

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
LANDSTINGSSTYRELSEN
4-5 NOVEMBER 2014

Hälso- och sjukvårdsstaben
Patientsäkerhetsenheten
Micael Widerström, smittskyddsläkare
Charlotte Funseth, läkemedelsstrateg
E-post: charlotte.funseth@jll.se karin.lindgren@jll.se

2014-10-06

Dnr LS/909/2014
S2014/3091/FS

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss om läkemedel för särskilda behov

Jämtlands läns landsting, JLL, har fått möjlighet att lämna remissvar på rubricerade delbetänkande. Inledningsvis framhåller JLL att delbetänkandet ger en grundlig beskrivning av dagens förutsättningar, där problemområden och utmaningar har identifierats. I övrigt vill JLL lämna synpunkter enligt nedan.

Avseende smittskyddsläkemedel (kap 4-5)

JLL välkomnar utredningens förslag avseende en mer samlad hantering av smittskyddsläkemedel samt hur tillgången på smittskyddsläkemedel kan förbättras.

JLL stödjer utredningens förslag att det av lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska framgå att bestämmelserna om pris och apotekens rätt att förhandla om pris ska gälla även när läkemedlet har förskrivits enligt smittskyddslagen.

Vidare, för att bättre följa upp vilka kostnader som är kopplade till smittskyddsläkemedel, bör E-hälsomyndigheten ges möjlighet att meddela dessa data till landstingen. Detta kräver då att receptregistret innehåller uppgift om kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen.

JLL understryker att det är av yttersta vikt att tillgången på smittskyddsläkemedel förbättras i synnerhet för tuberkulos. Det är därför angeläget att utredningens förslag att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan skyndsamt verkställs. Även för andra registrerade läkemedel i Sverige, förefaller restnoteringar öka under senare år. Det är en patientsäkerhetsrisk och kan få svåra konsekvenser. En nationell handlingsplan enligt ovan, bör därför även beakta detta.

Hantering och prissättning av licensläkemedel (kap 6-7)

JLL instämmer i att ansökan om licens bör även fortsättningsvis ske av apoteken, så att licens innebär ett tillstånd till försäljning.

JLL stödjer utredningens förslag om ett nationellt register över beviljade licenser bör inrättas, och att beviljad licens sedan kan gälla på samtliga öppenvårdsapotek. JLL instämmer därmed att en särskild registerlag som beskriver denna hantering inrättas.

JLL stämmer in i utredningens förslag om att TLV ska kunna fatta tidsbegränsade beslut om subvention på ansökan för ett läkemedel som tidigare förskrivits på licens. JLL föreslår dock att beslutet bör innefatta både de patienter som tidigare fått licensläkemedlet förskrivet och patienter som under övergångsperioden fram till beslut fattats av TLV har stort behov av detta läkemedel.

Prissättning av extemporeläkemedel, lagerberedningar och rikslicenser (kap 8-9)

JLL delar utredningens bedömning och stödjer förslagen.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2014-06-03

S2014/3091/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING

2014 -06- 11

Dnr LS/...../20.....

Läkemedel för särskilda behov SOU 2014:20

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Uppsala
5. Förvaltningsrätten i Stockholm
6. Justitiekanslern (JK)
7. Arbetsmiljöverket
8. Datainspektionen
9. Domstolsverket
10. E-hälsomyndigheten
11. Försäkringskassan
12. Folkhälsomyndigheten
13. Jordbruksverket (SJV)
14. Kommerskollegium
15. Konkurrensverket
16. Konsumentverket
17. Läkemedelsverket
18. Länsstyrelsen Dalarnas län
19. Länsstyrelsen Kalmar län
20. Länsstyrelsen Skåne
21. Länsstyrelsen Stockholm
22. Länsstyrelsen Västerbotten
23. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
24. Myndigheten för vårdanalys
25. Regelrådet

