara att åka ut inom 30 minuter

Genom dessa mätbara mål kan en mer systematisk uppföljning och utvärdering av allvarliga händelser göras. Intentionen är att återföra kunskap till verksamheterna. Kvalitetssäkring och utveckling ska vara en naturlig del av allt arbete med katastrofmedicinsk beredskap. Efter inträffad allvarlig händelse eller extraordinär händelse genomförs uppföljning av de mätbara målen och resultatet presenteras i regionalt säkerhetsråd innan eventuell analys och åtgärd. Uppföljning av mätbara mål görs av respektive chef för inblandade verksamheter och enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö i samverkan.

## **17 FÖRFATTNINGSKRAV**

---

**Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)** föreskriver att landstinget ska planera sin sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 §). I lagen finns också bestämmelser att hälso- och sjukvårdsresurser på begäran får lämnas till ett annat landsting som drabbats av en sådan extraordinär händelse som avses i lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (4a §). Det stadgas också att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården dels i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser (32a §) dels i krig eller vid krigsfara (33 §).

**Föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap SOSFS 2013:22** kräver bland annat att det i varje landsting ska finnas en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Landstinget ska planera för samverkan, egen personal, lokaler, utrustning, information, krisstöd inför och vid allvarlig händelse. Obligatoriska funktioner som ska finnas är tjänsteman i beredskap och särskild sjukvårdsledning. Den katastrofmedicinska beredskapen ska också systematiskt följas upp och utvärderas.

**Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m. SOSFS 2009:10 (M)** reglerar vad som gäller för ambulanssjuksköterskors arbete och ambulanssjukvård, samt att den ställer krav på hur ett ambulansfordon ska vara märkt och att alla ambulansfordon ska vara gulfärgade.

**Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9** gäller för verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Enligt den ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket ska dokumenteras. I det systematiska förbättringsarbetet ingår riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättring av åtgärder i verksamheten samt av processer och rutiner.

**Smittskyddslagen (2004:168)** föreskriver att varje landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet och att det ska finnas en smittskyddsläkare. Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom sitt område och ska planera, organisera och leda smittskyddsarbetet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

**Enligt lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap** ska varje landsting/region ha en krisledningsnämnd och för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur man ska hantera extraordinära händelser. Lagen ger landstinget/regionen möjlighet att centralisera beslutsfattandet i situationer där så krävs och på begäran bistå andra landsting.

I lagen ges också bestämmelser om kommunernas och landstingens uppgifter under höjd beredskap. Ledning, samordning och skyldigheter att vidta beredskapsåtgärder är sådana centrala frågor som behandlas i lagen och styrelsens ansvar poängteras.

Lagen omfattar landstingets/regionens samtliga verksamheter och ställer tydliga krav på att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser samt redovisa vilka åtgärder som har vidtagits av landstinget och hur dessa påverkat krisberedskapsläget. Lagen poängterar landstingets ansvar för att förtroendevalda och anställd personal får den utbildning och övning som behövs för att de skall kunna lösa sina uppgifter vid extraordinära händelser. I lagen finns också stöd för att skapa regionala samordningsfunktioner (RSF).

**Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2010:6** anger när och hur risk- och sårbarhetsanalyserna ska redovisas och till vilka. Det framgår också hur förmågebedömning ska ske liksom vilka bedömningsnivåer som ska användas vid samlad bedömning av de båda delförmågorna krishanteringsförmåga och förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar.

**Enligt arbetsmiljölagen (1977:116)** har arbetsgivaren en huvuduppgift i att se till att arbetsmiljön är säker för arbetstagarna. Arbetsgivaren ska identifiera risker som kan finnas på arbetsplatsen och bedöma hur de kan påverka arbetstagarna. Med riskbedömningen som grund ska arbetsgivaren vidta de åtgärder som behövs.

**Lag (2003:778) om skydd mot olyckor** ställer särskilda krav på egenkontroll av brandskyddet både ur verksamhets- och fastighetsägarsynpunkt. Redogörelse ska lämnas till kommunen.

**Lag (1996:627) om säkerhetsskydd** reglerar det skydd som kan behövas för viss verksamhet om den är av betydelse för rikets säkerhet eller behöver skyddas mot terrorism.

## 18 DEFINITIONER

---

### Allvarlig händelse

En befarad eller inträffad händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

### Beredskap

Att vara beredd på kommande utveckling.

### Extraordinär händelse

Händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting.

### Farliga ämnen (CBRN-E)

Med farliga ämnen avses här ämnen vars kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R), nukleära (N) eller explosiva (E) egenskaper innebär fara för människor.

### Förstärkningsläge

En beredskapsgrad som innebär att sjukvårdsledningen vidtar åtgärder för att punktförstärka viktiga funktioner inom sjukvården.

### Geografiskt områdesansvar

Beskrivs i propositionen 2001/02:10 Fortsatt förnyelse av totalförsvaret, ”att det inom ett geografiskt område finns ett organ som verkar för inriktning, prioritering och samordning av tvärsektoriella åtgärder som behövs i en krissituation”.

### Grundläggande säkerhet

Normal robusthet och beredskap som ska finnas i samhället. Grundläggande säkerhetskrav avser primärt förmåga att hantera normala fredstida störningar och olyckor men också händelser med mer omfattande konsekvenser som exempelvis epidemi, översvämning, avbrott i elförsörjning eller telekommunikation.

### Gränssättande resurser

Aktuell förmåga/kapacitet att ta emot skadade. De resurser som krävs för att klara en insats vid en allvarlig händelse.

### JRCC

Joint Rescue Coordination Center. Sjöfartsverket ansvarar sedan en tid tillbaka för både Sjöräddning och Flygräddning. Sjö- och flygräddningscentralens huvuduppgift är att ta emot larm om inträffade eller befarade olyckor i luften, på land och till sjöss samt att leda de insatser som följer av dessa. Det finns alltid en ansvarig räddningsledare på plats som bedömer larmen och fattar beslut om räddningsinsats ska inledas.

**Katastrof**

En allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.

**Katastrofläge**

En beredskapsgrad som innebär att alla de funktioner inom sjukvården som krävs tas i anspråk och att personal och utrustning förstärks.

**Katastrofmedicinsk beredskap**

Beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse

**Katastrofmedicinsk beredskapsplan**

En fastställd plan som krävs för att omhänderta drabbade och minimera de somatiska och psykiska följdverkningarna vid allvarlig händelse.

**Kontaminering**

Att utsättas för eller få ett kemiskt eller radioaktivt ämne på sig (personen blir kontaminerad)

**Kontinuitetsplanering**

Handlar om att minska sin sårbarhet och öka motståndskraften mot olika händelser som kan påverka ens verksamhet.

**Krisberedskap**

Förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer.

**Krisledningsnämnd**

Enligt lagen om extraordinära händelser ska det i varje landsting och kommun finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under en extraordinär händelse

**Ledning**

En aktivitet som syftar till att definiera en verksamhets uppgift och se till att tillräckliga resurser samordnas och nyttjas på bästa sätt för att denna uppgift ska kunna lösas.

**Ledningskomponent**

Del av ledning som hanterar vissa frågor

**Medicinskt ansvarig (MA)**

Person med den högsta medicinska kompetensen och med ledningsutbildning som har ansvaret för de medicinska besluten. Rollen som medicinskt ansvarig finns på alla nivåer.

**Normativ ledning**

Att tolka och besluta om sjukvårdsorganisationens roll och uppgift utifrån gällande lagstiftning.

**Operativ ledning**

Är ledning av insats inom ramen för tilldelade resurser. En operativ ledning ska genomföra aktiviteter utifrån avsikt och inriktning för insatsen.

**PKL**

Psykologisk/psykiatrisk KatastrofLedning. Krisledningsgrupp i landstinget som är avsedd att leda och samordna det psykiatriska och psykosociala omhändertagandet av drabbade, anhöriga och personal vid allvarlig händelse.

**POSOM**

Grupp i kommunens verksamhet för psykosocialt omhändertagande.

**Risk**

Risk är sannolikheten för att en känd eller okänd händelse inträffar som innebär att uppställda mål ej uppnås.

**Riskområde**

Område inom vilket skada på människor, miljö eller egendom kan befaras eller ytterligare kan ske.

**Regional samordningsfunktion (RSF)**

En gruppering med syfte att främja planering, utveckling och utrustning i samverkan mellan de lokala och regionala aktörerna inom sjukvård, räddningstjänst, polis och länsstyrelse inom område farliga ämnen.

**Räddningsledare, RL**

Statlig eller kommunal tjänsteman som utses leda och ansvara för räddningsinsats.

**Samverkan**

Process där representanter för olika verksamhetsområden som lyder under olika lagstiftning tillsammans ska lösa en uppgift.

**Sanering**

Åtgärd för att ta bort skadliga ämnen från personer, miljö eller egendom.

**Saneringsdräkt**

Dräkt avsedd att användas av hälso- och sjukvårdspersonal vid sanering av kontaminerade.

**Sjukvårdsgrupp**

Sjukvårdspersonal som agerar i ett skadeområde. Består av läkare och sjuksköterskor och eventuellt en undersköterska.

**Sjukvårdsledare (SVL)**

Person från hälso- och sjukvården som har logistik och resursansvar för sjukvårdsinsats vid allvarlig händelse. Rollen som sjukvårdsledare finns på alla nivåer.

**Skadekort**

Används av hälso- och sjukvårdspersonal för dokumentation av arbetet inom skadeområde.

**Skadeområde**

Området runt en skadeplats inom vilket sjukvårds- och räddningsinsatser leds och organiseras.



**Skadeplats**

Geografisk plats där olyckan har inträffat.

**Stab**

Grupp/person som bistår chef vid ledning av verksamhet.

**Stabsläge**

En beredskapsgrad som innebär att ledningen håller sig underrättad om läget, vidtar de åtgärder som definieras i aktuell åtgärdslista för den aktuella enheten och följer händelseutvecklingen.

**Stor olycka**

En allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.

**Strategisk ledning**

Att efter en bedömning av omedelbara och kommande resursbehov besluta om inriktning för och omfattning av en insats.

**Särskild sjukvårdsledning**

En förberedd organisation för att leda hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarlig händelse.

**TiB**

Tjänsteman i beredskap, tar emot larm dygnet runt och är en direktkontakt till den regionala nivån.

**Vårdutförare**

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar prehospitalt men inte har lednings- eller stabsroll

**WiS**

Webb-baserat informationssystem framtaget av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, för att organisationer som ingår i samhällets krishanteringssystem ska kunna dela information med varandra.

## **19BILAGOR**

---

Genom vindrutan rapport - METHANE, bifogas som Bilaga 1A.

Verifierings- och prioriteringsrapport bifogas som Bilaga 1B.

Processbeskrivning larmvägar på regional nivå vid sjukvårdshändelse bifogas som Bilaga 2A

Processbeskrivning larmvägar på regional nivå vid annan händelse bifogas som Bilaga 2B

Samordningskansliet  
Enheten för Krisberedskap, säkerhet och miljö

2013-11-20

LS/1636/2013  
**Bilaga 1A****Genom vindrutan rapport – METHANE**

Klockan: \_\_\_\_\_

Lämnas till SOS Alarm inom 2min

- **M**isstänkt allvarlig händelse      Ja      Nej
- **E**xakt lokalisation \_\_\_\_\_
- **T**yp av skadehändelse \_\_\_\_\_
- **H**ot / risker \_\_\_\_\_
- **A**nkomstväg \_\_\_\_\_
- **N**umerär av drabbade \_\_\_\_\_
- **E**xtra resurser \_\_\_\_\_

Tänk säkerhet och taktik

**Sök samverkan med räddningsledare, formulera inriktningsbeslut!****Inriktningsbeslut:** \_\_\_\_\_**Tid:** \_\_\_\_\_**Verifieringsrapport**

Klockan: \_\_\_\_\_

Lämnas efter 10min till SOS Alarm

- **M**isstänkt allvarlig händelse      Ja      Nej
- **E**xakt lokalisation \_\_\_\_\_
- **T**yp av skadehändelse \_\_\_\_\_
- **H**ot /risker \_\_\_\_\_
- **A**nkomstväg \_\_\_\_\_
- **N**umerär av drabbade \_\_\_\_\_
- **E**xtra resurser \_\_\_\_\_

**Bedömd rekognoseringsnivå**

1/3



2/3



Hela



- **Speciella omständigheter** \_\_\_\_\_
- **Tid för 1:a avtransport** \_\_\_\_\_ tim. \_\_\_\_\_ min.
- **Begär underlag för avtransport = Fördelningsnyckel**

**Medicinskt inriktningsbeslut:** \_\_\_\_\_ **Tid:** \_\_\_\_\_

Tänk ! Mest nytta för de drabbade. Vilken vård klarar vi av att ge.

## Bilaga 1B

## Prioriteringsrapport

Lämnas återkommande till SOS Alarm

Ge en mer detaljerad rapport om antal drabbade

KL \_\_\_\_\_ Totalt Antal \_\_\_\_\_



Röda

Gula

Gröna

KL \_\_\_\_\_ Totalt Antal \_\_\_\_\_



Röda

Gula

Gröna

KL \_\_\_\_\_ Totalt Antal \_\_\_\_\_



Röda

Gula

Gröna

Varav

- Barn
- Brännskadade
- Neuro
- Döda

|          |
|----------|
| Kl _____ |
| _____    |
| _____    |
| _____    |
| _____    |

|          |
|----------|
| Kl _____ |
| _____    |
| _____    |
| _____    |
| _____    |

|          |
|----------|
| Kl _____ |
| _____    |
| _____    |
| _____    |
| _____    |

1:a avtransport

Kl \_\_\_\_\_ Till \_\_\_\_\_ Med \_\_\_\_\_

2:a avtransport

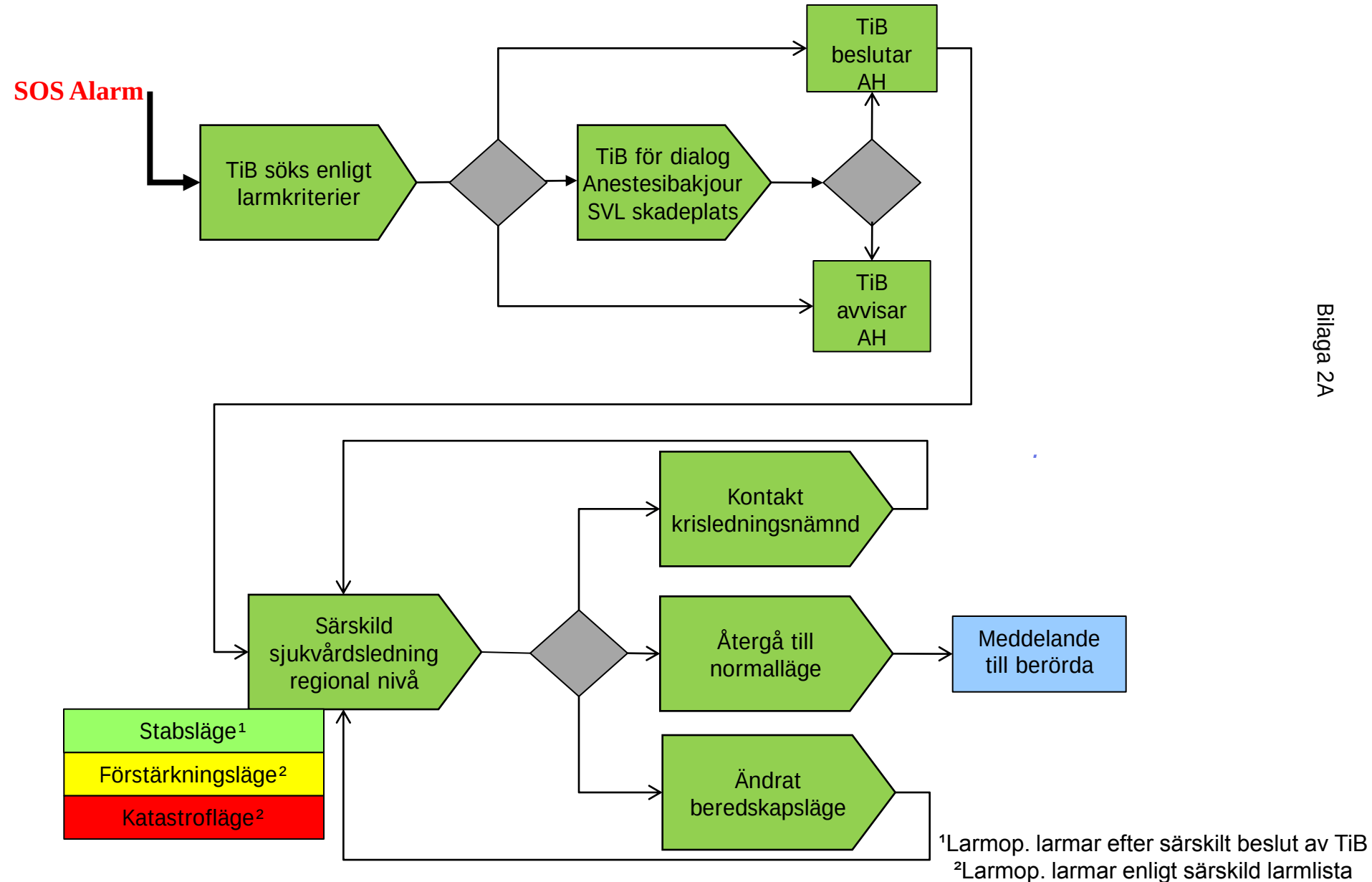
Kl \_\_\_\_\_ Till \_\_\_\_\_ Med \_\_\_\_\_

Värdera behov av att omformulera inriktningsbeslut och medicinskt inriktningsbeslut!

Inriktningsbeslut \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

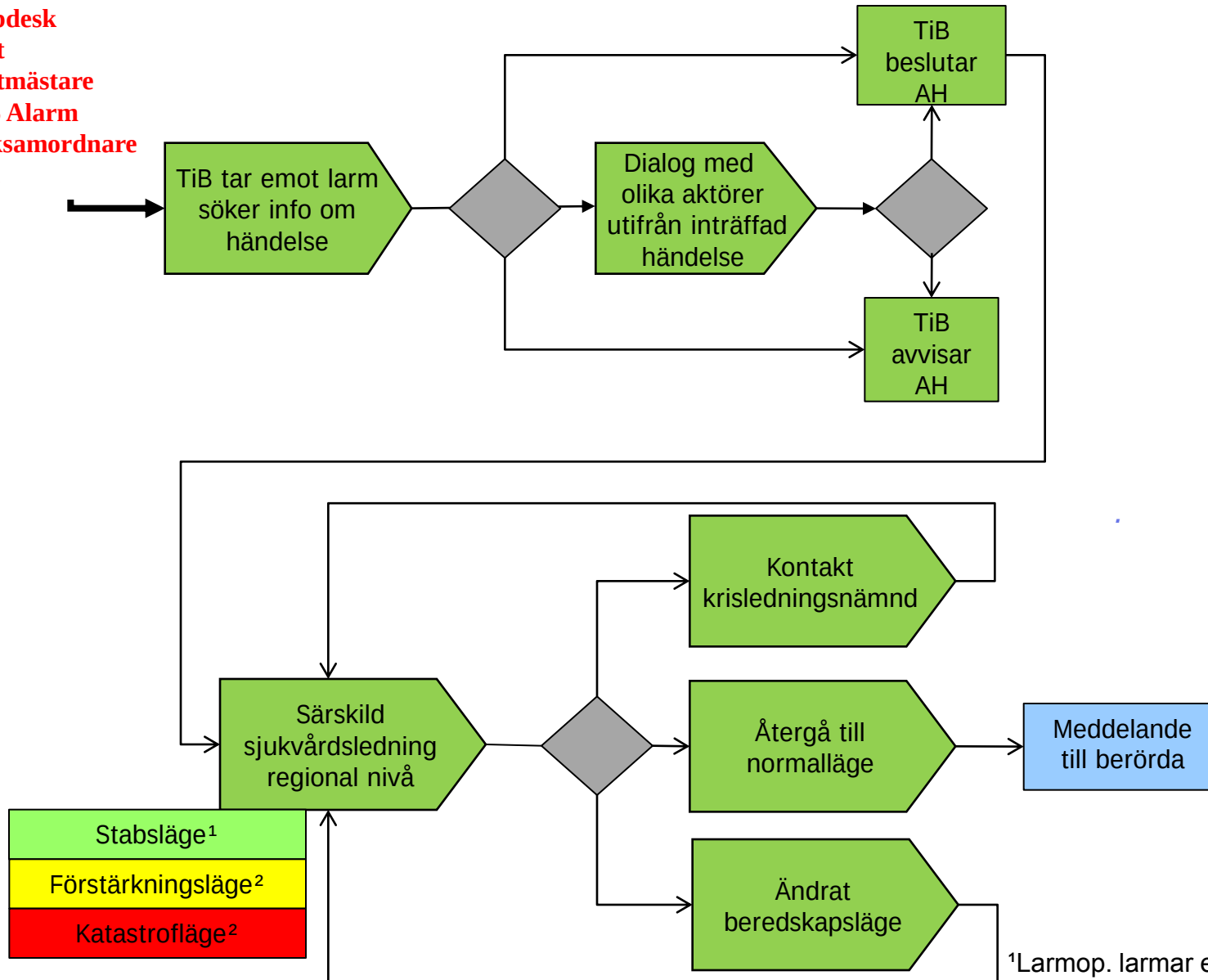
Medicinskt inriktningsbeslut \_\_\_\_\_ kl: \_\_\_\_\_

# Larmvägar på regional nivå vid sjukvårdshändelse



# Larmvägar på regional nivå vid annan händelse

Helpdesk  
Vakt  
Vaktmästare  
SOS Alarm  
Risksamordnare  
Osv.



Bilaga 2B

<sup>1</sup>Larmop. larmar efter särskilt beslut av TiB

<sup>2</sup>Larmop. larmar enligt särskild larmlista

Planerings- och beställarstaben  
Ingela Jönsson  
Tfn: 063-14 77 62  
E-post: ingela.jonsson@jll.se

2013-11-22

LS/1688/2013

## Frågeställning angående upphandling av privata vårdgivare

Jämtlands läns landsting har sedan 2003 upphandlat Feldenkrais med en nuvarande omfattning motsvarande 1,6 mkr. Feldenkrais är en metod som bygger på rörelse och uppmärksamhet för att förbättra den naturliga förmågan att lära, förändras och fortsätta att utvecklas genom hela livet. Feldenkraisundervisningen sker i två former

- "medvetenhet genom rörelse" utförs efter muntliga instruktioner, oftast i grupp
- "funktionell integrering" är en individuell lektion där försiktig, icke påträngande beröring och interaktion leder mot ett nytt eller mer varierat sätt att använda sig själv

Under 2012 genomfördes 2289 besök fördelat på 210 patienter med ett snitt på 11 besök per patient, varav nästan hälften var gruppbesök. Av dessa 210 patienter var endast 68 nya under 2012. Man kan därför fundera om den som är i störst behov får tillgång till denna behandling.

Metoden bygger inte på någon evidensbaserad vård även om det finns en del forskning i ämnet.

Enligt Socialstyrelsens definition av etiska principer kan man ställa sig frågan om feldenkraismetoden lever upp till kostnadseffektivitetsprincipen där en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet bör eftersträvas när man väljer mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Jämtlands läns landsting är ett av få landsting som upphandlat feldenkrais, däremot används metoden i landet av sjukgymnaster med andra avtal.

Landstingets avtal med Feldenkraisterapeuterna gäller t o m 2014-12-31. De behöver få veta om landstinget tänker göra ny upphandling efter avtalsperiodens slut, eller inte. De måste få besked före årsskiftet så att de har chans att säga upp sina fasta kostnader (lokal etc).

Önskemål finns också om upphandling av naprapater.

Naprapati används för att behandla ömmande eller stela leder och muskler. Naprapatisk behandling kan användas för till exempel ont i ryggen, stelhet, eller ont i nacke/axlar.

Naprapater använder ofta olika slags metoder för att få muskler och leder att fungera som vanligt igen. Man får också hjälp med att hitta orsakerna till smärtan och besvären, som till exempel stress eller en felaktig arbetsställning. (Källa 1177)

Naprapater är en legitimerad yrkesgrupp och har en något kortare utbildning än kiropraktorer.

2012 hade 10 landsting i Sverige avtal med naprapater. Hur behovet av naprapati ser ut i länet är svårt att bedöma. Svårigheten med en upphandling är att prioritera vilken patient som skall få behandling enligt avtal med landstinget och vilken som ska betala fullt pris för sin behandling. På samma sätt som kiropraktorerna har det idag.

Naprapater, kiropraktorer och sjukgymnaster behandlar alla ungefär samma åkommor, men på olika sätt. Jämtlands läns landsting har idag egna sjukgymnaster i primärvård och specialiserad vård, 28 sjukgymnaster på nationella taxan, tre Feldenkrais och två kiropraktorer.

Beställarenheten frågar nu om besked angående fortsatt upphandling av Feldenkrais eller naprapater.

Lena Weinstock Svedh



Planerings- och beställarstaben  
Ingela Jönsson  
Tfn: 063-14 77 62  
E-post: ingela.jonsson@jll.se

2013-11-22

LS/1687/2013

## Akutsjukvård i extrem glesbygd

### Bakgrund

I Norrlands vidsträckta fjällområden och skogsland, ofta väglöst land, den extrema glesbygden, färdas både under snö- och barmarksperioden ett inte oväsentligt antal renskötare, turister, fiskare, fjällvandrare, skoterförare och andra som potentiellt kan drabbas av svår sjukdom eller skada.

Renskötsel i med terrängfordon, ofta i svår terräng är farlig. Renskötande samer löper en ca 70 % högre risk att drabbas av dödsolyckor jämfört med sina icke-samiska grannar. De vanligaste dödsorsakerna är fordonsolyckor, på väg och i terräng, drunknings- och nedkylnings- och fallolyckor.

Stora olyckor i extrem glesbygd är ovanliga men potentiellt kan helikopter-, flygplanskrascher inträffa i väglöst land liksom tågolyckor.

Landstingen svarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) för att det finns en ändamålsenlig organisation för att till och från sjukhus eller till läkare transportera skadade eller sjuka personer. En god patientsäkerhet i hälso- och sjukvården handlar om att minimera följderna av inträffad sjukdom eller skada. Det förutsätter bland annat att patienter får ett snabbt och adekvat omhändertagande. I glesbygdsområden är det särskilt viktigt att det finns lokal kompetens att behandla mindre skador och stabilisera patienter med mera omfattande skador inför transport till sjukvård med tanke på långa avstånd och därmed långa tider till definitiv vård..

Sjukvårdens förmåga att snabbt nå en svårt sjuk eller skadad i väglöst land bygger på ambulanshelikoptrar vilka i nuläget är placerade i Gällivare, Lycksele och Östersund. Anflygningen till fjällvärlden kan i många fall ta alltifrån 1-3 timmar beroende på var helikoptrarna finns vid larmtillfället. Ibland kan de inte alls flyga upp till fjällområdet på grund av väderomständigheter, eller därför att de redan är upptagna med annat uppdrag nere i inlandet, eller kustområdet.

Lokala helikopterföretag och sjukvårdspersonal kan ibland finnas förhållandevis nära en svårt sjuk eller skadad men de har idag sällan utbildning eller medicinsk utrustning ens för att kunna göra en första hjälpen insats. Än mindre kan de göra en adekvat prehospital insats i avvaktan på att få mera avancerade vårdmöjligheter när ambulans- eller ambulanshelikopter anländer.

**Projektet Akutsjukvård i extrem glesbygd (AXG)**

Med erfarenheter från Australiens glesbygd och med stöd av regeringen (regeringsbeslut 2011-09-08) startade Västerbottens läns landsting genom Akut- och Katastrofmedicinsk Centrum vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå och Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman 2011 ett projekt med avsikten att bygga upp en organisation baserad på lokala förutsättningar där:

1. Samebyar och helikopterföretag utbildas i första hjälpen och HLR(hjärt-lungräddning).
2. Upphandlade lokala helikopterföretag förses med ett mobilt, i ryggsäck eller låda, medicinskt utrustningspack och en ”body chart”(en anatomisk karta med numrering som gör att även en lekman på ett adekvat sätt kan tala om var skadan sitter) enligt det system som finns i Australiens glesbygd för att kunna hantera de mest akuta tillstånden av svår akut sjukdom eller skada.
3. Ett system för medicinsk rådgivning via mobil- och satellittelefon upparbetas mot sjukvårdsrådgivning eller mot särskilt utsedda dygnetruntbemannade läkarstationer, alternativt radio medicall.
4. Den drabbade själv, eller den som kan bistå, vid inträffad sjukdom eller skada tar kontakt med SOS-Alarm för att larma ambulans, ambulanshelikopter eller ambulansflygplan. I avvaktan på att denna anländer verkar de som utbildats med de kunskaper och den utrustning som de har tillgång till.
5. SOS-Alarm kan besluta att kalla lokalt upphandlad helikopter att flyga ut medicinsk utrustning och där fortsatt rådgivning från distriktsläkare sker utifrån ”body chart” och den utrustning som finns i det mobila medicinska utrustningspaketet fram till dess att mer avancerad hjälp anländer.
6. Lokala helikopterföretag i vissa fall, där ambulanssjukvård inte kan nå den sjuke eller skadade, flyger den skadade till närmaste mötespunkt för vidare transport med ambulans och/eller läkare.

Projektets målsättning är att kunna överföra ett system ”för ökad förmåga att ge första hjälpen, adekvat vård i avvaktan på avancerad ambulanssjukvård, och ibland även sjuktransport till närmaste ambulans eller läkare” till vardagssjukvården i landstingens regi.

Inför ställningstagande om att ge bidrag till projektet ställde Socialdepartementet fråga till landstingen om de var beredda att ta ansvar för verksamhetens fortsättning efter projektiden.

Landstingen i norra sjukvårdsregionen tog vid förbundsdirectionens möte 2011-05-25, del av förslaget till projekt för att utarbeta en metod för bättre fungerande akutsjukvård i extrem glesbygd. Landstingen i Norrbotten, Västerbotten och Jämtland berörs mest av förslaget.

Landstingen svarade (2011-05-25): ” landstingen tillämpar alla en viss ordning för in- och utprioritering av kostnader för att ha ekonomi i balans. Beslut om nya kostnader kan tas när projekt utvärderats. De berörda landstingen ser projektet som så angeläget att de trots det har uppdragit till undertecknad förbundsdirektör, att framföra landstingens utfästelse redan nu att när utvärderingen visar att de nya metoderna ger ett gott resultat, beakta de kostnader som uppstår i sin inprioritering i budgetarbetet”.

### **Genomfört i projektet Akutsjukvård i extrem glesbygd (AXG):**

I maj 2011 genomfördes två försöksutbildningar, i Jokkmokk för Sierges sameby och i Storuman för Rans sameby. Under december 2011 och januari 2012 genomfördes planeringsmöten, fastläggande av utbildningsplan och rekrytering av instruktörer. Januari-februari 2012 rekryterades instruktörer. Utbildningsmaterial, PPT-presentationer, anatomiska kartor och utkast till medicinskt utrustningspack utarbetades.

Under mars 2012 genomfördes instruktörsutbildning för läkare och sjuksköterskor. Totalt 20 läkare och sjuksköterskor har genomfört instruktörsutbildning. I maj och augusti 2012 genomfördes befattningsutbildningar för samer, helikopterföretag, fjällräddning, polis och räddningstjänst i Jokkmokk och Saxnäs.

Hösten 2012 inleddes arbete med avropsavtal för lokala helikopterföretag och arbete med kommunikationsvägar. Juridiska överväganden för vad lekmän får göra i sjukvårdshänseende pågår och sker i samråd med Socialstyrelsen. Under våren 2013 kommer arbetet med kommunikationsvägar, utbildningspaket, medicinska pack och anatomiska kartor att slutföras. En tryckt kunskapssammanställning inklusive lärarhandledning och bildmaterial kommer att färdigställas, Medel har sökts och beviljats från VLL, JLL och landstinget i Dalarna, totalt 90 000 kronor, för att översätta materialet till samiska. I samarbete med Röda korset arbetar vi för att ta fram en applikation med AXG för smart phones. Sista befattningsutbildning inom ramen för projektet sker i Arjeplog (v 20) . Inför den 30 juni ska konceptet slutredovisas inför överlämning till landstingen. Slutrapport till regeringen färdigställs.

### **AXG i förvaltningsfas:**

Inför projektet avslutning 2013-06-30 och om budgetering av överföring av AXG till landstingen ordinarie verksamhet ska vara möjlig för 2014 och framåt redovisar projektet följande plan för verksamheten:

### **Ansvar:**

Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman ansvarar för drift av AXG. Ytterst ansvarig är verksamhetschefen vid GMC. Medicinskt ansvarig för AXG är distriktsläkare i Storuman.

Akut och Katastrofmedicinskt Centrum har det övergripande utbildningsansvaret för AXG, svarar för uppföljning samt vetenskaplig förankring.

Samordningssköterska, vid GMC Storuman, övergripande samordningsansvar, organiserar kurser, förvaltar läkemedel och utrustning. Instruktions- och

utbildningssjuksköterskor i NLL (Jokkmokk) och JLL (Funäsdalen) har delansvar för Norrbotten respektive Jämtland .

Utbildade läkare och sjuksköterskor i JLL, NLL, VLL ansvar för att delta i utbildningar, får fortsatt vidareutbildning genom AXG och avropsanställs vid kurser inom AXG.

**Organisation:**

Samebyar och helikopterföretag utbildas i förstahjälpen och HLR(hjärt-lungräddning). Varje sameby förses med heart start. Applikation med ABCDE till smart phone tas fram.

Upphandlade helikopterföretag, avropsavtal, förses med ett mobilt, i ryggsäck eller låda, medicinskt utrustningspack och en ”body chart”. Avropsavtal förvaltas av VLL

Förslag på baser med avtal: Funäsdalen, Klimpfjäll, Tärnaby, Arjeplog, Porjus/Kvikkjokk, och Kiruna.

På baserna förvaras medicinsk utrustning inlåst. Medicinskt pack består av två delar, en för lekmän, en för legitimerad personal. Båda delpack är plomberade. Pack för legitimerad personal får endast brytas efter ordination från läkare. Utrustning eller läkemedel som används ska dokumenteras i medföljande skadejournal vilket sedan följer den sjuke/skadade till sjukhus. Efter att utrustning har använts ska samordningssköterska kontaktas för komplettering och plombering av utrustning.

SOS-Alarm tar emot larm från skadad eller närstående. Tre samtal går ut från SOS-Alarm, 1 till ambulanshelikopter för kontroll om de kan ta uppdraget, 2 till distriktsläkare i beredskap som kopplas till den skadade eller närstående för rådgivning och eventuell ordination, 3 till närmaste upphandlad helikopter för att flyga utrustning till platsen.

Under uppbyggnadstiden för systemet väljs Storumans distriktsläkarberedskap till att ha dygnetrunt- beredskap för rådgivning och ordination. Efter utvärdering, förslagsvis efter 1 år tar man ställning till om ytterligare hälsocentral med dygnetrunt- beredskap med distriktsläkare ska knytas till systemet, möjligen en i varje landsting. All rådgivning och ordination ska dokumenteras och knytas till patientjournal.

När ambulanshelikopter eller annat terrängfordon med förmåga att flytta den skadade/sjuke inte kan nå platsen inom rimlig tid, avgörs av distriktsläkare i beredskap, kan helikopter flytta den skadade till närmaste farbar väg där ambulans möter, position anges av SOS-Alarm.

**Budget AXG i förvaltningsfas****Ansvar**

|                                                                     |                                                                                                                     |                                    |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Läkare MLA                                                          | 0,10 = 120 000                                                                                                      | JLL 40 000 t VLL                   |
| Läkare AKMC Utbildningsansvar, uppföljning, vetenskaplig utveckling | 0,05 = 60 000                                                                                                       | JLL 20 000 t VLL                   |
| Samordningssjuksköterska(tillika instruktionssk.)                   | 0,20 = 54 000 (VLL)                                                                                                 | JLL 15 tkr t VLL                   |
| Instruktionssjuksköterska                                           | 0,10 X 2 = 54 000 (NLL och JLL)<br>Kan även lösas inom egen organisation i så fall betalas inte denna post till VLL | Tid inom befintliga tjänster i JLL |

### Förvaltningskostnader

|                                                            |                              |            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|
| Kostnad för beredskap, del av ”normal beredskap”           | Ingen kostnad                |            |
| Kostnad för SOS-Alarms tjänster, del av landstingens avtal | Ingen kostnad                |            |
| Förvaltning av avropsavtal, del av VLL:s ansvar            | Ingen kostnad                |            |
| Förvaltning av läkemedel och utrustning                    | 30 000/ år(10 000/landsting) | JLL 10 000 |

### Utbildning

|                                                  |                                                                                                                                                                                                      |                                                     |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Uppdatering av utbildningssläkare/ssk 1 gång/år  | 100 000                                                                                                                                                                                              | JLL 33 000 t VLL                                    |
| Befattningsutbildning lekmän 1 kurs/landsting/år | 3 x 140 000<br>Kan övervägas genomföras med IVPA-instruktörer men IVPA och AXG är inte likvärdiga utbildningar. IVPA-instruktörer kan användas för AXG utbildning efter att ha gått instruktörskurs. | JLL 140000 om inte IVPA instruktörer kan göra detta |

### Övriga utgifter

|                         |        |                |
|-------------------------|--------|----------------|
| Administrativa utgifter | 10 000 | JLL 3000 t VLL |
| Oförutsedda utgifter    | 10 000 | JLL 3000 t VLL |

### Totalt

|                                                                           |                                   |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Totalt för driftorganisationen 966 000 att delas per tre landsting</b> | <b>= 322 000 per år/landsting</b> | <b>JLL 264 000 t VLL + 0,1 bef tjänst</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|

### Uppdragskostnad

|                                                                                  |                                                                                                                                               |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Helikopter kostnad för uppdrag, 10/år/landsting, 30 x 10 000 (10 000 /flygtimme) | = 300 000, delas per tre landsting = 100 000 per år/landsting<br>Norrbotten har avtal med polisen om förstahjälpen och transport i terräng, i | JLL 100 000 kr för insatser när ordinarie helikopter är upptagen. |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
|  | NLL bortfaller denna kostnad |  |
|--|------------------------------|--|

## Synpunkter från Jämtlands läns landstings verksamheter angående intresse av denna verksamhet

### Hälsocentralen Funäsdalen:

Vi har haft en distriktssköterska i projektet, som nu är utbildad instruktör. Hela tanken med akutsjukvård i extrem glesbygd är bra och en fortsättning är av stort värde utifrån det som presenterats. Distriktssköterskan har god erfarenhet av AXG hittills och även god kännedom om behoven av trygghet för de som har sin näring i området ”bortom farbar väg” och att detta är ett bra sätt att arbeta.

Vi ser positivt på att Funäsdalen kan vara en bas för att ha en samordnande instruktörssjuksköterska.

Man skulle kunna diskutera om det är möjligt att finansiera en ssk 10% utifrån att vår enhet redovisar plusresultat. Det skulle vara tillfredsställande att ortsbefolkningen drar nytta av det jobb vi gör i omhändertagandet av turister/gäster i området och den inkomst det genererar. Det behöver i så fall förankras i primärvården.

Jag har ett önskemål om att det blir en tydlig organisation och planering kring upplägg för en eventuell fortsättning inom JLL. Styrgrupp? Hur sker samverkan? Vilken information ges till vem? Utvärdering? Detta borde vara möjligt även om det redan finns en klar organisation inom AXG och samarbete med NLL och VLL.