26. Socialstyrelsen
27. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
28. Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
29. Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA)
30. Statskontoret
31. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
32. Tillväxtverket
33. Tillväxtanalys
34. Verket för innovationssystem (VINNOVA)
35. Stockholms läns landsting
36. Uppsala läns landsting
37. Södermanlands läns landsting
38. Östergötlands läns landsting
39. Jönköpings läns landsting
40. Kronobergs läns landsting
41. Kalmar läns landsting
42. Blekinge läns landsting
43. Skåne läns landsting
44. Hallands läns landsting
45. Västra Götalands läns landsting
46. Värmlands läns landsting
47. Örebro läns landsting
48. Västmanlands läns landsting
49. Dalarnas läns landsting
50. Gävleborgs läns landsting
51. Västernorrlands läns landsting
52. Jämtlands läns landsting
53. Västerbottens läns landsting
54. Norrbottens läns landsting
55. Gotlands kommun
56. Apotekarsocieteten
57. Apoteket AB
58. Apoteket Hjärtat
59. Apotek Produktion och Laboratorier AB (APL)
60. Farmaciförbundet
61. Föreningen för Generiska läkemedel (FGL)
62. Handikappförbunden (HSO)
63. Hjärt- och lungsjukas riksförbund
64. Kronans droghandel
65. Lika unika
66. Läkemedelsdistributörsföreningen
67. Läkemedelshandlarna
68. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
69. Neurologiskt handikappades riksförbund (NHR)

70. Näringslivets Regelnämnd
71. Nätverket för unga för tillgänglighet
72. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
73. Praktikertjänst AB
74. Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet
75. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
76. Reumatikerförbundet
77. Smittskyddsläkarföreningen
78. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)
79. Svenska Barnläkarföreningen
80. Svenska Diabetesförbundet
81. Svenska Infektionsläkarföreningen
82. Svenska Läkaresällskapet
83. Svensk Förening för allmänmedicin
84. Svensk sjuksköterskeförening
85. Sveriges advokatsamfund
86. Sveriges Apoteksförening
87. Sveriges oberoende apoteksaktörers förening (SOAF)
88. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
89. Sveriges Veterinärförbund
90. Svenskt Näringsliv
91. Sveriges Farmaceuter
92. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
93. Sveriges Läkarförbund
94. SwedenBIO
95. Unimedic
96. Vårdförbundet
97. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 30 oktober 2014. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se. I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2014/3091/FS anges.

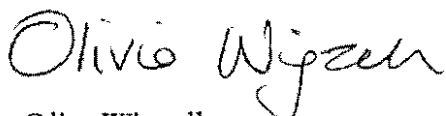
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

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

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

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

Frågor under remisstiden besvaras av Ellen Jones, telefon 08-405 34 10 eller ellen.jones@regeringskansliet.se.



Oliva Wigzell
Departementsråd

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@jll.se

2014-10-06

LS/909/2014

Sammanfattning av remiss Läkemedel för särskilda behov

[Länk till remiss Läkemedel för särskilda behov](#)

Uppdraget

Utredningens uppdrag är att göra en översyn av vissa frågor som rör prissättning, tillgång och marknadsförutsättningar inom läkemedels- och apoteksområdet.

I detta delbetänkande behandlas frågor om

- hantering och prissättning av smittskyddsläkemedel
- hantering och prissättning av licensläkemedel
- prissättning av extemporeläkemedel

De delar av uppdraget som utredningen tidigare behandlat respektive avser att behandla i kommande betänkande beskrivs kortfattat i kapitel 2.

Bakgrund och utgångspunkter

De svenska läkemedelskostnaderna uppgår till cirka 36 miljarder kronor årligen. Detta omfattar läkemedel i sjukvården, det som förskrivs på recept samt receptfria läkemedel. Läkemedelskostnaden täcker ersättningen till läkemedelstillverkarna för forskning och utveckling av nya läkemedel, tillverkning av läkemedel, distribution av läkemedel samt ersättning för apotekssystemet, i syfte att få hög tillgänglighet och god farmaceutisk rådgivning.

Patienten betalar med vissa undantag hela kostnaden för receptfria läkemedel och där är prissättningen fri. Patienten betalar egenavgift för läkemedel som förskrivs på recept och som ingår i läkemedelsförmånerna, och för dessa läkemedel är priserna reglerade. Läkemedel, som förskrivs i syfte att minska risken för smittspridning av allmänfarliga sjukdomar som t.ex. tuberkulos och hepatit C, är dock kostnadsfria för patienten. Priserna för läkemedel som används inom slutenvården eller vid annan behandling inom vården bestäms i offentliga upphandlingar.