Utifrån målsättningarna med AXG finns en önskan från min sida att ha en bredare diskussion om sjukvårdsresurser i glesbygd och hur vi på olika sätt kan möta de behov som identifieras. Ett exempel är om det är värdefullt att använda de sjuksköterskor som finns på hälsocentralen för att kunna följa med på uppdrag? Både på IVPA och AXG.

### Hälsocentralen Strömsund:

Har haft en läkare med i projektet, men denne arbetar inte längre kvar. Verksamheten tycker dock att projektet är intressant.

### Akutområdet:

Områdeschef och MLU är ytterst tveksamma till att detta är något JLL har behov av utöver befintliga resurser. Polisen/fjällräddningen ansvarar för att personer ska transporteras fram till farbar väg. Där finns möjlighet att skicka med sjukvårdspersonal från ambulans eller HC.

Om ambulanshelikoptern inte kan flyga p g a dåligt väder - så är det inte säkert att annan helikopter kan flyga, det kan bero på var den är stationerad.

Om helikoptern är upptagen - Ett avtal är på gång mellan Sverige och Norge där vi kan använda ambulanshelikopterresurser över landsgränsen vilket kommer att förbättra helikoptertillgängligheten om vår egen helikopter är upptagen av annat uppdrag.

I finansieringsförslaget finns ett förslag att med anpassning skulle utbildningsinsatsen kunna ske med IVPA-instruktörer. Akutområdet försöker att ha IVPA-instruktörer på

alla ambulansstationer för att det inte ska bli så långa reseavstånd till de olika orterna med Räddningstjänst. Idag 13 instruktörer men behovet är 23. IVPA-uppdraget utförs till viss del under tid på stationen då man väntar på ambulansuppdrag, ingen särskilt avsatt tid för uppdraget alltså. Att tillföra ytterligare AXG under de förutsättningarna är inte möjligt. Det stora antalet instruktörer gör det också olämpligt.

### **Utvecklingsstrateg Barnkonventionen och Nationella minoriteter**

JLL har bidragit med medel till AXGprojektet via det statsbidrag som vi får för att arbeta med nationella minoriteter. Den del som landstinget finansierade rörde utbildningsmaterial på sydsamiska och omfattade 90 000 SEK.

Statsbidraget (om årligen 250 tkr) får användas till sådant som faller inom ramen för landstingets uppdrag i relation till Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk. Det får inte användas till sådant som landstinget redan är skyldigt att göra. Det är därför svårt att använda statsbidraget till AXG-verksamhet.

Samrådsgruppen för arbetet med nationella minoriteter bedömer att AXG är mycket viktigt utifrån ett samiskt perspektiv. Samiska representanter framför att detta är en av mycket få satsningar (ev. den enda?) som har samer som huvudsaklig målgrupp. Ur detta perspektiv är AXG oerhört viktigt som signal till en grupp av befolkningen som ofta blir osynliggjord och som generellt har ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården. Renskötaryrket är ett av Sveriges farligaste yrken och företagshälsovård saknas helt. Därtill kommer att vårdpersonal ofta (upplevs ha) otillräcklig kompetens för att hantera den typen av skador som kan uppstå på fjället. Huruvida AXG kan förändra just dessa omständigheter är osäkert, medan det däremot är ställt utom tvivel att renskötarna har ett riskfyllt arbete med stor utsatthet. Här kan AXG vara en mycket viktig åtgärd. De personer som tagit del av utbildningen är dessutom oerhört positiva.

### **Förslag till hantering av denna verksamhet**

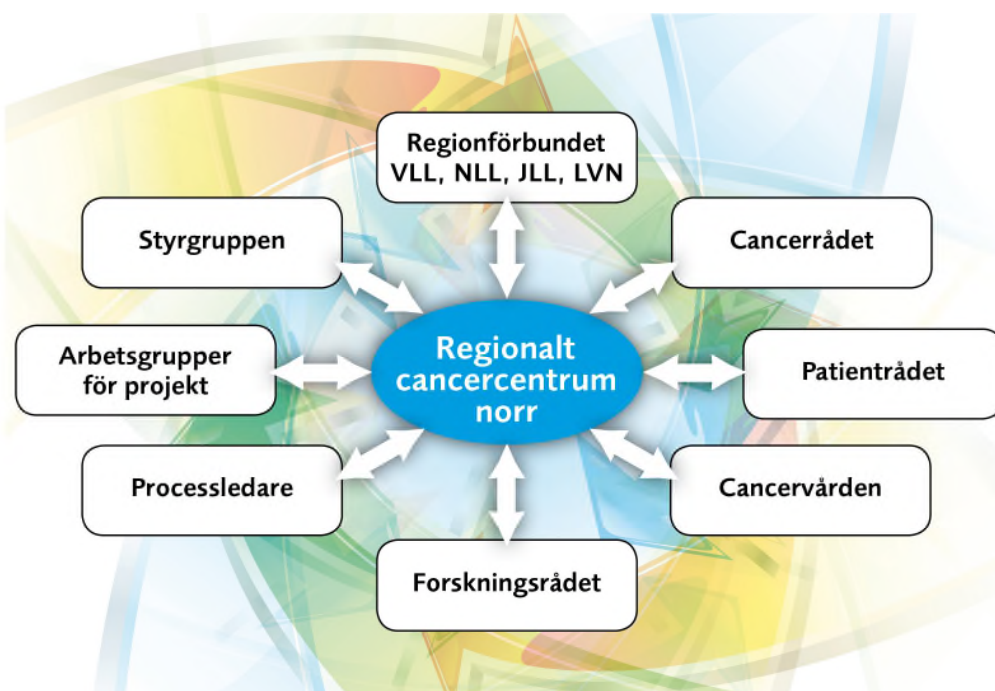
Landstingets kostnad för att delta i denna verksamhet enligt Västerbottens läns landstings förslag är 264 000 -364 000 kr/år.

Hälsocentralerna i Strömsund och Funäsdalen är intresserade av denna verksamhet medan akutområdet är osäkra på värdet av detta. Slutligen är samrådsgruppen för nationella minoriteter och samerna positiva till verksamheten. De positiva omdömena överväger.

Det finns stimulansmedel för utveckling av verksamheter inom Hälsovalet där denna verksamhet skulle kunna beskrivas för att få extern finansiering för ytterligare 2 års tid för AXGverksamheten. Under den tiden bör en styrgrupp enligt förslaget från Funäsdalen skapas som också kan utvärdera nyttan. Om externa medel inte kan erhållas måste denna verksamhet vägas mot alla andra inprioriteringar som finns för 2014-2015.

Sammanfattat av  
Ingela Jönsson  
Planeringschef

# REGIONAL NIVÅSTRUKTURERINGSPLAN FÖR CANCERVÅRDEN I NORRA REGIONEN



Beslutad av Förbundsdirektionen för Norrlandstingens Regionförbund att gälla fr.o.m.  
2013-05-24



# Innehållsförteckning

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammanfattning .....                                                                | 3  |
| 1 Bakgrund .....                                                                    | 5  |
| 1.1. Krav på nationell och regional nivåstrukturering av cancervården.....          | 5  |
| 1.2. Process för beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen ..... | 6  |
| 1.3. Grundläggande krav för handläggning av cancersjukdomar.....                    | 7  |
| 2 Behandling av olika cancerdiagnoser i regionen.....                               | 8  |
| 2.1. Huvud-hals-tumörer .....                                                       | 8  |
| 2.2. Endokrina tumörer.....                                                         | 8  |
| 2.3. Tumörer i magtarmkanalen .....                                                 | 8  |
| 2.4. Tumörer i lunga och lungsäck (pleura) .....                                    | 10 |
| 2.5. Ben- och mjukdelstumörer (sarkom).....                                         | 10 |
| 2.6. Hudtumörer .....                                                               | 11 |
| 2.7. Bröstcancer.....                                                               | 11 |
| 2.8. Gynekologiska tumörer .....                                                    | 12 |
| 2.9. Urologiska tumörer .....                                                       | 13 |
| 2.10. Ögontumörer .....                                                             | 14 |
| 2.11. Lymfom/hematologiska maligniteter (blodcancer).....                           | 15 |
| 3 Bilaga .....                                                                      | 15 |

## Sammanfattning

Cancervårdens höga kvalitet beror på bland annat på stor erfarenhet hos hela vårdteamet av kirurgiska ingrepp, medicinska behandlingar, strålterapeutiska åtgärder och rehabiliteringsinsatser. Nivåstrukturering inom cancervård innebär ofta att delar i vårdkedjan förläggs till en annan vårdinrättning, inom eller utom det egna landstinget eller regionen. Syftet är att uppnå en tillräcklig koncentration av såväl patienter som resurser för att säkerställa en god och likvärdig vård för alla patienter. De verksamheter som särskilt kräver koncentration till färre enheter är avancerade ingrepp och terapier, ovanliga cancerformer och sådan behandling som kräver kostsam teknologi med särskild kompetens. Nivåstrukturering kan dock även innebära en decentralisering av vissa åtgärder, för att dessa ska ske så nära patientens hem som möjligt. Inte minst gäller det uppföljning och palliativa insatser. I de kriterier som har fastställts av Socialdepartementet ingår att varje RCC ska ha en plan för nivåstrukturering av cancervården inom sjukvårdsregionen. Planen ska utgå från patientens fokus.

Genom att nivåstruktureringsdiskussionen har pågått i regionen sedan våren 2012 är en del förändringar redan på väg att genomföras inom de olika verksamheterna som sköter cancerpatienter. Diskussionerna har förts i regionens chefssamråd och inom diagnosspecifika grupper, där regionens processledare eller tumöransvariga har ansvarat för att man har genomfört konsekvensanalyser av nivåstrukturering. Några förändrings- och förbättringsförslag återkommer hos många av diagnosgrupperna:

- A. Multidisciplinära terapikonferenser, MDK, inklusive investeringar i utrustningar och personal framför allt inom radiologi.
- B. Kontaktsjuksköterskor för alla patienter
- C. Onkologer på alla länssjukhus, även i Norrbotten och Jämtland
- D. Förstärkning av cytostatikamottagningar, för att kunna ge mer komplexa behandlingar
- E. Palliativ vård som håller en hög och jämn kompetens över hela regionen
- F. Insatser inom primärvården för snabbare remittering vid cancermisstanke
- G. Undersökning med PET-CT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) förbättrar diagnostiken för flera diagnoser, och det ökade behovet av PET-CT-undersökningar i regionen behöver hanteras.

Inom många diagnoser finns därutöver specifika förändringsförslag. I Tabell 1 med tillhörande kommentarer redovisas i korthet inom vilka diagnoser som förändringar är aktuella. För detaljer och fördjupade resonemang hänvisas till Bilaga 1.

**Tabell 1:** Diagnosområden aktuella för förändringar avseende nivåstruktur på nationell, regional eller lokal nivå.

| Diagnosområde                  | Nationellt                                          | Regionalt                                                                                            | Lokalt                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Öron-, näsa-, halscancer       |                                                     | Ökad centralisering av utredning                                                                     | Ökad decentralisering av uppföljning |
| Endokrina tumörer              |                                                     | Centralisering av ovanligare och mera avancerade tumörformer i sköldkörteln                          |                                      |
| Cancer i matstrupe och magsäck | Utredning för cancer i matstrupe startar våren 2013 | Centralisering av operationer av cancer i matstrupen och viss radikal kirurgi vid cancer i magsäcken |                                      |

|                                           |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tjock- och ändtarmscancer                 |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ökad centralisering av kirurgi enligt förslag B *                                                                                                                        |
| Cancer i lunga och lungsäck               |                                                | Ökad centralisering av diagnostik för patienter med opererbar cancer                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |
| Ben- och mjukdelstumörer                  | Utredning pågår för buktumörer bakom bukhinnan | Ökad centralisering av kirurgi och patologisk bedömning                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
| Bröstcancer                               |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Skellefteå och Umeå bildar en gemensam bröst enhet. Sollefteå sjukhus rekommenderas avveckla verksamheten. Vården av kroniskt sjuka bröstcancerpatienter måste ses över. |
| Gynekologisk cancer                       |                                                | Operationer av de tumörer som vid multidisciplinär konferens bedöms kräva de mest avancerade ingreppen centraliseras.**                                                                                                                                          | Ökad decentralisering av cytostatikabehandling.                                                                                                                          |
| Prostatacancer och övrig urologisk cancer | Utredning pågår för peniscancer                | När en operationsrobot är i drift på Nus kan fler operationer göras där. Nya behandlings- och diagnostikmöjligheter kan komma. Operationer av de urinblåsetumörer som vid multidisciplinär konferens bedöms kräva de mest avancerade ingreppen centraliseras.*** | Njuncancer och cancer i epitelvävnad i urinblåsa och uringångar rekommenderas opereras på länssjukhusen.                                                                 |
| Blodcancer                                |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ökad decentralisering av vissa behandlingar                                                                                                                              |

#### Kommentarer:

\* För tjock- och ändtarmscancer rekommenderas för Västerbotten och Västernorrland en centralisering av ändtarmscancer till länssjukhusen och att tjocktarmscanceroperationer i Lycksele och Sollefteå flyttas till de andra sjukhusen i länet. Det råder inte konsensus inom professionen kring förslaget.

\*\* Gynekologisk cancer: De tumörer som efter beslut på multidisciplinär konferens bedöms kräva de mest avancerade ingreppen ska opereras på en tumörkirurgisk enhet i regionen, med utbildade ackrediterade kirurger för hög kvalitet. Gynekologer från andra sjukhus erbjuds då kunna delta i ingreppen genom att inbjudas till det sjukhus som har ansvar för kirurgin. Detta gäller framför allt för de patienter med äggstocks- och livmoderkroppscancer som kräver avancerad kirurgi. Lymfkörtelutrymningar ska också vara koncentrerade till en enhet i regionen.

\*\*\* Prostatacancerbehandlingen kan förändras när en operationsrobot installeras i regionen (beslutat om inköp fattades i VLL 2013-03-18). Behandlingen av prostatacancer förändras även genom nya möjligheter till så kallad salvage-terapi vid återinsjuknande, det vill säga ytterligare behandling när den initiala behandlingen inte haft önskad effekt, i form av nya bilddiagnostiska möjligheter och införande av nya läkemedel vid spridd sjukdom. De urinblåsetumörer som efter beslut på multidisciplinär konferens bedöms kräva de mest avancerade ingreppen ska opereras på en tumörkirurgisk enhet i regionen.

## 1 Bakgrund

### 1.1. Krav på nationell och regional nivåstrukturering av cancervården

Med nivåstrukturering menas att man beslutar vem som gör vad, både vad gäller utredning, diagnostik, kirurgi och medicinsk behandling av cancerpatienter. Utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) påtalar att en tydlig svaghet med den svenska cancervården är att den är splittrad. Många vårdenheter är involverade i cancervården och behandlingar utförs på många olika ställen. Stor erfarenhet hos hela vårdteamet av kirurgiska ingrepp, medicinska behandlingar, strålterapeutiska åtgärder respektive rehabiliteringsinsatser bidrar till att hålla cancervårdens kvalitet hög. Utredningen bedömer därför att det krävs en tydligare ansvarsuppdelning mellan sjukhusen inom varje sjukvårdsregion för att uppnå en tillräcklig koncentration av såväl patienter som resurser och kompetenser. De verksamheter som särskilt kräver koncentration till färre enheter är avancerade ingrepp och terapier, ovanliga cancerformer och sådan behandling som kräver mycket kostsam teknologi.

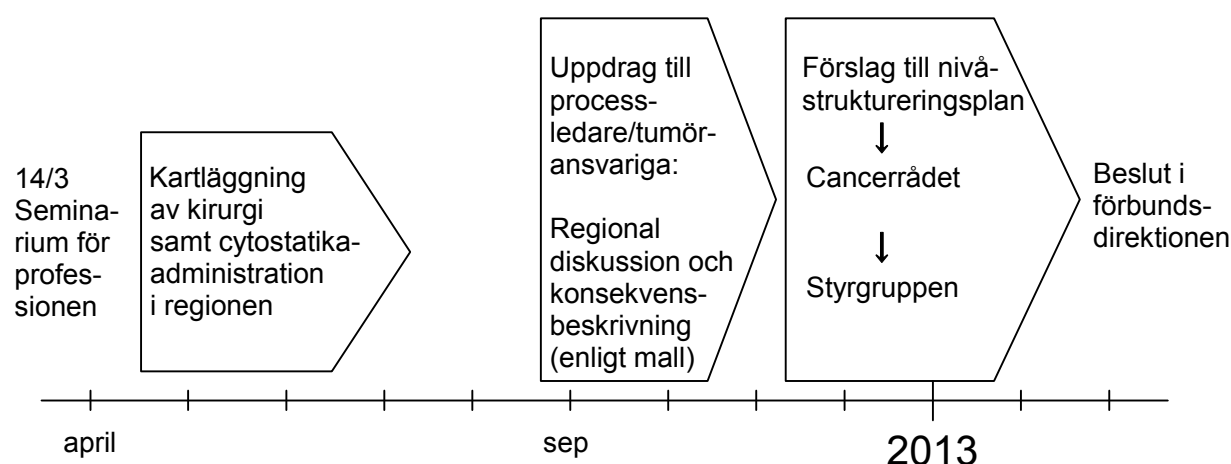
I de kriterier som Socialdepartementet har slagit fast för regionala cancercentrum (RCC) ingår att utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården i sjukvårdsregionen och att stödja arbetet med att implementera planen. Planen ska inom två år efter starten av RCC vara beslutad av de berörda landstings-/regionledningarna. Den ska leda fram till en beskrivning av vilka cancersjukdomar som ska behandlas var i regionen, med olika kirurgiska, medicinska, strålmedicinska och rehabiliteringsmedicinska metoder, och även beskriva vilka åtgärder som ska genomföras utanför regionen. Planen ska också identifiera åtgärder som kan decentraliseras jämfört med dagens arbetsfördelning.

För den mest högspecialiserade vården bedömer utredningen att endast universitetssjukhusen har adekvat kompetens inom flera sammanhängande områden för att bedriva sådan vård. För diagnoser som är ovanliga och/eller har behov av särskilt komplexa teknologier eller kompetens för behandling behövs ett stort befolkningsunderlag för att få tillräcklig kunskap och för att god klinisk forskning ska vara möjlig. I dessa fall är det aktuellt med en nationell nivåstrukturering, som innebär att vården koncentreras till något eller några få sjukhus i landet. Ett arbete kring nationell nivåstrukturering pågår, där RCC i samverkan är styrgrupp. De diagnoser som diskuteras för nationell nivåstrukturering är peniscancer och retroperitoneala sarkom (mjukdelstumörer bakom bukhinnan) och under våren 2013 påbörjas diskussioner om cancer i matstrupen (esofagus cancer).

## 1.2. Process för beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen

Processen för att ta fram en plan och fatta beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen beskrivs översiktligt i Bild 1.

Arbetet inleddes med ett seminarium i mars 2012 för vårdprofessionen i regionen om vad nivåstrukturering innebär. Därefter gjordes kartläggningar av befintlig kirurgi, med genomgång av kunskapsläget för hur nivåstrukturering bäst kan ske, samt av cytostatikabehandlingen i regionen. Under hösten fördes diskussioner om nivåstrukturering och optimering av resurser i regionens chefsamråd och i diagnosspecifika regionala grupper, enligt en regionalt utarbetad konsekvensbeskrivningsmall. Resultatet av dessa diskussioner finns sammanställt i Bilaga 1 och presenterades för RCC Norrs cancerråd i december 2012. Denna plan har utarbetats baserat på vårdprofessionens underlag och cancerrådets synpunkter.



**Bild 1.** Process för beslut om nivåstrukturering av cancervården i norra regionen.

Nivåstruktureringsplanen presenteras för RCC Norrs styrgrupp under första kvartalet 2013 och för direktionen för Norrlandstingens regionförbund för beslut under första halvåret 2013. Planen ska vara genomförd i slutet av 2014 och kommer därefter att uppdateras vartannat år, då nya diagnostik- och behandlingsmetoder kan medföra modifieringar av planen.

Planen är uppbyggd kring diagnostik, behandling och uppföljning av olika diagnosgrupper och nivåstrukturering knuten till dessa. Därutöver finns ett generellt behov av nivåstrukturering inom det diagnostiska området, såväl inom patologi som inom bild- och funktionsmedicin. En fortsatt utveckling mot ökad specialisering inom dessa områden är nödvändig. Förslag kring nivåstrukturering inom dessa områden kommer att inkluderas i kommande revideringar av den regionala nivåstruktureringsplanen.

I Västerbotten och Västernorrland sker kirurgisk behandling av cancerpatienter inom vissa diagnoser vid flera sjukhus. Inom dessa landsting krävs landstingsinterna nivåstruktureringsarbeten parallellt med att beslut om nivåstrukturering fattas på regional nivå.

### 1.3. Grundläggande krav för handläggning av cancersjukdomar

Både diagnostik och behandling av cancersjukdomar kräver att vissa grundläggande krav är uppfyllda. För primärvården gäller i första hand lyhördhet för cancersymptom, så att utredningar och remitteringar görs på rätt sätt och så snabbt som möjligt. På sjukhusen som behandlar cancersjukdomar behövs såväl personell kompetens, ofta hela team, som teknisk utrustning för till exempel röntgenutredningar, operationer och strålbehandlingar.

Många andra faktorer än kirurgi påverkar cancervårdens kvalitet. För att handlägga en viss cancersjukdom vid en sjukvårdsenhet bör följande minimikrav vara uppfyllda, både för patienter med nydiagnostiserad cancer och för patienter som återinsjuknat i tidigare behandlad cancersjukdom:

- team för omhändertagande på plats, om aktuellt dygnet runt, veckans alla dagar
- följsamhet till de vårdprogram som finns
- tillräckliga tekniska resurser för diagnostik och behandling
- alla patienter diskuteras i multidisciplinär terapikonferens (MDK) före och efter ingreppet
- säker vårdkedja vid överlämnandet mellan olika vårdgivare
- alla patienter registreras i befintliga kvalitetsregister
- deltagande i kliniska vetenskapliga studier där så är lämpligt

Vid spridd cancersjukdom i avancerade stadier tillkommer behovet av palliativa insatser.

För att utveckla cancervården och ge patienterna tillgång till nya effektiva behandlingsmetoder är klinisk forskning avgörande och en samverkan kring den kliniska forskningen på både nationell och regional nivå är därför viktig. Den kliniska forskningen kan stärkas såväl genom en centralisering av delar av patientvården som genom en decentralisering av provinsamling med mera. En centrering ökar patientunderlaget för den forskning som bedrivs vid aktuellt centrum, vilket kan vara en förutsättning för viss forskning. Att patienter kan erbjudas att delta i kliniska studier oavsett bostadsort är en viktig aspekt för jämställd vård. Här skulle en ökad decentralisering vara möjlig, om regionens länssjukhus kan godkännas för att genomföra kliniska studier som en del av den samlade norrländska universitetssjukvården.

Förutom primära canceringrepp för bot måste man beakta de akuta postoperativa komplikationerna som kan uppstå längre eller kortare tid efter utskrivning. Det finns även ett stort antal patienter som antingen har spridd sjukdom redan vid diagnos eller återinsjuknar med ingen eller begränsad möjlighet till bot. I samtliga dessa fall krävs kvalificerat omhändertagande som bör finnas så nära patienten som möjligt. Beslut om nivåstrukturering innebär därmed en balansgång mellan patientens önskemål om högsta möjlighet till bot där sådan förutsättning finns, ibland nivåstrukturerat till färre enheter, och ett lika berättigat önskemål om kvalificerat omhändertagande vid kronisk cancersjukdom, vilket så gott som alltid är nivåstrukturerat till många enheter. Ett dilemma är att en centrering av vissa åtgärder kan medföra en minskad kompetens att hantera bland annat komplikationer, uppföljning och återfall på de enheter som inte längre utför den behandling som har centraliserats.

Frågan om vad som ska göras var är därmed inte helt lätt att besvara och det finns många aspekter att ta hänsyn till. Utvecklingen i västvärlden ser olika ut i olika länder, där Danmark har genomfört en mycket radikal centralisering av ett flertal kirurgiska ingrepp till ett fåtal enheter. Norge och Sverige har hittills genomfört betydligt blygsammare centraliseringar. Den vetenskapliga bakgrunden till nivåstrukturering redovisas och diskuteras i Bilaga 1. Norra

regionen ska följa de nationella vårdprogrammen som ibland har tydliga kriterier för nivåstrukturerings.

## **2 Behandling av olika cancerdiagnoser i regionen**

Totalt registrerades 2010 i hela norra regionen 4 770 nya cancerfall. Förekomsten av cancerfall inom de olika diagnoserna finns redovisade i Bilaga 1. Nedan beskrivs kort var olika diagnoser idag behandlas i regionen samt de förändringsförslag som framkommit i de diagnosspecifika konsekvensbeskrivningar som under hösten 2012 diskuterats fram inom vårdprofessionen i regionen och därefter diskuterats i cancerrådet och styrgruppen, för att slutligen beslutas av förbundsdirektionen i maj 2013. Mer utförliga beskrivningar och argument finns i Bilaga 1.

### **2.1. Huvud-hals-tumörer**

#### **2.1.1. Öron-näsa-hals (ÖNH)-tumörer**

Behandlingen sker idag på Norrlands universitetssjukhus, Nus. Utredningen centraliseras till Nus, för att patienterna snabbare ska få en korrekt och komplett diagnostik med bland annat PET-CT. Patienternas uppföljning efter behandling ska decentraliseras, och för detta bör tydliga rutiner för att kommunicera mellan hemortssjukhus och Nus skapas.

#### **2.1.2. Tumörer i det centrala nervsystemet (hjärnan, förlängda märgen samt ryggmärgen)**

Kirurgi genomförs endast vid Nus. Den medicinska behandlingen sker antingen på Nus, på länsjukhusen och i vissa fall på länsdelssjukhus. Då behandlingen inte genomförs på Nus, sker den i nära samråd med Nus och därmed påverkas inte vårdkvaliteten, följsamhet till nationella riktlinjer eller forskningsmöjligheter negativt. Strålbehandling sker i de flesta fall vid Nus, och i enstaka situationer i Sundsvall. Inga väsentliga förändringar är aktuella.

### **2.2. Endokrina tumörer**

Området omfattar tumörer i sköldkörteln (tyreoidea), bisköldkörtlar och binjurar samt neuroendokrina buktumörer (GEP-NET). Dessa tumörer hanteras av specialister inom endokrin kirurgi i regionen. Tyreoideacancer är den största tumörgruppen. Den onkologiska behandlingen av den allvarligaste formen av sköldkörtelcancer, anaplastisk (odifferentierad) tyreoideacancer, är centraliserad till Nus. Även avancerad tyreoideacancer (T4 och/eller N1b) och medullär tyreoideacancer (MTC, cancer som börjar växa i en viss typ av hormonproducerande celler i de inre delarna av sköldkörteln) ska centraliseras till Nus. I vissa utvalda fall kan det vara motiverat med en nationell nivåstrukturerings. De vanligaste cancerformerna bedöms även fortsättningsvis kunna handläggas lokalt, förutsatt tillgång till kompetent kirurg och deltagande i multidisciplinär konferens.

### **2.3. Tumörer i magtarmkanalen**

#### **2.3.1. Cancer i matstrupe (esofagus) och magsäck (ventrikel)**

Kirurgisk behandling av dessa cancerformer har centraliserats till framför allt Nus och Sunderbyn, men viss ventrikelcancerkirurgi bedrivs även på länsjukhusen i Sundsvall och Östersund. Ventrikelcancer bedöms kunna opereras vid både regionsjukhus och länsjukhus, men den stora radikala D2-kirurgin ska göras på enbart vid Nus. Sunderbyn har under hösten 2012

beslutat upphöra med esofaguskirurgi, vilket innebär att Nus nu är det enda centrum i regionen som bedriver operation av esofagus cancer. Denna diagnos är nu under utredning för en eventuell nationell nivåstrukturerings (färre än sex centra i Sverige).

Såväl vid kurativ som vid palliativ behandling får kemoterapi en allt större roll. Onkologisk kompetens och antalet onkologiska bedömningar kommer att behöva decentraliseras och onkologisk kompetens behövs på alla länssjukhus.

### **2.3.2. Kolorektal cancer (cancer i tjock- och ändtarm)**

Utvecklingen av den kirurgiska behandlingen av kolorektalcancer har gått mot allt mer radikal men samtidigt mer precis kirurgi, vilket ställer högre krav på det kirurgiska teamet. Tillräcklig volym per kirurg och sjukhus anses nödvändig för modern vård och inte minst för förmågan att hantera eventuella komplikationer och för att kunna bedriva forskning och utvecklingsarbete. Den tekniska utvecklingen med mer avancerad men kostsam diagnostik och utbyggnad av kirurgi med minsta möjliga ingrepp (minimalinvasiv kirurgi) medför sannolikt krav på större patientvolym per enhet i framtiden. Nackdelarna med centralisering av den kirurgiska kolorektalcancervården är kompetensförlust vid de mindre sjukhusen och gradvis en förlorad förtroget med denna del av kirurgin och även för andra aspekter av cancervården.

För närvarande opereras koloncancer vid åtta sjukhus och rektalcancer vid sex sjukhus i regionen. I Norrbotten är all cancerkirurgi centrerad till Sunderbyns sjukhus och Jämtland har endast ett sjukhus, Östersund. Västerbotten och Västernorrland bedriver kirurgi för koloncancer vid samtliga sjukhus. Rektalcancer opereras inte i Lycksele eller Sollefteå, men vid de fyra övriga sjukhusen. Operationsvolymerna redovisas i Bilaga 1, sid 19. I Sverige opereras årligen cirka 1350 patienter för rektalcancer med resektion (borttagande av en del av tarmen). Drygt 1000 av dessa opereras på enheter som gör minst 25 operationer per år, cirka 250 patienter opereras på kliniker med operationsvolym 11-25 patienter årligen och 100 patienter fördelas på 11 kliniker som opererar 10 eller färre patienter per år (Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer. Årsrapport 2011).

Tre olika scenarier har diskuterats för Västernorrland och Västerbotten:

- A. Oförändrat läge.
- B. Viss koncentration, där rektalcancerkirurgin koncentreras till länssjukhusen (Nus och Sundsvall) och koloncancerkirurgin läggs ned i Lycksele och Sollefteå.
- C. All cancerkirurgi koncentreras till länssjukhusen.

Vid diskussion mellan företrädare för de olika klinikerna har inte konsensus kring något av förslagen A-C uppnåtts. Argument redovisas i Bilaga 1, sid 18-20. Underlaget har kompletterats med ytterligare fakta genom en enkät till behandlande enheter kring teamfunktioner. Av enkätsvaren framgår bland annat att antalet palliativa och akuta bukoperationer av patienter med kolorektal cancer vid länsdelssjukhusen med ett befolkningsmässigt litet upptagningsområde är lågt. Med beaktande av flera faktorer såsom operationsvolym, bemanning, bedömning vid multidisciplinära konferenser, möjligheten för patienter att delta i kliniska studier och utveckling av verksamheten rekommenderar cancerråd och styrgrupp att den kirurgiska verksamheten koncentreras enligt alternativ B. En konsekvensbeskrivning kring påverkan på akut kirurgi för andra tillstånd än cancer, samt eventuell påverkan på övrig verksamhet, kan vara rimligt utifrån professionens kommentarer i Bilaga 1.

De sjukhus som i framtiden opererar kolorektal cancer ska göra det i enlighet med nationella riktlinjer och vårdprogram, behandlingen ska vara teambaserad och kirurgin ska utföras av en ackrediterad eller subspecialiserad kolorektalkirurg.



Enighet råder om att patienter lämpliga för operation med peritonektomi (avlägsnande av bukhinnan) + HIPEC (hyperterm intraoperativ cytostatika) liksom idag ska remitteras utanför regionen och att rektalcancer T4M0, aktuell för multiorganresektion eller exenteration, ingrepp där flera organ i buken opereras bort, bör regionaliseras eller remitteras utanför regionen.

### **2.3.3. Lever- och gallgångstumörer**

Leverkirurgin i norra regionen är sedan länge centraliserad till Nus. Stora studier görs nu av huruvida leverkirurgi ska bli rutin vid levermetastaserad bröstcancer, och om så blir fallet medför det en kraftigt ökad efterfrågan på leverkirurgiska ingrepp. Förutom levermetastaser opereras även hepatocellulär cancer (cancer som startar i levern, i motsats till levermetastaser). Enligt det nya nationella vårdprogrammet för hepatocellulär cancer ska högriskpatienter för skrumplever screenas med ultraljud var 6:e månad och antalet hepatocellulära cancerfall som är möjliga för leverkirurgi förmodas då öka.

### **2.3.4. Pancreas- (bukspottskörtel-) och periampullär cancer (tumörer vid gallgångens mynning i tolvfingertarmen)**

Den kirurgiska behandlingen är redan i dag koncentrerad till Nus. Multidisciplinär konferens är rutin inom norra regionen för tumörer inom övre gastrointestinala (mag-tarm-) området. Många patienter har en spridd sjukdom redan vid diagnos, vilket ställer stora krav på onkologisk och palliativ kunskap. En förbättrad struktur av den palliativa vården ses som nödvändig.

## **2.4. Tumörer i lunga och lungsäck (pleura)**

Ungefär 70 % av alla lungcancerpatienter har spridd sjukdom redan vid diagnos. De lungcancerpatienter som är aktuella för kirurgisk behandling av lungcancer opereras numera på Nus. Den basala lungcancerutredning sker i dagsläget vid ett sjukhus i varje län, vilket kvarstår oförändrat. För patienter med potentiellt botbar sjukdom ska utredningen kompletteras med PET-CT och i vissa fall EBUS (endobronkiellt ultraljud), utredningstekniker som idag endast finns vid Nus. Behovet av dessa undersökningar ökar och behöver hanteras inom regionen. Det är viktigt att patienter erbjuds utredningarna oavsett bostadsort och att utredningstiderna är så korta som möjligt.

Radioterapi (RT) med botande intention utförs endast på onkologen vid Nus, vilket bibehålls. Att radioterapi med palliativ intention bara kan ges på Nus och i Sundsvall är ett problem, då strålbehandling är en mycket bra palliativ åtgärd. För att erbjuda lika vård över hela regionen finns behov av att öka den onkologiska kompetensen i Östersund och Sunderbyn. Möjligheten att etablera strålbehandlingsenheter på dessa orter bör ses över, men är i nuläget inte realistiskt med tanke på kompetens och kostnader för etablering. Cytostatikabehandling ordinerar i nuläget vid sju enheter och ges vid åtta enheter, vilket rekommenderas bibehållas.

## **2.5. Ben- och mjukdelstumörer (sarkom)**

Sarkomen kan grovt indelas i tre grupper:

1. Ortopediska tumörsjukdomar (extremiteter, bröst och bukvägg – tumörer inom ryggraden)
2. Sarkom i övrigt (buktumörer och sarkom inom ÖNH-regionen)
3. GIST (gastrointestinala stromacellstumörer)

Nivåstrukturerings är i stort sett genomförd i regionen för grupp 1, både avseende invasiv diagnostik/biopsitagande (vävnadsprovtagning från ett organ) och kirurgisk behandling. Viss behandling av större bäckentumörer remitteras till Göteborg. Samarbete gällande behandling av sarkom sker också via nätverk bland tumörortopedier.

Nationell nivåstrukturerings utreds för närvarande vad gäller retroperitoneala sarkom (tumörer bakom bukhinnan, som ofta kan bli stora innan de upptäcks). Det är önskvärt med ökad diagnostik och konsultation innan behandling för sarkom i grupp 2 före behandlingsstart. Sarkomkirurgin ska centraliseras, och förutsättningen är då att man har säkerställt diagnos före behandling. Centralisering av patologananatomisk bedömning av sarkomfall är nödvändig. Patologananatomisk diagnostik av sarkom kräver specialkunnande och specialteknik och en referenspatolog behöver finnas knuten till tumörcentrum vid Nus. Digitalisering av den patologananatomiska bedömningen kan underlätta att använda referenspatologer utanför regionen, då det ofta behövs vid dessa sällsynta diagnoser.

## **2.6. Hudtumörer**

För hudtumörer är rätt diagnostik i första linjen av största vikt. Tidig diagnostik är särskilt viktigt för malignt melanom. Fokus bör inte läggas på vilken nivå varje steg utförs, eftersom kompetensen kan variera mellan de olika landstingen. En patient med misstanke på melanom ska behandlas så fort som möjligt vid lägsta nivån där kompetensen finns. Diagnostiska metoder, till exempel dermatoskopi, en mikroskopundersökning som möjliggör noggrann undersökning av pigmentämnena på huden, och digital uppföljning ska ske på hudklinikerna. Utbildning och fortbildning av distriktsläkare i bedömning av hudtumörer rekommenderas vara obligatoriskt.

## **2.7. Bröstcancer**

Bröstcanceroperationer har traditionellt gjorts på alla typer av akutsjukhus. I takt med att kraven blivit tydligare på att ett helt "bröstcancerteam" behövs, liksom kontaktsjuksköterskor, tillgång till fryssnitt och möjlighet att göra sentinel node (portvaktstörteldiagnostik) har en del sjukhus upphört att behandla bröstcancer. Förutom de fyra länssjukhusen i norra regionen är det idag bara sjukhusen i Skellefteå och Sollefteå som självständigt sköter bröstcancerpatienter. Medelöverlevnadsskillnaden är i en del studier stora mellan låg- och högvolym-sjukhus och brytpunkten för högre medelöverlevnad ligger på >70 nya fall per år, vilket leder till att man måste överväga lågvolymssjukhusens verksamhet.

Länssjukhusens verksamhet rekommenderas vara oförändrad. Nus och Skellefteå går ihop och bildar Bröstcentrum Västerbotten, då Skellefteå har möjlighet till MDK och fryssnitt, vilket medför tillräckliga totalvolym för hög kvalitet. De icke-palpabla tumörerna, tumörer som inte känns med fingrarna vid en undersökning av bröstet, kommer som tidigare att handläggas vid Nus.

Bröstcancerverksamheten vid Sollefteå sjukhus rekommenderas läggas ner, då man inte möter de krav som idag ställs (team, MDK för alla patienter, registrering i kvalitetsregister för alla patienter, tillräcklig volym och tillgång till sentinel node med fryssnitt). Hur uppföljning och kontroll av bröstcancerpatienter ska ske i Västernorrland behöver klargöras. Örnsköldsvik har slutat med bröstkirurgi och har även slutat med bröstcancerkontroller. Om samma sak sker i Sollefteå betyder det att en stor patientgrupp måste skötas vid annat sjukhus. Samma sak

gäller för patienter som återinsjuknat i bröstcancer. Förstärkningar kan då behövas i Sundsvall.

Andelen patienter som genomgår MRT-diagnostik kommer att långsamt öka. Metoden är etablerad i alla fyra landstingen.

## **2.8. Gynekologiska tumörer**

### **2.8.1. Cervixcancer (livmoderhalscancer)**

Inga förslag kring nivåstrukturering har lagts i avvaktan på ett nationellt vårdprogramarbete med beräknad start våren 2013.

### **2.8.2. Endometriecancer (livmoderkropp-(corpus)-cancer)**

Ett nytt nationellt vårdprogram för corpuscancer har framarbetats av professionen 2011 och regionala behandlingsrekommendationer har utarbetats utifrån detta. Dessa innebär bland annat behov av en regiongemensam multidisciplinär konferens, där alla patienter med avancerad corpuscancer diskuteras. Lymfkörtelutrymning införs för vissa patienter i syfte att minska behov av strålbehandling. Detta ska ske på ett centrum i regionen, där man även ska operera de enstaka patienter med avancerad sjukdom där det vid operation kan krävas såväl tumörgynekologisk som urologisk, övre gi-, nedre gi- och kärlkirurgisk expertis. Neoadjuvant behandling (läkemedelsbehandling som utförs före en operation eller strålbehandling) kan vara aktuell vid avancerad sjukdom i utvalda fall. Här finns också skäl att koncentrera den operativa behandlingen till ett sjukhus.

Cytostatikabehandling ska decentraliseras ytterligare. De onkologiska mottagningarna runt om i regionen måste vara välrustade för att ta hand om dessa patienter som ofta har komplexa behandlingar, vilket innebär ett utbildningsbehov för både läkare och sjuksköterskor.

Flertalet patienter med corpuscancer kommer även fortsättningsvis att opereras på länssjukhusens kvinnokliniker. För att selektera fram de patienter som kan vara aktuella för lymfkörtelutrymning krävs en utökad preoperativ utredning.

### **2.8.3. Ovarialcancer (äggstockscancer)**

Det är väl dokumenterat att optimal kirurgisk radikalitet vid den primära kirurgin är av största vikt för överlevnaden hos patienter med avancerad ovarialcancer. Införandet av det första nationella vårdprogrammet för ovarialcancer i regionen innebär en fortsatt centralisering av utvalda fall av ovarialcancer som är betjänta av avancerad kirurgi. Det ska finnas ett centrum i regionen där man har möjlighet att utföra avancerad kirurgi. Där ska man också vid behov kunna samoperera med övre gi-, nedre gi- och kärlkirurger samt urologer. För att upprätthålla kompetensen i regionen är det viktigt att alla gynekologer som handlägger ovarialcancer får delta i de operationer som centraliseras. I akuta fall krävs ibland omedelbar operation även på dessa patienter och de måste kunna erbjudas operation på hemortssjukhuset. Alla former av palliativ kirurgi ska också ske decentraliserat. Sålunda är det bara de största och mest komplexa ingreppen som ska ske på bara ett ställe i regionen.

Neoadjuvant behandling (cytostatika innan operation) kan vara aktuell i utvalda fall av stadium IIIC-IV ovarialcancer. Om dessa patienter är möjliga att operera efter behandlingen ska det göras på ett centrum i regionen.

Alla fall av ovarialcancer ska bedömas enhetligt vid en regiongemensam MDK. För patienter med tidig ovarialcancer införs lymfkörtelutrymning för att identifiera de patienter som inte är betjänta av kemoterapi och därigenom kunna undvika detta.

Liksom för corpuscancer ska cytostatikabehandling decentraliseras ytterligare.

## **2.9. Urologiska tumörer**

### **2.9.1 Prostatacancer**

Inom prostatacancerområdet kan följande förändringar förväntas inom de närmaste fem åren:

1. Införskaffande av operationsrobot med placering vid Nus
2. Utökad bilddiagnostik
3. Ökad behandling med salvage-terapi, d.v.s. behandling vid återfall där sjukdomen bedöms vara i botbart stadium
4. Ökade möjligheter att behandla i palliativt skede.
5. Allt fler patienter som diskuteras vid multidisciplinär konferens
6. Eventuellt införande av screening

Införskaffande av en operationsrobot medför sannolikt en volymökning av prostatakirurgin vid Nus, på bekostnad av volymen vid de övriga opererande sjukhusen i regionen. Det kan medföra att prostatektomi (borttagande av prostatan) inte längre utförs vid de enheter som har den lägsta volymen. Ökade resurser kan krävas vid Nus för att inte köer ska uppstå. De patienter i regionen som väljer robotassisterad kirurgi och idag behandlas utanför regionen kan opereras på Nus.

Handläggning av postoperativa komplikationer, framför allt svår inkontinens med inoperation av sfinkterprotes (urinrörets slutmuskel ersätts med en protes), sker redan idag centraliserat till Nus. Det fåtal patienter som väljer erektionsprotes vid impotensproblem behandlas i Örebro.

Förfinade diagnostiska metoder ökar möjligheten att välja bästa behandling för varje patient, framför allt magnetresonansundersökning (MR) och PET-CT. Ökad användning av dessa tekniker ger en mer adekvat stadieindelning och ett bättre underlag för behandlingsbeslut. De maskinella MR-resurserna finns redan decentraliserade i regionen, men det är brist på radiologer. PET-CT finns enbart vid Nus.

Vid återfall av sjukdomen, där PSA-provet tidigt signalerar att tumörvävnad finns kvar, värderas patienten för strålbehandling efter operation och antalet patienter som genomgår sådan terapi ökar. Behandling sker i både Umeå och Sundsvall. Efter strålbehandling finns idag åtminstone tre behandlingsalternativ som kan komma ifråga: operation (prostatektomi), frysning av tumören och inre strålbehandling (brachyterapi). Ingetdera av dessa alternativ finns idag tillgängligt i regionen. Om dessa behandlingar börjar användas mer måste därmed patienter remitteras utanför regionen. På fem års sikt är det sannolikt rimligt att etablera någon av metoderna inom regionen.

För prostatacancer i palliativt skede ökar de terapeutiska möjligheterna. För att snabbt tillägna sig kunskap om de nya läkemedlen och hur de ska användas är det viktigt att initialt inte sprida ut handhavandet på alltför många. Effekter och biverkningar behöver registreras.

Idag är länssjukhusen uppkopplade och har MDK regelbundet, men även länsdelssjukhusen som har hand om prostatacancer behöver kunna delta i dessa.

Frågan om eventuell PSA-screening är under beredning på Socialstyrelsen och är kontroversiell, då det kan ge upphov till en ökad överbehandling. Om screening införs kommer primärvården att bli involverad i hög utsträckning för att ta blodprover, men urologer ska ta vävnadsprover på dem som faller inom de gränser som sätts upp. Det skulle medföra en stor belastning på de få urologer som finns idag. Aktiv monitorering av lågrisktumörer ökar. Det kräver en noggrann och strukturerad uppföljning som rekommenderas vara likadan över regionen.

### **2.9.2 Testikelcancer**

Kartläggning saknas för ställningstagande till nivåstrukturerings av testikelcancer inom norra regionen.

Lymfkörtelutrymningar ska enligt beslut i nationell styrgrupp ske centraliserat på grund av liten volym. Detsamma gäller för patienter med metastatisk sjukdom och dålig prognos, på grund av liten volym och behov av multidisciplinärt omhändertagande. Uppföljning kan ske decentraliserat till länssjukhusen, förutsatt att man där kan utföra specificerade röntgenkontroller med MR-undersökning bakom bukhinnan. Adjuvant cytostatikabehandling, där cytostatika ges för att förbättra effekten annan behandling, och behandling av metastatisk sjuka med god prognos kan ske på regionens onkologkliniker.

### **2.9.3 Njurcancer**

Den primära kirurgin har spontant nivåstrukturerats till idag sex sjukhus i regionen. Om det ska gå att erbjuda all behandling, nefron(njur-)sparande kirurgi vid mindre tumörer, laparoskopisk nefrectomi (borttagande av njuren via titthålskirurgi) för vissa patienter och öppen nefrectomi för de som inte lämpar sig för nefronsparande kirurgi, rekommenderas kirurgin i första hand utföras enbart vid de fyra länssjukhusen som har anställda urologer. Patienten är beroende av hela behandlingsteamet. Robotassisterad partiell nefrectomi blir aktuell med en operationsrobot.

Alla patienter som har en metastaserad sjukdom och behöver cytostatikaterapi rekommenderas att behandlas av specialkunnig onkolog. Viss uppföljning av njurcancerpatienter kan decentraliseras med uppföljningsprogram.

### **2.9.4 Cancer i urinblåsan**

Primärutredningen av patienter med blåscancer är beroende av att ställa rätt diagnos framför allt vad gäller T-stadium. Den primära behandlingen av nya blåscancerfall rekommenderas därför centraliseras till länssjukhusen, där det finns urologiska enheter. En centralisering av avancerade cystektomier, borttagande av urinblåsan, till ett sjukhus i regionen ska utföras med hjälp av gemensam MDK, som definierar vilka patienter som ska remitteras. Dessa operativa ingrepp är stora och kompetensen i hela vårdteamet viktig. Uppföljningen kan ske decentraliserat enligt rutiner i vårdprogrammet.

## **2.10. Ögontumörer**

Behandlingen är redan idag samlad till nationell nivå.

### **2.11. Lymfom/hematologiska maligniteter (blodcancer)**

Något ytterligare behov av koncentration av behandlingen av hematologiska sjukdomar finns inte under överblickbar tid i norra regionen. Nivåstrukturering är påbörjad vad gäller eftervård efter autolog stamcellstransplantation (transplantation med egna stamceller). Från och med hösten 2012 flyttas myelompatienter direkt efter transplantationen över från Umeå till Sunderbyn respektive Sundsvall. Detta beräknas utökas och även gälla lymfompatienter.

På grund av långa avstånd kan decentralisering av vissa behandlingar bli aktuellt. Ett behov av mer behandling och uppföljning nära hemorten finns. Införande av det it-baserade cytostatikabehandlingssystemet Cytodos i hela regionen kan ge större möjlighet för säker behandling på distans. Mer palliativ vård nära hemmet behövs.

## **3 Bilaga**

**Bilaga 1.** Nivåstrukturering i norra regionen – kartläggning och förslag från professionen

## Saxat ur protokoll NRFs direktion 2013-05-24

### § 26                    Regional plan för nivåstrukturering inom cancervården (Dnr 068/13)

Ett av kriterierna för utvecklingen av cancervården är att det i varje region ska finnas en plan för nivåstrukturering. Planen ska beslutas i Förbundsdirektionen. Ett förslag till plan har utarbetats i regionens arbetsgrupper och behandlats i cancerrådet den 18 april. Förslaget framgår av bilaga 26.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna planen för regional nivåstrukturering;

att översända planen till landstingen som en rekommendation (ett underlag) i de delar som rör landstingens interna nivåstrukturering; samt

att uppdra till RCC Norr att följa utvecklingen av nivåstruktureringen i regionen.

## NIVÅSTRUKTURERING PÅVERKAN JLL

### Centralisering av verksamhet till regionsjukhus:

Regional nivåstruktureringsplan RCC Norr innebär inga väsentliga förändringar för JLL. De patienter som ska till Umeå enligt planen åker redan dit. Ett undantag är operation pga prostatacancer (radikal prostatektomi) där det är oklart idag om den operationsrobot som Umeå tar i bruk kommer att ändra patientströmmar ffa pga patienternas egna önskemål.

### Nationell nivåstruktureringsplan:

Ute på remissrunda, inga beslut ännu. Fler diagnoser kommer så småningom och det kan komma att påverka JLL mer. Idag gäller följande tre diagnosgrupper:

- Operation av cancer i matstrupe och övre magmun – i stort sett redan genomförd, marginell kostnadsökning för JLL
- Operation av peniscancer – fåtal patienter, ingen nämnvärd kostnadsökning, sannolikt endast ett fåtal sjukhus i landet och inte säkert Umeå
- Retroperitoneala sarkom – ovanliga, redan idag centraliserat men inte säkert att dessa patienter ska till Umeå framöver

### Decentralisering av verksamhet från regionsjukhus:

I första hand har man diskuterat kontroll och uppföljning av vissa patientgrupper till exempel inom öron-, näsa- och halsområdet. Om detta genomförs minskar kostnader för utomlänsbesök och resor men ökad kompetens kan behövas här. Oklart idag vilka volymer som det gäller.

### Övrigt:

- Multidisciplinära ronder i ökad omfattning. Läkartid ökar inom respektive specialitet som har patienten. Dessutom ökad läkartid på röntgen och för patologavdelningen. Investeringskostnader får bedömas från röntgen.
- Mer onkologi i Östersund. Redan idag har vi ökad läkartid utifrån för konsult. Dessutom har 2 ST-block i onkologi startats och när dessa är färdiga behövs tjänsteutrymme och lokaler på onkologmottagningen (mottagningsrum och läkarexpeditioner). Sannolikt är det önskvärt med fler fasta läkare inom onkologi förutom konsulterna som kommer att fortsätta under många år framöver.

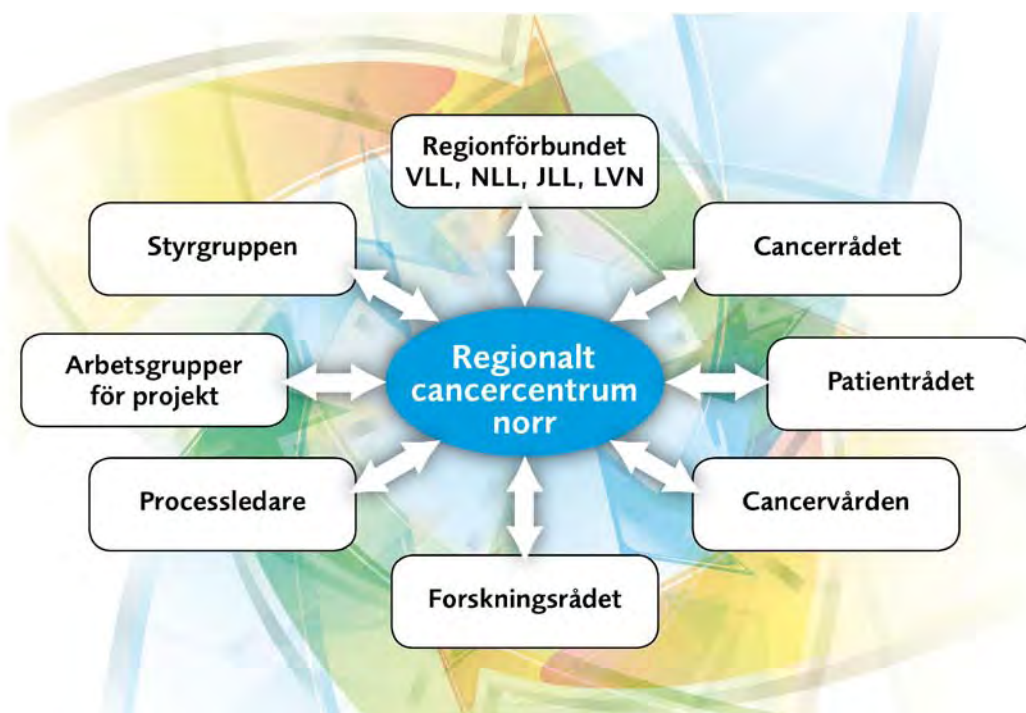


- Patologi är redan idag ett bekymmer eftersom två av de mycket erfarna läkarna går i pension vid årsskiftet 2013/14. Generellt stor brist på patologer i landet. Dessutom är subspecialisering nödvändig här som inom andra verksamheter. Mycket svårlöst dilemma och det brådskar! **Detta är den i särklass viktigaste frågan för ögonblicket.**
- Utbildning av allmänläkare i att kunna urskilja patienter med tidiga cancersymptom i den stora mängden av patienter med diffusa symptom. Vad och hur kan man utreda själv, vad ska remitteras, hur formuleras remisser så att sjukhuset prioriterar rätt.
- Screening/forskningsprojekt som startas ffa tarmcancerscreeningen som kräver ökade resurser ffa på endoskopiavdelningen. I övrigt måste vi delta i multicenterstudier i betydligt större omfattning än idag – forskningssköterskor!!!
- Palliation – se särskilda dokument från denna process.

Bengt Sandhammar  
Överläkare Kirurgområdet,  
Ordf Jämtlands läns landstings lokala RCC-grupp

# Plan för att stärka klinisk forskning och innovation inom norra regionens cancervård 2012-2015

## Regionalt Cancercentrum Norr



## Innehållsförteckning

|   |                                                                                     |   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1 | Bakgrund - målsättningar .....                                                      | 3 |
| 2 | Organisation för forskning och innovation inom RCC Norr.....                        | 4 |
| 3 | Aktörer .....                                                                       | 4 |
|   | 3.1. Forskningsrådet .....                                                          | 4 |
|   | 3.2. Forskningssamordnaren .....                                                    | 5 |
|   | 3.3. RCC-organisationen .....                                                       | 5 |
| 4 | Arbetsplan – projekt .....                                                          | 5 |
|   | 4.1. Stärka samverkan mellan forskare och kontaktytor mellan forskningsfält .....   | 5 |
|   | 4.2. Öka andelen patienter i kliniska studier .....                                 | 5 |
|   | 4.3. Regionövergripande eller nationell infrastruktur för kliniska prövningar ..... | 6 |
|   | 4.4. Systematisk insamling av kliniska data, bilddata och färskfrusen vävnad .....  | 6 |
|   | 4.5. Nationell forskningsinfrastruktur – utveckling av kvalitetsregister .....      | 6 |
|   | 4.6. Registerforskningsstödjande funktion.....                                      | 7 |
|   | 4.7. Patient- och närståendemedverkan vid utformning av vårdprocesser.....          | 7 |
|   | 4.8. Stimulera innovation .....                                                     | 7 |

# 1 Bakgrund - målsättningar

I Socialdepartementets kriterier för vad som ska utmärka Regionala Cancercentrum (RCC) fastslås följande målsättningar avseende klinisk cancerforskning och innovation (kriterium 5.3):

”RCC ska arbeta för att stärka den kliniska cancerforskningen i regionen och i landet. RCC ska också utveckla strukturer för samarbete med universiteten/högskolorna och den forskande industrin samt främja innovationer i cancervården. I processägar-/processledaruppdraget bör ingå uppgifter även inom FoU-området. Hur respektive RCC avser att utveckla sin forskningsprofil bör anges i den strategiska utvecklingsplanen för cancervården i sjukvårdsregionen.

RCC bör i första hand arbeta med klinisk forskning i bred mening, dvs. forskning inom biomedicin, omvårdnad, rehabilitering, psykosocialt stöd, klinisk epidemiologi, etc. Att främja sådan translationell forskning som involverar patienter bör tydligt ingå i RCC:s uppdrag. Det är upp till varje RCC att bestämma om man önskar integrera även grundforskning inom cancerområdet.

RCC bör åta sig att, tillsammans med universitet och högskolor inom sjukvårdsregionen, främja både nationell och internationell forskningssamverkan. Forskning och forskarutbildning är även områden som är särskilt lämpade för samverkan mellan flera RCC. För större vetenskapliga cancerstudier är det mest ändamålsenligt att en samordning sker över hela landet, liksom det är en RCC-angelägenhet att främja internationellt forskningssamarbete. RCC ska dessutom verka för nationell samordning av större infrastruktursatsningar, t ex när det gäller informatikutveckling inom cancerforskningen och uppbyggnad av biobanker kopplade till kvalitetsregistren på cancerområdet.

Inom RCC bör det skapas en funktion som bevakar att, där så är relevant, alla cancerpatienter i sjukvårdsregionen ges möjlighet att delta i kliniska studier. När enheter för kliniska prövningar i sjukvårdsregionerna nu etableras, ska RCC utnyttja de möjligheter till samordning som därmed öppnar sig också för cancerforskningen. RCC bör verka för att det utformas en regionövergripande organisation för kliniska prövningar, vare sig de är initierade av hälso- och sjukvården, akademien eller industrin. RCC ska vidare arbeta för att kliniska prövningar genomförda i Sverige ska vara av yppersta vetenskapliga kvalitet. För att studierna ska omfatta tillräckligt många patienter krävs ofta samarbete med andra RCC eller på nationell eller internationell nivå.

RCC bör utnyttja de konkurrensfördelar som erbjuds i Sverige genom tillgången till register som till exempel hälsodataregistren, kvalitetsregistren samt SCB:s register. I detta avseende finns redan en god grund i den forskning som är knuten till dagens regionala onkologiska centra och till de många kvalitetsregistren inom cancerområdet.

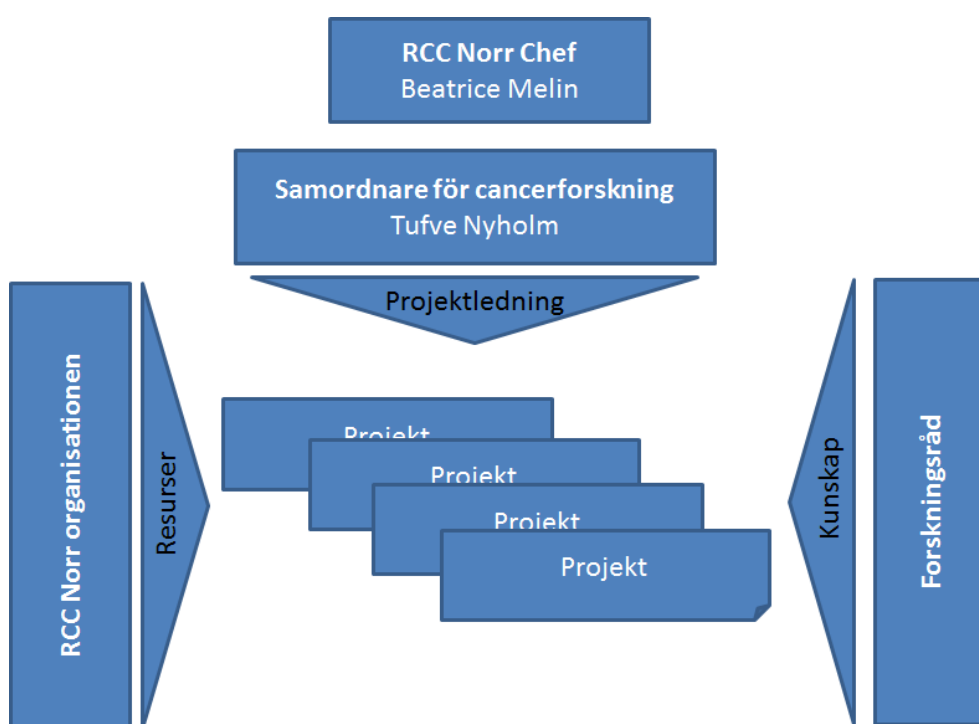
Att framsteg inom klinisk cancerforskning snabbt kommer patienter till del är en viktig uppgift för RCC. Införandet, liksom utmönstringen av förlegade metoder, ska bygga dokumenterade metoder för implementering. Men här behövs också implementeringsforskning som utgår från den svenska cancervårdens särskilda förutsättningar.

Till RCC:s uppgifter hör att främja innovationer i cancervården, t ex genom ett särskilt innovationsprogram. Innovationerna kan gälla produkter eller processer, ofta inom biofarma,

medicinteknik eller diagnostik, men också beträffande organisationsmetoder. I Delegationens för samverkan i den kliniska forskningen dokument *Innovationer i vården, hinder och incitament* finns en rad förslag på hur innovationsklimatet i vården skulle kunna förbättras. Dit hör t ex ”living labs”, ”innovationsslussar”, riktade innovationsupphandlingar m.m.

RCC ska se till att internationell frontlinjekunskap bevakas och tillämpas i regionens cancer-vård på ett strukturerat sätt så att nya evidensbaserade metoder snabbt kommer cancerpatienter till del (”ordnat införande”). När nya metoder införs bör deras effekter i rutinsjukvården utvärderas - kvalitetsregistren är här naturliga samarbetspartners.”

## 2 Organisation för forskning och innovation inom RCC Norr



RCC Norr har sedan juni 2012 en samordnare för cancerforskning. Positionen ligger direkt under chefen för RCC Norr. Arbetet bedrivs i projektform, där forskningssamordnaren fungerar som projektledare under utvecklingsfasen. Driften går sedan över till RCC-organisationen. RCC Norrs forskningsråd fungerar som bollplank för forskningssamordnaren för att identifiera och specificera nya projekt och assistera vid eventuellt utveckling och testning.

## 3 Aktörer

### 3.1. Forskningsrådet

RCC Norrs forskningsråd består av representanter för de fyra nordliga landstingen (FoU chefer) samt representanter för olika forskningsfält, både kliniska och pre-kliniska. Möten sker fyra gånger per år. Forskningsrådet har som huvudsaklig uppgift att identifiera flaskhalsar för cancerforskningen i norra regionen, identifiera orsaker och utforma åtgärder för att

avhjälpa dessa flaskhalsar. För det praktiska genomförandet av åtgärderna svarar forskningssamordnaren.

### 3.2.           **Forskningssamordnaren**

Forskningssamordnaren fungerar som sammankallande i forskningsrådet och är den som praktiskt tar tag i de åtgärder som forskningsrådet beslutar ska drivas. Forskningssamordnaren representerar norra regionen och är ordförande i den nationella gruppen av forskningssamordnare inom landets sex RCC.

### 3.3.           **RCC-organisationen**

RCC-organisationen i norra regionen spelar en viktig roll i arbetet genom att skjuta till resurser i form av IT-stöd och kompetens, statistik, utdrag ur kvalitetsregister, etc. Projekt som driftsätts hamnar under den befintliga RCC organisationen.

## 4               **Arbetsplan – projekt**

### 4.1.           **Stärka samverkan mellan forskare och kontaktytor mellan forskningsfält**

Innovation och forskning tjänar på interaktion mellan forskare och forskargrupper. Genom att skapa möjligheter för kontakter och de förutsättningslösa samtalen verkar RCC Norr för att stimulera både forskning och innovation i norra regionen. De båda projekten nedan genomförs i samarbete med medicinska fakulteten vid Umeå universitet.

En **cancerforskningens dag** organiseras och stöttas av RCC Norr och medicinska fakulteten. Samtliga som ägnar sig åt cancerforskning i Norra regionen bjuds in och ges möjlighet att presentera sin forskning i posterform. Stort utrymme ges åt denna posterutställning där doktorander, post-docs och forskare får möjlighet att diskutera sin forskning. Cancerforskningsdagen planeras anordnas en gång om året, och första tillfället är den 19/4 2013.

En **inventering av cancerforskningen** i norra regionen genomförs årligen av RCC Norr och medicinska fakulteten vid Umeå universitet. Inventeringen görs via web-enkät. Syftet är dels att skapa en överblick över den cancerforskning som bedrivs och att kommunicera denna tillbaka till forskarna, och dels att utifrån resultatet av inventeringen plocka ut kvalitetsindikatorer på cancerforskningen, vilka kan användas för att utvärdera andra åtgärder. Första inventeringen genomfördes januari 2013 och sammanställningen beräknas vara klar under mars 2013. Totalt inrapporterades 99 unika projekt.

### 4.2.           **Öka andelen patienter i kliniska studier**

Det finns visat att det är en fördel för patienter att vara med i **kliniska prövningar**. Inte bara för att de därmed får tillgång till nya och ofta bättre mediciner, utan även för att uppföljningen ofta är mer omfattande. Chansen att komma med i en klinisk prövning varierar i norra regionen. Dessa variationer har flera orsaker, bland annat att informationen om vilka studier som är möjliga för en given patient att delta i inte alltid når ut. En **databaslösning för kliniska prövningar** utvecklas av RCC Norr och ska göras tillgänglig och sökbar via RCC Norrs hemsida.

Kliniker som fungerar som huvudmän för kliniska provningar tillhandahåller informationen om studierna och dessa matas in av RCC Norr.

Databasen fyller tre syften:

1. Vårdpersonal, till exempel behandlande läkare eller kontaktsjuksköterskor, kan söka i databasen på en given diagnos och få upp en lista över alla studier som patienten skulle kunna inkluderas i. Denna funktion bör göra det lättare för vårdpersonalen att hitta studier.
2. Patienter och närstående kan söka i den öppna databasen. De kan då komma förberedda till sina möten med vården och själva förhöra sig om möjligheten att bli inkluderad i given studie.
3. Informationen i databasen kommer att kunna fungera som kvalitetsindikator vid utvärdering av andra åtgärder.

Databasen planeras att sättas i drift under 2013.

#### **4.3. Regionövergripande eller nationell infrastruktur för kliniska provningar**

RCC Norr deltar i de fyra nordliga landstingens arbete med att **utveckla Klinisk Behandlingsforskning Norrland (KBN)**, med kliniska provningsnoder vid sjukhusen i Östersund, Sunderbyn, Sundsvall och Umeå. Den långsiktiga målsättningen är att KBN ska fungera som en paraplyorganisation för de fyra landstingen vid kliniska behandlingsprovningar.

Regionalt stöttar RCC de fyra landstingen i arbetet med att bygga upp KBN-nätverket. Samtal förs inom forskningsrådet om hur detta ska kunna göras på bästa sätt.

Den nationella gruppen av forskningssamordnare planeras arbeta med denna fråga på det nationella planet under 2013 och 2014.

#### **4.4. Systematisk insamling av kliniska data, bilddata och färskfrusen vävnad**

Systematisk insamling av kliniska data, bilddata och färskfrusen vävnad samt blodprov från patienter i hela regionen är prioriterat. Umeå universitetet har tillsammans med Uppsala universitet erhållit speciella nationella strategiska forskningsresurser inom cancerområdet. Inom Uppsala-Umeå Comprehensive Cancer Consortium (U-CAN)-plattformen systematiseras insamling av blod, vävnad, bild- och funktionsinformation, laboratorieinformation och patientdata i biobanker och databaser för flera cancersjukdomar, prostatacancer, hjärntumörer och kolorektal och blodcancer. En utredning om regionalisering av insamling av färskfrusna prover har genomförts och förberedelser för regionaliserad insamling pågår, med stöd av RCC Norr.

#### **4.5. Nationell forskningsinfrastruktur – utveckling av kvalitetsregister**

De nationella kvalitetsregistren är mycket viktiga både för kvalitetsuppföljning och för forskning. Det läggs idag stora resurser på att få in information i registren, vilket typiskt matas in manuellt. Det matas idag endast in mycket basal information om strålterapi i registren, trots att strålbehandling är en av de viktigaste behandlingsmodaliteterna vid många

cancerdiagnoser. All information om strålterapi är också redan digitaliserad i standardiserat format vilket kan göra det enkelt att ordna en automatiserad registrering. En **nationell strålterapidatabas** håller på att utvecklas under ledning av RCC Norr. Förutom vissa resurser från RCC Norr så stöttar strålskyddsmyndigheten och Vinnova-projektet.

#### **4.6. Registerforskningsstödjande funktion**

En registerforskningsstödjande funktion är under uppbyggnad inom RCC Norr, för att stötta forskande kliniker som vill använda kvalitetsregister för forskning och vårdutvecklingsprojekt med statistisk kompetens. Stöd i form av statistikerveckor kan sedan hösten 2012 fortlöpande sökas via ett ansökningsformulär på RCC Norrs hemsida.

#### **4.7. Patient- och närståendemedverkan vid utformning av vårdprocesser**

Det är ett tydligt uttalat mål att patienter och närstående ska medverka i utformningen av vårdprocesserna inom cancervården. Det finns dock olika sätt som detta kan göras på. Eftersom patient- och närståendemedverkan och utformning av vårdprocesserna är centrala delar i RCC's uppdrag har RCC Norr gått in med en riktad forskningsansökan till både FAS och AFA för att få resurser att undersöka hur patient- och närståendemedverkan ska utformas på bästa sätt. För de vetenskapliga insatserna har omvårdnadsinstitutionen, etnologiska institutionen samt designhögskolan i Umeå engagerats.

#### **4.8. Stimulera innovation**

Innovation i betydelse att föra in nya ideer i praktisk användning, bygger på interaktion mellan forskare, vårdpersonal och industri. RCC Norr arbetar med att stimulera interaktionen mellan forskare och vårdpersonal bland annat genom den årliga cancerforskningsdagen som arrangeras tillsammans med medicinska fakulteten i Umeå. Arbetet med att knyta industrin närmare vården och forskningen planeras att bedrivas under den nationella gruppens paraply.



**§ 31 Plan för att stärka klinisk forskning och innovation inom cancerområdet**  
(Dnr 056/13)

I Socialdepartementets kriterier för vad som ska utmärka Regionala Cancercentrum (RCC) fastslås målsättningar avseende klinisk cancerforskning och innovation (kriterium 5.3) Av dessa framgår bl.a.:

RCC ska arbeta för att stärka den kliniska cancerforskningen i regionen och i landet. RCC ska också utveckla strukturer för samarbete med universiteten/högskolorna och den forskande industrin samt främja innovationer i cancervården.

RCC bör i första hand arbeta med klinisk forskning i bred mening, och att främja sådan translationell forskning som involverar patienter bör tydligt ingå i RCC:s uppdrag.

Inom RCC bör det skapas en funktion som bevakar att, där så är relevant, alla cancerpatienter i sjukvårdsregionen ges möjlighet att delta i kliniska studier. När enheter för kliniska prövningar i sjukvårdsregionerna nu etableras, ska RCC utnyttja de möjligheter till samordning som därmed öppnar sig också för cancerforskningen. RCC bör verka för att det utformas en regionövergripande organisation för kliniska prövningar, vare sig de är initierade av hälso- och sjukvården, akademien eller industrin. För att studierna ska omfatta tillräckligt många patienter krävs ofta samarbete med andra RCC eller på nationell eller internationell nivå.

En plan för arbetet med att stärka forskningen inom området i regionen har utarbetats och framgår av bilaga 31.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna planen enligt föreliggande förslag.

Planerings- och beställarstaben  
Ingela Jönsson  
Tfn: 063-147762, 070-6900527  
E-post: ingela.jonsson2jll.se

2013-11-18

Dnr

## Plan för att stärka klinisk forskning och innovation inom norra regionens cancervård 2012-2015 – konsekvenser för Jämtlands läns landsting

Denna plan är viktig för att stärka klinisk forskning och innovation inom norra regionens cancervård. För Jämtlands läns landsting är det viktigt att se på planen och reflektera kring hur den hjälper Jämtlands läns landstings kliniska forskning och hur Jämtlands läns landstings cancerverksamheter kan ge underlag för regionens forskningsstudier.

I kap 4.2. Öka andelen patienter i kliniska studier sägs:

”Det finns visat att det är en fördel för patienter att vara med i **kliniska prövningar**. Inte bara för att de därmed får tillgång till nya och ofta bättre mediciner, utan även för att uppföljningen ofta är mer omfattande. Chansen att komma med i en klinisk prövning varierar i norra regionen. Dessa variationer har flera orsaker, bland annat att informationen om vilka studier som är möjliga för en given patient att delta i inte alltid når ut. En **databaslösning för kliniska prövningar** utvecklas av RCC Norr och ska göras tillgänglig och sökbar via RCC Norrs hemsida. Kliniker som fungerar som huvudmän för kliniska prövningar tillhandahåller informationen om studierna och dessa matas in av RCC Norr.”

Vidare står det senare i dokumentet

”RCC Norr deltar i de fyra nordliga landstingens arbete med att **utveckla Klinisk Behandlingsforskning Norrland (KBN)**, med kliniska prövningsnoder vid sjukhusen i Östersund, Sunderbyn, Sundsvall och Umeå. Den långsiktiga målsättningen är att KBN ska fungera som en paraplyorganisation för de fyra landstingen vid kliniska behandlingsprövningar.”

Det är positivt om RCCs avsikt är att öka rekryteringen till redan pågående studier, men det finns risk för förvirrande krock för läkemedelsföretag/motsvarande som vill förhåra sig om möjligheterna att genomföra viss studie i Norrland.

Det är för läkemedelsföretagen och för Jämtlands läns landstings forskare och verksamhetsföreträdare viktigt att det blir tydligt hur kopplingen mellan RCCs initiativ och KBNs arbete länkas samman.

I kapitel 4.6. Registerforskningsstödjande funktion sägs:

”En registerforskningsstödjande funktion är under uppbyggnad inom RCC Norr, för att stötta forskande kliniker som vill använda kvalitetsregister för forskning och vård-

utvecklingsprojekt med statistisk kompetens. Stöd i form av statistikerveckor kan sedan hösten 2012 fortlöpande sökas via ett ansökningsformulär på RCC Norrs hemsida.”

För Jämtlands läns landsting är erbjudade om hjälp/”inskolning” för landstingsmedarbetare till registerforskning viktigt. Detalj-kunskap om resp register är nödvändig för bra handledning/korrekt uttag, kunskap som RCC har. Särskilt bra är det om hjälpen kan kombineras med bearbetningar (landstingslicenser för analysprogram är dyra jämfört med universitetslicenser). Även här finns behov av tydliggörande av eventuellt dubbla funktioner. Registercentrum Norr är en stödorganisation för kvalitetsregister, verkar också för att nya register ska utvecklas. Registercentrums uppdrag är att skapa synergieffekter i samarbetet mellan register (till exempel vid teknisk drift), göra analyser, ge stöd till kliniskt förbättringsarbete med hjälp av registerdata samt medverka till att registerdata blir användbara för olika användare. Det är viktigt att det blir tydligt att RCCs initiativ och Registercentrum Norrs arbete samordnas för vi har inte råd med dubbla funktioner i norrland.

Slutligen framgår av planens kap 4.7 Patient- och närståendemedverkan vid utformning av vårdprocesser:

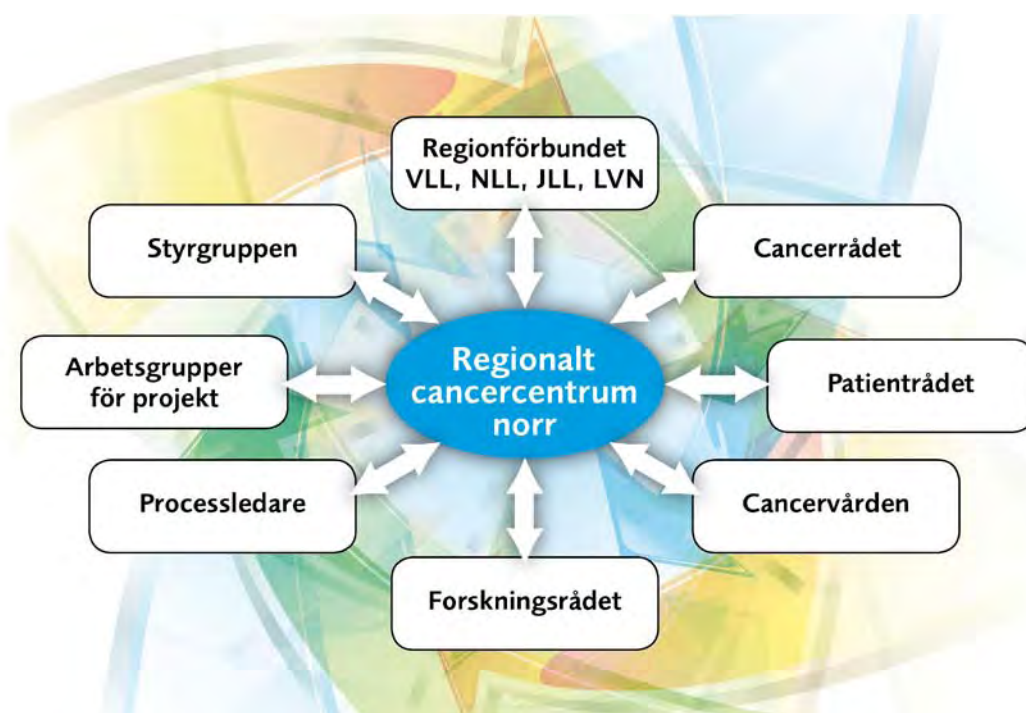
”Det är ett tydligt uttalat mål att patienter och närstående ska medverka i utformningen av vårdprocesserna inom cancervården. Det finns dock olika sätt som detta kan göras på. Eftersom patient- och närståendemedverkan och utformning av vårdprocesserna är centrala delar i RCC’s uppdrag har RCC Norr gått in med en riktad forskningsansökan till både FAS och AFA för att få resurser att undersöka hur patient- och närståendemedverkan ska utformas på bästa sätt. För de vetenskapliga insatserna har omvårdnadsinstitutionen, etnologiska institutionen samt designhögskolan i Umeå engagerats.”

Detta är ett viktigt område som Jämtlands läns landsting med intresse ser fram mot att få ta del av resultat från.

# Patientens ställning i cancervården

Plan och beskrivning av inledande arbete för

Regionalt Cancercentrum Norr



# Innehållsförteckning

|     |                                                                 |   |
|-----|-----------------------------------------------------------------|---|
| 1   | Bakgrund .....                                                  | 2 |
| 2   | Forum för patientmedverkan inom RCC Norr .....                  | 2 |
| 2.1 | Patientråd.....                                                 | 2 |
| 2.2 | Patientmedverkan i processer.....                               | 3 |
| 2.3 | Samverkan med regionens patientnämnder.....                     | 3 |
| 3   | RCC Norrs plan för arbete enligt kriterierna.....               | 3 |
| 3.1 | Individuell skriftlig vårdplan.....                             | 3 |
| 3.2 | Kontaktsjuksköterskor.....                                      | 3 |
| 3.3 | Insamling och användning av patientrapporterade uppgifter ..... | 4 |
| 3.4 | Kunskap och information om rätten till förnyad bedömning.....   | 5 |

## 1 Bakgrund

I utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) anges ett antal evidensbaserade strategier för att stärka patientperspektivet i cancervården och utifrån dessa föreslår utredningen en rad insatser för att stärka patientens ställning. I Socialdepartementets kriterier för vad som ska utmärka ett cancercentrum (RCC) läggs ett antal konkreta uppdrag på respektive RCC:

RCC ska arbeta för att:

- en individuell skriftlig vårdplan tas fram för varje cancerpatient,
- cancerpatienter får stöd från en kontaktsjuksköterska eller motsvarande kontaktperson,
- patientrapporterade uppgifter samlas in och används i arbetet med att utveckla cancervården,
- kunskapen om patientens rätt till förnyad bedömning ökar bland hälso- och sjukvårdspersonalen och att berörda cancerpatienter får information om denna rätt.

RCC ska även medverka till att engagera patientrepresentanter i beslut rörande cancervårdens utformning och utveckling.

## 2 Forum för patientmedverkan inom RCC Norr

### 2.1 Patientråd

RCC Norr har sedan i april 2012 ett patientråd. I rådet ingår representanter från patientföreningar inom tio diagnosområden, två kontaktsjuksköterskor och en sekreterare från RCC Norr. RCC Norr:s projektkoordinator är adjungerad. Patientrådet driver frågor som man ser som generellt viktiga samt övergripande för samtliga cancerdiagnoser ur ett cancerpatient- och närståendeperspektiv och har en direkt dialog med RCC Norrs ledning. Rådet är även remissinstans, bl.a. för frågor som rör patientinformation och individuella vårdplaner samt för nationella vårdprogram.

Rådet har möten minst två gånger per termin och medverkar i regionala cancerdagar som RCC Norr anordnar. RCC Norr står för omkostnaderna för rådets medlemmar i samband med rådets möten. Under 2013 ska en första utbildning för patientföreträdare genomföras i

regionen. Utbildningens upplägg och innehåll har utarbetats av patientrådet i samverkan med RCC Norrs ledning.

## **2.2 Patientmedverkan i processer**

I uppdragen till samtliga processledare ingår att på något sätt involvera patienter/närstående i arbetet. Det kan ske genom att representant(er) för patienter/närstående ingår i den regionala arbetsgruppen eller genom att processledaren inhämtar synpunkter från patienter/närstående genom t.ex. intervjuer. Hur medverkan sker inom respektive process följs årligen upp av RCC Norrs ledning.

## **2.3 Samverkan med regionens patientnämnder**

Patientnämnderna i de fyra norrlandstingen bevakar sedan i mars 2012 särskilt alla ärenden där patienter har tagit kontakt i frågor som är relaterade till cancer och delger RCC Norr sina iakttagelser, som underlag för förbättringsarbete. Samtliga ärenden analyseras av RCC Norrs projektkoordinator och processledaren för ”vägen in till cancervården”, och övriga processledare tar del av ärenden inom sina respektive diagnoser.

# **3 RCC Norrs plan för arbete enligt kriterierna**

Inom flera av områdena som anges i Socialdepartementets kriterium har Sveriges kommuner och landsting (SKL) tillsammans med RCC i samverkan initierat gemensamma nationella arbeten. RCC Norr deltar aktivt i samtliga nationella arbetsgrupper inom området.

## **3.1 Individuell skriftlig vårdplan**

En nationell modell för skriftlig vårdplan har utarbetats under 2012 och avrapporterats i februari 2013. Under arbetets gång har RCC Norrs patientråd och samtliga processledare varit remissinstanser för förslag till modell. Den presenterade modellen ska utvärderas under våren 2013 och några av RCC Norrs processledare kommer att prova modellen på papper. Baserat på resultaten i den utvärderingen och i samverkan med övriga regioner kommer eventuella justeringar av planen att göras. Därefter utarbetas en införandeplan i regionen, med målet att alla patienter ska få en individuell vårdplan. Under 2014 planeras ett IT-arbete för journalkoppling. RCC Norr kommer att verka för att vårdplanen ska integreras i journalerna och att rutiner för att alla patienter ska erbjudas en individuell vårdplan ska utarbetas och implementeras i hela regionen.

## **3.2 Kontaktsjuksköterskor**

I den regionala utvecklingsplanen för cancervården 2013-2015 är ett av de viktigaste målen att alla patienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. RCC Norr har en samordnande kontaktsjuksköterska, Katja Vouillet Carlsson, med uppdrag bland annat att skapa ett nätverk för regionens kontaktsjuksköterskor inom cancerområdet, för erfarenhetsutbyte och fort-

bildning. En kartläggning av förekomsten av kontaktsjuksköterskor inom cancerområdet i regionen och i vilken utsträckning deras uppdrag överensstämmer med SKL:s definition genomfördes sommaren 2012. Resultatet av denna kartläggning redovisas i en särskild rapport, "Delrapport kontaktsjuksköterska och second opinion", Katja Voullet Carlsson, 2013. I rapporten specificeras ett antal mål för regionens arbete med att införa kontaktsjuksköterskor för alla cancerpatienter och för att utveckla funktionen baserat på den nationella definitionen.

I anslutning till den regionala utvecklingsplanen för cancervården har samtliga fyra landsting utarbetat handlingsplaner för hur man ska nå målen i utvecklingsplanen, utifrån sina egna förutsättningar. Alla landsting tillsätter nu fler kontaktsjuksköterskor för att nå det regionala målet och budgeterar extra resurser för detta.

### **3.3 Insamling och användning av patientrapporterade uppgifter**

#### **3.3.1. Införande av PROM och PREM i kvalitetsregister**

Regionen är engagerad i införandet av PROM, patientrapporterade resultatmått, och PREM, patientrapporterade erfarenhetsmått, i kvalitetsregister. Utveckling och handläggning av kvalitetsregister, samt statistisk uppföljning av data ur registren, utgör en väsentlig del av RCC Norrs verksamhet. RCC Norr ansvarar för samordningen av alla onkologiska kvalitetsregister i Sverige på den gemensamma plattformen INCA, genom ett särskilt objektsavtal med övriga fem RCC. Vid RCC Norr stöds nationella register för tjock- och ändtarm, matstrupe, magsäck, hjärntumörer och läkemedelsregistret. Norrlands universitetssjukhus har också registerhållare som ansvarar för njurcancer-, peniscancer- och prostatacancerregistret.

Prostataregistret är föregångare i användandet av PROM och det arbetet har letts av forskare vid Umeå universitet med koppling till RCC Norr. Per Fransson, som bland annat ingår i RCC Norrs forskningsråd, har haft ett särskilt SKL-uppdrag för att stödja införandet av PROM och PREM i fler nationella kvalitetsregister och är en fortsatt resurs för regionen i det arbetet. I den pågående utvecklingen av kvalitetsregister på INCA ingår införande av PROM i utvecklingsarbetet. För de register som RCC Norr är registerhållare finns patientrapporterade uppgifter i kvalitetsregistret för cancer i matstrupe och magsäck och är under införande i registret för tjock- och ändtarmscancer, där en pilottest startar under våren 2013. För hjärntumörregistret pågår diskussioner kring införande av patientrapporterade uppgifter och försök med patientrapporterade uppgifter från patienter med hjärntumörer har gjorts inom ramen för UCAN-projektet i Umeå. Tillsammans med RCC Sydost ska RCC Norr under 2013 genomföra ett pilotprojekt kring PROM/PREM för patienter med malignt melanom. Även i övriga kvalitetsregister inom cancerområdet deltar RCC Norr i arbetet för att införa patientrapporterade uppgifter i registren, genom det nationella samarbetet i kvalitetsregistergrupperna.

#### **3.3.2. Utvärdering av metoder för att samla in uppgifter från patienter och närstående**

RCC norr planerar under hösten 2013 att starta ett forskningsprojekt kring patient- och närståendemedverkan, för att bland annat utvärdera effekten av olika sätt att samla in uppgifter från patienter och närstående i syfte att utveckla cancervården (enkäter, fokusgrupper och intervjuer). Projektet beskrivs i RCC Norrs plan för att stärka klinisk forskning och innovation inom regionens cancervård 2012-2015.

### **3.3.3. Nationell enkät till cancerpatienter**

En nationell enkät för att följa upp cancerpatienters erfarenheter av cancervården har utarbetats och pilottestats av RCC Sydost. Pilotförsöket påvisade svårigheter att säkerställa att enkäten administreras enbart till patienter som har fått en cancerdiagnos. En diskussion pågår mellan Socialstyrelsen och RCC i samverkan kring finansiering av fortsatt användning av enkäten. RCC Norr avvaktar resultatet av de diskussionerna innan en plan för användande av enkäten i regionen tas fram.

### **3.3.4. Analys av patientnämndernas ärenden**

Patientnämndernas registrering av cancerrelaterade ärenden analyseras fortlöpande, alltefter-som data rapporteras kvartalsvis till RCC Norr. Under 2013 kommer en samlad analys och utvärdering av data för 2012-13 att sammanställas, för att ligga som grund för patientsäker-hetshöjande åtgärder i vårdprocesserna i den reviderade regionala utvecklingsplanen för cancervården, som fastställs under 2014.

### **3.3.5. Standardiserat intervjuunderlag för processutvärdering**

Ett standardiserat intervjuunderlag som kan användas vid processutvärdering har tagits fram i samverkan med RCC Norrs patientråd. Det finns tillgängligt för alla processledare att använda vid intervjuer av patienter och närstående för att få underlag för förbättringsarbete inom vårdprocesserna. Underlaget och användningen av det ska utvärderas under 2014.

## **3.4 Kunskap och information om rätten till förnyad bedömning**

Patienter som omfattas av lagen om rätten till förnyad bedömning, second opinion, ska alltid informeras om och erbjudas möjlighet till detta. Inom norra regionen utgör de multidisciplinära, distansöverskridande videoronderna basen för samarbetet inom cancervården och är en garanti för att patienten blir bedömd på ett likvärdigt och högkvalitativt sätt inom hela regionen. Regionens rutiner är idag att om den primära bedömningen inte har gjorts vid en multidisciplinär regionkonferens ska den förnyade bedömningen i första hand ske vid sådan. Om den primära bedömningen är gjord vid en multidisciplinär regionkonferens, ska den förnyade bedömningen kunna ske i en annan region. Regionen saknar dock tydliga rutiner för hur, när och vilka patienter som får information om second opinion.

I rapporten "Delrapport kontaktsjuksköterska och second opinion" föreslås att regionens kontaktsjuksköterskor få ansvaret att informera patienterna om rätten till förnyad bedömning. RCC Norrs cancerråd och styrgrupp kommer under våren 2013 att ta ställning till förslaget. Om uppgiften inkluderas i kontaktsjuksköterskornas ansvar planeras utbildning av kontaktsjuksköterskorna kring hur detta ska ske under hösten 2013. Information om rätten till förnyad medicinsk bedömning ingår i den nationella generella mallen för individuell vårdplan.



## **Saxat ur protokoll från Norrlandstingens Regionförbunds direktion 2013-05-24**

### **§ 30            Patientens ställning i cancervården (Dnr 055/13)**

Enligt den tidplan för etablering av RCC som är fastställd av socialstyrelsen ska en plan för arbetet med att utveckla patientens ställning i vården föreligga. Patientcentrerade mål finns också i den sammanhållna regionala utvecklingsplanen, men ett förslag till en särskild plan har också utarbetats och framgår av bilaga 30. Planen är avsedd att föreläggas Förbundsdirektionen den 24 maj. En längre föredragning för direktionen kring patientens ställning är planerad till septembermötet.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna förslaget till arbetsplan för stärkande av patientens ställning i vården.

# **Patientens ställning i cancervården- Plan och beskrivning av inledande arbete för Regionalt Cancercentrum Norr – analys från Jämtlands läns landsting**

I utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) anges ett antal evidensbaserade strategier för att stärka patientperspektivet i cancervården och utifrån dessa föreslår utredningen en rad insatser för att stärka patientens ställning. I Socialdepartementets kriterier för vad som ska utmärka ett cancercentrum (RCC) sägs bl a att RCC ska arbeta för att:

- en individuell skriftlig vårdplan tas fram för varje cancerpatient,
- cancerpatienter får stöd från en kontaktsjuksköterska eller motsvarande kontaktperson,
- patientrapporterade uppgifter samlas in och används i arbetet med att utveckla cancervården,
- kunskapen om patientens rätt till förnyad bedömning ökar bland hälso- och sjukvårdspersonalen och att berörda cancerpatienter får information om denna rätt.

RCC ska även medverka till att engagera patientrepresentanter i beslut rörande cancervårdens utformning och utveckling.

Den plan som RCC tagit fram handlar om flera olika former för att stärka patientens ställning i cancervården. I denna analys av planen har vi fokuserat på att beskriva hur det RCC beskriver fungerar i Jämtlands läns landsting.

I kap 2.1 beskrivs RCC Norrs patientråd. Det är ett regiongemensamt patientråd. JLL deltar med en kontaktsjuksköterska från medicinområdet (hematologi) i detta patientråd. Att på detta sätt inhämta kunskap om hur patienten upplever vården bidrar till att befästa sjukvården som en lärande organisation som hela tiden utvecklas med patienten i fokus. I JLL finns inget eget patientråd, men ett nära samarbete i vardagen finns med Patientföreningen för prostatacancer i Jämtlands län "Jämtgubben", och Emmaföreningen, Jämtlands läns bröstcancerförening.

I det kapitel 2 omnämns också en första utbildning för patientföreträdare under 2013. JLLs kontaktsjuksköterska deltog i den utbildningen som skedde i april och oktober, med uppföljning 2014. Första utbildningsdagen handlade om hur cancervården fungerar idag och den nationella cancerstrategin och varför regionala cancercentra startats. Andra tillfället handlade om utredning och ledtider inom vårdprocesser, 1177 vårdguiden som verktyg för kontakt mellan patienten och vården och slutligen hur vi tillsammans kan arbeta för att minska fördomar om cancer.

I kap 2.3 beskrivs samverkan mellan regionens patientnämnder. Jämtlands läns landstings patientnämnd deltar i detta arbete och har hittills delgivit RCC xx patientfall. Det är för tidigt för att RCC ska ha hunnit göra analyser av inkomna fall.

I kap 3.1 omnämns att alla patienter ska få en individuell vårdplan. Tester på en sådan har gjorts inom regionen, i Sundsvall, men med osäkert utfall, så ännu har detta inte prövats inom Jämtlands läns landsting.

Kap 3.2 handlar om kontaktsjuksköterskor. Behovet av en fast kontaktperson betonas i den Nationella Cancerstrategin (SOU 2009:11). Förbättrad information och kommunikation mellan vården, patienten och närstående, ökar patientens och de närståendes möjligheter till delaktighet och stärker patientens ställning i vården. Vid sidan av det rent medicinska ska därför varje cancerpatient erbjudas en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan är en viktig kvalitetsfaktor för patienten i den komplexa cancervården. Kontaktsjuksköterskan initierar den individuella skriftliga vårdplanen vilken möjliggör att behov av psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård synliggörs och att eventuella problem kan åtgärdas. Kontaktsjuksköterskan är även den som i förekommande fall informerar om rätten till second opinion.

I Jämtlands läns landsting pågår arbete med att, rekryteringssvårigheter till trots, sträva efter att omskapa och/eller tillsätta kontaktsjukskötersketjänster för alla cancerformer. Idag finns kontaktsjuksköterskor för lungcancer, 3 st för gynekologiska cancrar, kolorektalcancer, bröstcancer, prostatacancer, hematologisk cancer och hjärntumörer, övre gastrointestinalcancer,

**HUR ÄR DET MED : Öron-cancrar, Malignt Melanom, Urologiska cancrar utanför prostata.**

I kapitlet omnämns en rapport om second opinion, dvs rätten till förnyad bedömning. Den rapporten har skickats ut till alla kontaktsjuksköterskor och detta arbetsmoment håller på att inarbetas i uppdraget för kontaktsjuksköterskorna. I kap 3,4 nämns också om utbildning av kontaktsjuksköterskor under hösten 2013 kring ansvaret att informera patienter om rätten till förnyad bedömning. Den utbildningen har ännu inte skett – kommer att genomföras februari 2014.

I bilaga finns ett exempel på uppdrag för kontaktsjuksköterska.

Kap 3.3.5 handlar om standardiserat intervjuunderlag som kan användas vid processutvärdering. Det sägs att det ska finnas tillgängligt för alla processledare att använda vid intervjuer av patienter och närstående för att få underlag för förbättringsarbete inom vårdprocesserna. Underlaget och användningen av det ska utvärderas under 2014.

Jämtlands läns landstings kontaktsjuksköterska för hematologi som gjort denna analys känner inte till att detta verktyg används inom Jämtlands läns landsting.

Utöver det som nämns i RCCs plan för patientens ställning kan också nämnas att ett nationellt vårdprogram för psykosocialt stöd och rehabilitering beräknas vara klart under 2014 och ett nationellt vårdprogram för palliativ vård finns sedan 2012. För att säkerställa att dessa tre områden (psykosocialt stöd, rehabilitering samt palliativ vård) prioriteras och att vårdtagaren och dennes närstående erbjuds vård och stöd av hög kvalitet kommer det sannolikt på sikt att krävas utökade resurser/förändrat arbetssätt och utbildning inom Jämtlands läns landsting. .

Östersund 2013-11-18

Marie Svensson, sjuksköterska avdelning 408 hematologi

Lena Broddesson, sjuksköterska avdelning 408 hematologi

Arbetsbeskrivning Kontaktsjuksköterska – hematologisk cancer – avd 408

- Varje patient med cancer ska från diagnos till avslutad uppföljning ha möjlighet att nå en namngiven sjuksköterska för information, råd samt med kontakt med andra vårdgivare inom cancervården. Denna funktion har beteckningen kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan bör vara en person, men i undantagsfall kan högst två kontaktsjuksköterskor dela ansvaret. Varje kontaktsjuksköterska ska ha en uppdaterad lista över vilka patienter uppdraget omfattar (Jo20). Patienten ska få både muntlig och skriftlig information om vem som är kontaktsjuksköterska, hur kontaktsjuksköterskan kan nås samt vad erbjudandet om kontakt innebär.
- Önskvärd utbildning Onkologisjuksköterska alternativt vidareutbildning till kontaktsjuksköterska/vidareutbildning i psykosocial omvårdnad (cancer).
- Kontaktsjuksköterskan ska ha kunskap om individens diagnos, behandlingar och det specifika cancerområdet där hon/han verkar inom uppdraget.
- Kontaktsjuksköterskan ska finnas tillgänglig ---- och nås via telefonnummer 063-15XXXX. Om denne inte är i tjänst hänvisa till annan kontaktsjuksköterska telefonnummer 063-15XXXX alternativt dagvården avd 408 telefonnummer 063-153677 och i sista hand till avd 408 telefonnummer 063-153408. Patient/närstående ska kunna nå kontaktsjuksköterskan via telefon (direktnummer) minst X angivna telefontider per vecka. Patienten/den närstående ska alltid ha information om var han/hon ska vända sig på andra tider än telefontid, i akut situationer, och utanför kontorstid.
- Om ställföreträdare ska verka som kontaktsjuksköterska för längre tid än en vecka, bör patient/närstående utifrån en individuell bedömning informeras om vikariesituationen.
- När kontaktsjuksköterskan lämnar över ansvaret till kollega på annan klinik/enhet ska patient/närstående informeras muntligt och skriftligt. Överlämnandet träder i kraft först när mottagande kontaktsjuksköterska bekräftat övertagandet.
- Under behandlingspersioder på annan klinik/enhet kan två eller flera kontaktsjuksköterskor fungera parallellt. I dessa situationer måste respektive kontaktsjuksköterska samråda, så att det råder full tydlighet för patient/närstående. Tex behandling Umeå och kontroller via dagvården osv.
- Kontaktsjuksköterskan arbetar aktivt för att skapa rutiner och förbättringar i verksamheten utifrån riktlinjer, vårdprogram och register, för hematologisk cancer, palliativ vård, palliativ registret? Ansvarar för viss rapportering i kvalitetsregister efter diagnos och behandlingsbeslut som härrör hematologisk cancer INCA???

- Kontaktsjuksköterskan följer upp symtom och biverkningar per telefon eller via mottagningsbesök, exempelvis efter slutförd behandling i Umeå/onkologen/hematologen/strålbehandling osv.....
- Kontaktsjuksköterskan följer upp symtom/biverkningar efter avslutad behandling på dagvården per telefon eller via mottagningsbesök (dagvård eller medicinmottagningen).
- Kontaktsjuksköterskan ska företräda och beakta patientens bästa avseende allmän och specifik omvårdnad, vårdplanering inbegripande hematologiska patienter? och psykosocialt omhändertagandet. Ge stöd till patienten och närstående vid normal krisreaktion samt vägleder till psykosocialt stöd vb. Detta innebär bland annat att delta i ronder, vårdplanering för inbegripande patienter tillsammans med ansvarig sjuksköterska/vårdplaneringssjuksköterska, initiera vårdplanering i hemmet, ansvarar för att en skriftlig individuell vårdplan upprättas, även om den kan upprättas av andra. Samt initiera multidisciplinära ronder. Delta vid patologironden(Dag/Tid) samt deltar i avdelnings rond X gånger i veckan och vid behov samt relevanta möten. En stående tid en gång i veckan för diagnosgivning kopplat till dagvården då kontaktsjuksköterskan kan delta. (Dag/Tid). Träff mellan kontaktsjuksköterskorna samt hematologerna för att diskutera aktuella patienter, frågor som uppstått med pågående patienter osv... (Forum/Dag/Tid).
- Kontaktsjuksköterskan kan vara med vid diagnosgivning i de fall då ansvarig läkare meddelar behov/sträva efter att i största möjliga mån vara med samt informerar om kommande steg i diagnostik och behandling och säkerställer patientens delaktighet i sin vård.
- Kontaktsjuksköterskan är patientens koordinator och ska svara för kontinuitet genom hela vårdkedjan, vilket förutsätter tidigt deltagande i utredningsförloppet och aktivt bevaka ledtider så att onödig väntan minimeras under patientens vårdtillfälle/n samt förmedlar kontakt med andra yrkesgrupper utifrån patientens behov.
- Kontaktsjuksköterskan ska medverka till att cancerpatienten får en individuell vårdplan/rehabiliteringsplan och hjälper till med att koordinera kontakter och insatser med övriga yrkesgrupper.
- Second opinion – Inom cancervården i norra regionen ansvarar patientens kontaktsjuksköterska för att informera om rätten till second opinion och vad denna rättighet innebär. (Finns ingen utsedd kontaktsjuksköterska ska patientens informeras av ansvarig läkare). Ansvarig läkare eller kontaktsjuksköterska medverkar till att specialisten (second opinion) får tillgång till journalhandlingar och andra underlag. I övrigt se dokumentet rutiner för ny medicinsk bedömning (second opinion) inom cancervården i norra regionen.
- Informera om lokala/regionala blodcancerföreningen. Arbeta för ett utökat samarbete med lokala/regionala blodcancerföreningen.

Till starten av kontaktsjuksköterska checklista

Egen telefon/sökare?

Visitkort till kontaktsjuksköterskorna

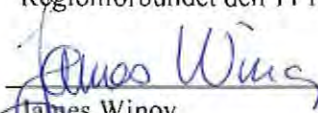
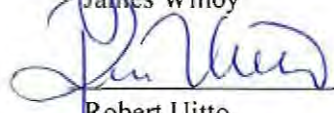
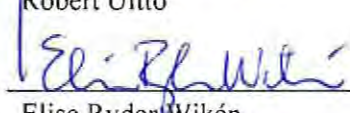
Arbetsplats/yta.

Jo20 till kontaktsjuksköterskans patienter/lista

Vårdplan/rehabplan (Lena)

Starta Myelom?

## PROTOKOLL

|                                    |                                                                                                                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organ:</b>                      | Styrgruppen för Region 2015                                                                                                            |
| <b>Tid och plats:</b>              | Styrelserummet, Jämtlands läns landsting den 29 oktober 2013 klockan 9.00 – 12.00                                                      |
| <b>Beslutande:</b>                 | Se närvarolista                                                                                                                        |
| <b>Övriga deltagare:</b>           | Björn Eriksson<br>Anders Byström<br>Björn Ferm<br>Ingela Jönsson<br>Berit Eriksson<br>Anders Rubensson<br>Helge Jonsson<br>James Winoy |
| <b>Justerare</b>                   | Elise Ryder Wikén                                                                                                                      |
| <b>Justeringens plats och tid:</b> | Regionförbundet den 11 november 2013                                                                                                   |
| <b>Sekreterare:</b>                | <br>James Winoy                                     |
| <b>Ordförande:</b>                 | <br>Robert Uitto                                    |
| <b>Justerande:</b>                 | <br>Elise Ryder Wikén                               |

**Paragrafer:** 12 - 21



Regionförbundet  
Jämtlands län



Jämtlands Läns  
Landsting

2(8)

## PROTOKOLL

REGION 2015 2013-10-29

### Närvarolista beslutande

Robert Uitto

Anna Hildebrand

Monalisa Norrman

Christer Sivertsson

Finn Cromberger

Elise Ryder Wikén

Anna-Caren Säterberg

Maria Söderberg

Thomas Andersson

Terese Bengard, ers Sven-Åke Draxten, enl §3/2013

Daniel Danielsson, ers Maria Söderberg, enl §3/2013

Justerande sign

Utdragsbestyrkande

RU

ERW



## PROTOKOLL

REGION 2015 2013-10-29

### Innehållsförteckning

|                                                |   |
|------------------------------------------------|---|
| § 12. Fastställande av föredragningslista      | 4 |
| § 13. Senaste nytt                             | 4 |
| § 14. Information om kommunala referensgruppen | 4 |
| § 15. Nuläget i projektet                      | 5 |
| § 16. Politisk organisation                    | 5 |
| § 17. Seminarier och studiebesök               | 6 |
| § 18. Genomgång av alla uppdrag                | 6 |
| § 19. Deluppdrag Kollektivtrafik               | 7 |
| § 20. Övriga deluppdrag                        | 7 |
| § 21. Kommande sammanträde                     | 8 |

Justerande sign

Utdragsbestyrkande

RH ERW

**PROTOKOLL**

REGION 2015 2013-10-29

**§ 12. Fastställande av föredragningslista**

Preliminär föredragningslista har skickats ut med kallelsen.

**Styrgruppens beslut**

Preliminär föredragningslista fastställs i övrigt som slutgiltig föredragningslista.

**§ 13. Senaste nytt**

Robert Uitto föredrar den senaste informationen om beslut om regionbildningen. Det ska komma en departementsskrivelse med remisstid till i mitten på januari 2014. Därefter blir det en proposition i mars och beslut i riksdagen i juni 2014. Västernorrland fick nej på sin begäran om att bli region och arbetar nu för att försöka ändra detta beslut. SKL har i en skrivelse uttalat sig om att alla som sökt att bli region ska få bli det samt att alla ska ha samma tilldelning av de regionala medlen, d v s 95-5%. Alla bör med sina politiska kontakter hjälpas åt för att Jämtland ska få denna fördelning.

**Styrgruppens beslut**

Informationen läggs till handlingarna.

**§ 14. Information om kommunala referensgruppen**

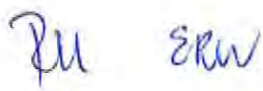
James Winoy presenterar ledamöterna i den kommunala referensgruppen (Gudrun Hansson ordf, AnnSofi Andersson, Maria Söderberg, Gunilla Zetterström-Bäcke, Leif Nord, Karin Paulsson, Terese Bengard och Sven-Åke Draxten) och det kommande sammanträdet program; referensgruppens uppdrag, kommunernas inflytande, uppdrag som ska gå vidare till nya regionen, finansiering av uppdragen samt tidplan för arbetet.

**Styrgruppens beslut**

Informationen läggs till handlingarna

Justerande sign

Utdragsbestyrkande



**PROTOKOLL**

REGION 2015 2013-10-29

**§ 15. Nuläget i projektet**

Ingela Jönsson och Berit Eriksson föredrar nuläget för projektarbetet. Beslutade uppdrag är igång. Beslut om mera regionala medel från länsstyrelsen kan dröja tills i december 2014 vilket försvårar förhandlingar kring eventuell personalövergång. Diskussionen om de verksamheter som flyttades över från f d Kommunförbundet påbörjas i och med att den kommunala referensgruppen träffas den 25 november.

**Styrgruppens beslut**

Informationen läggs till handlingarna.

**§ 16. Politisk organisation**

Robert Uitto berättar om landstingsfullmäktiges beslut om storleken på fullmäktige och politisk organisation för sjukvården. Organisation för det regionala arbetet kommer att behandlas utifrån styrgruppens förslag.

Helge Jonsson och James Winoy presenterar förutsättningarna för den politiska organisationen och ett antal förslag på organisation.

Synpunkter som framkom i diskussionen:

Det finns ett värde i en enkel politisk organisation.

Den politiska organisationen ska styra även tjänstemannaorganisationen och inga stora organisationsförändringar inför 2015. Detta får komma senare.

Organisationen ska vara anpassad för det som ska utföras.

Tjänstemannaorganisationen ska följa den politiska och kunna hantera snabba beslut.

Lyft in nuvarande organisation så oförändrat som möjligt. Omorganisation är en fråga för framtiden.

Det är viktigt att kommunerna får inflytande för det är ute i kommunerna som verksamheten sker.

Regionala frågor ska diskuteras i fullmäktige inte bara i en regional nämnd.

Nämnden måste ha ett tydligt budgetansvar.

Det ska vara instruktioner i nämnden om hur samverkan med samrådsorganet ska gå till.

Samrådsorganet ska kunna tycka till om prioriteringar och projekt och EU-finansiering. Ta fram vilka frågor som ska upp i nämnden och forma regler för hur samråd för dessa ska gå till.

Även hälso- och sjukvårdsfrågor bör tas upp i samrådsorganet.

Justerande sign

Utdragsbestyrkande

RM saw





## PROTOKOLL

REGION 2015 2013-10-29

Det bör vara en nämnd under fullmäktige och en kommunal majoritet i samrådsorganet.

I denna fråga yttrar sig: Robert Uitto, Anna-Caren Säterberg, Thomas Andersson, Monalisa Norrman, Maria Söderberg, Anna Hildebrand, Terese Bengard, Finn Cromberger, Christer Siwertsson samt Helge Jonsson, Anders Byström, Björn Eriksson, Ingela Jönsson

### Styrgruppens beslut

1. Ledningsgruppen får i uppdrag att till styrgruppens sammanträde den 2 december ta fram en beskrivning av möjligt uppdrag för en nämnd och förslag på en delegationsordning för de beslut som region kan komma att besluta om.
2. Ledningsgruppen ska ta fram hur andra regioner har/tänker lösa samverkan samt hur kommunerna ser på denna samverkan.

## § 17. Seminarier och studiebesök

Diskuteras seminarium och studiebesök.

### Styrgruppens beslut

Robert Uitto, Maria Söderberg, Daniel Danielsson får i uppdrag att till den 2 december planera för ett besök/videokonferens för en mindre grupp ur styrgruppen.

## § 18. Genomgång av alla uppdrag

Ingela Jönsson går igenom uppdragslistan.

### Styrgruppens beslut

Ändringar i projektplanen så att slutdatum för avvecklingen av regionförbundet ändras från "2014-01-01" till "Våren 2014".

Justerande sign

Utdragsbestyrkande

*Ru sen*

## PROTOKOLL

REGION 2015 2013-10-29

### § 19. Deluppdrag Kollektivtrafik

Ingela Jönsson tar upp uppdraget om kollektivtrafik med frågor om uppdraget ska omfatta allt som finns i projektplanen eller om bara frågan om kollektivtrafikmyndighetens placering ska kvarstå inom projektet och resten flyttas till annan grupp samt om landstingets representation i den extra styrgruppen för deluppdraget.

I denna fråga yttrar sig: Robert Uitto, Monalisa Norrman, Anna Hildebrand, Anna-Caren Säterberg, Maria Söderberg samt Anders Byström.

#### Styrgruppens beslut

1. Regionförbundets beredning för infrastruktur och kommunikationer får ansvar för deluppdraget om kollektivtrafik.
2. Beredningen avlämnar en delrapport till styrgruppen i mars 2014.
3. Beredningen ansvarar för att beredningen i denna fråga kompletteras med ledamöter från de partier som finns i landstingsfullmäktige men inte har representation i beredningen.

### § 20. Övriga deluppdrag

Ingela Jönsson föredrar deluppdrag om miljö, bolag och styrning samt internationella frågor.  
Berit Erikson föredrar deluppdrag kommunernas samverkan.

#### Styrgruppens beslut

1. Direktiv för deluppdrag om miljöfrågor godkänns.
2. Direktiv för deluppdrag om bolag och styrning godkänns.
3. Direktiv för deluppdrag om internationella frågor godkänns.
4. Direktiv för deluppdrag om kommunernas samverkan godkänns.
5. Direktiv för deluppdrag om tjänstemannaorganisation återkommer när den politiska organisationen är beslutad.

Justerande sign

Utdragsbestyrkande

*Handwritten signature: Jönsson*

## PROTOKOLL

REGION 2015 2013-10-29

### § 21. Kommande sammanträde

Robert Uitto föredrar plan för kommande sammanträde.

#### **Styrgruppens beslut**

Styrgruppen sammanträder:

24 januari klockan 9-12

17 mars klockan 13-16

8 april klockan 13-16

23 maj klockan 9-12

19 augusti klockan 13-16

#### **Bilagor**

Lista på uppdragen som flyttats in från f d Kommunförbundet

Uppdaterad Uppdragslista

Justerande sign

Utdragsbestyrkande

*Pu saw*

2013-01-23

## Landstingsstyrelsen

**§ 11 Hälsoval 2015 (LS/1867/2012)****Ärendebeskrivning**

Jämtlands läns landsting införde vårdval inom primärvården den 1 januari 2010 enligt Lagen om valfrihetssystem 2008:962 (LOV), som sedermera kom att kallas Hälsoval Jämtlands län. Arbetet med kravställande mm startade våren 2009 då en styrgrupp bestående av politiker och tjänstemän inrättades samt en projektledare anställdes. Med den korta förberedelse tiden kom det mesta att handla om anpassning av dåvarande uppdrag och ersättningsmodell i primärvården till en modell som levde upp till kraven enligt LOV. Styrgruppen upphörde i samband med införandet 2010.

Till hälsovalet har den landstingdrivna primärvården samt fem aktörer i annan driftform anslutit sig, vilka alla har avtal som löper fyra år. Under avtalsperioden finns möjlighet att årligen göra smärre justeringar men större ändringar måste göras före ny avtalsperiod. Det är därför lämpligt att göra en översyn av uppdrag och innehåll i Hälsoval Jämtlands län inför 2015. Arbetet ska ske i projektform och till detta bör därför en styrgrupp bestående av politiker och tjänstemän upprättas.

Tidplanen för projektet innebär att förslag för hälsoval Jämtlands län 2015 måste vara klart till landstingsfullmäktigemötet i juni 2014.

**Landstingsdirektörens förslag**

1. En översyn av reglerna för hälsoval Jämtlands län ska genomföras.
2. En styrgrupp inrättas för att genomföra översynen, bestående av en representant för varje parti som är representerat i landstingsfullmäktige samt en representant från något av de partier som ingår i majoriteten.
3. Styrgruppens förslag till regler för hälsoval Jämtlands län ska redovisas för landstingsstyrelsen senast vid styrelsens sammanträde i maj 2014.
4. Till representanter i styrgruppen utses.....

**Yrkanden**

Bengt Bergqvist (S) yrkar att Ann-Marie Johansson (S) och Harriet Jorderud (S) utses till representanter i styrgruppen och att Harriet Jorderud utses till styrgruppens ordförande. Elin Hoffner (V) yrkar att Monalisa Norrman (V) utses till representant i styrgruppen. Anna Hildebrand yrkar att Anna Hildebrand (MP) utses till representant i styrgruppen. Susanne Wallner (M) yrkar att Christer Siwertsson (M) utses till representant i styrgruppen. Bernt Söderman (C) yrkar att Thomas Andersson (C) utses till representant i styrgruppen. Finn Cromberger (FP) yrkar att Kia Carlsson (FP) utses till representant i styrgruppen.

**Proposition**

Ordföranden ställer proposition på yrkandena och finner samtliga antagna.

**LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT**

1. Ann-Marie Johansson (S), Harriet Jorderud (S), Elin Hoffner (V), Anna

|                  |  |  |                    |
|------------------|--|--|--------------------|
| Justerandes sign |  |  | Utdragsbestyrkande |
|                  |  |  |                    |

2013-01-23

Hildebrand (MP), Christer Siwertsson (M), Thomas Andersson (C) och Kia Carlsson (FP) utses till representanter i styrgruppen.

2. Harriet Jorderud (S) utses till styrgruppens ordförande.

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Justerandes sign |  |  |  |
|------------------|--|--|--|

Utdragsbestyrkande





Folkpartiet

enskild motion

JÄMTLANDS LÄNS  
LANDSTING

2012 -09- 28

Dnr LS/1419/2012

Motion

Landstingsfullmäktige i Jämtlands Län

Finn Cromberger (fp)

### **Översyn av reglerna för Politikerpensioner i Landstinget och Regionförbundet.**

"Gräddfil", "adelsväsende", "otidsenligt", står det i nr 28/2012 i tidningen Dagens samhälle.

Man skriver där att fler o fler kommuner avskaffar den hårt kritiserade modellen med politikerpensioner, där många kan ha livstidspension innan de ens fyllt 51 år. Kommunerna Norrköping, Luleå, Uddevalla, Eskilstuna och Åmål har redan på egna initiativ ändrat regelsystemen för politikerpensioner.

Kommuner/landsting/regioner bestämmer själva, men flertalet följer den modell som Sveriges kommuner o landsting (SKL) lanserade för ca 10 år sedan. Den som varit heltidspolitiker i 12 år har enligt modellen, rätt att lyfta full visstidspension från 50 års ålder fram till 65 utan krav att söka nytt jobb. SKL håller nu på med en översyn av modellen. Många kommuner tycker det går för långsamt och har redan ändrat sina modeller så att de blir med tidsenliga. "Arbetslinjen skall gälla alla... Dagens modell är orättvis, otidsenlig och orimlig" som Lars Stjernqvist (S) ks-ordförande i Norrköping säger.

Även Jämtlands landsting och Regionförbund bör "vara med i tiden" och bli en modern organisation som bejakar arbetslinjen.

Jag **motionerar** att landstinget och Regionförbundet gör en grundlig översyn av regelsystemet med politikerpensioner, kanske vi inte ens skall behålla dem utan införa någon annan form av omställningslösning. Lämpligt är att motionen remitteras till den politiska arbetsgrupp som tillsatts för att titta över den politiska organisationen.

Först den 27 september 2012

Finn Cromberger