Ett läkemedel måste i regel vara godkänt innan det får säljas, se 5 § läkemedelslagen (1992:859). I Sverige finns drygt 11 500 godkända läkemedel. Trots detta har patienter och djur ibland behov av andra läkemedel eller läkemedelsformer. Det kan t.ex. bero på att ett godkänt läkemedel mot det aktuella tillståndet saknas. Det kan också bero på att ett godkänt läkemedel haft otillräcklig effekt eller att det inte tolererats av patienten. De alternativ som då finns är att förskriva ett s.k. licensläkemedel (ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige men kan vara det i något annat land) eller ett extemporeläkemedel (läkemedel som framställts för en viss patient).

Som utgångspunkt för förslagen i betänkandet har utredningen väglett av den målsättning om god tillgänglighet som legat till grund för apoteksreformen som trädde i kraft under 2009. Utredningen anser vidare att förslagen ska stödja en jämlik vård över landet samtidigt som de ska göra det möjligt för det offentliga att utöva en rimlig kostnadskontroll.

Det har framstått som särskilt viktigt att förslagen vilar på gemensamma lösningar. Utredningen har därför försökt anpassa förslagen så långt det varit möjligt till de strukturer som gäller för öppenvårdsläkemedel i allmänhet.

Denna ansats har inneburit att utredningen fokuserat på lösningar som fungerar på den omreglerade apoteksmarknaden och i de strukturer som byggs upp kring den nya E hälsomyndigheten.

De tre grupper av läkemedel som behandlas i detta betänkande har det gemensamt att det är angeläget att de finns att tillgå och att det krävs en viss anpassning för att de ska kunna kvarstå eller inordnas i systemet för hanteringen av öppenvårdsläkemedel.

Smittskyddsläkemedel är sinsemellan mycket olika och det saknas allmän klassificering av dem. Det är syftet med användningen i det enskilda fallet som definierar att de hanteras som smittskyddsläkemedel. Gemensamt för dem är dock att det är av stor samhälls- vikt att behandlingen ges och att den också följs. Läkemedlen är kostnadsfria för patienten och landstingen står för kostnaden fullt ut.

Licensläkemedel visar stora likheter med andra öppenvårdsläkemedel med den skillnaden att de inte är godkända för försäljning här i landet. Försäljningen av dem tillåts för en viss patient eller djur/djurslag när annat godkänt läkemedel inte är lämpligt eller saknas. Tillstånd för försäljning och kostnadskontroll utgör därmed särskilda utmaningar. Frågor om tillgången till dessa läkemedel samt kostnadskontroll och finansiering utgör problem som behöver lösas.

Extemporeläkemedel framställs för en viss patients behov. Tillverkningen är situations- anpassad och tillgodoser många gånger angelägna behov där det saknas andra behandlingsalternativ. Problemet att inordna extemporeläkemedel bland övriga öppenvårdsläkemedel sammanhänger med svårigheter att prissätta och kostnadskontrollera dessa. Den extemporetillverkning som sker i form av lagerberedningar har större likheter med övriga godkända öppenvårdsläkemedel men formerna för kostnadskontroll behöver utvecklas.

För dessa tre grupper av läkemedel har utredningen strävat efter att skapa en gemensam struktur och finna lösningar som kan inordnas i nu existerande system för hantering av öppenvårdsläkemedel i och utom läkemedelsförmånerna.

Hantering och prissättning av smittskyddsläkemedel (kapitel 4 och 5)

Utredningens uppdrag är att analysera och pröva

- om de syften som anges i smittskyddslagen (2004:168) kan kombineras med ökade krav på kostnadseffektivitet och i så fall lämna förslag på en mer samlad hantering av smittskyddsläkemedel,
- hur tillgången på smittskyddsläkemedel kan förbättras,
- om läkemedel som är kostnadsfria för den enskilde ska kunna ingå i förmånen, och
- hur det allmänna kan få en sammanhållen bild av kostnaderna för samhället för läkemedel förskrivna på recept.

Syftet med smittskyddslagstiftningen är primärt att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och inte att tillförsäkra den enskilde erforderlig vård. Samtidigt ska lagstiftningen ge ett skydd även åt den som är smittad.

Smittskyddsläkemedel är ingen särskild kategori av läkemedel utan utgörs av alla de olika läkemedel som ordineras till en patient som har eller misstänks ha en allmänfarlig smittsam sjukdom och som behövs för att minska risken för smittspridning. Sådana läkemedel är enligt 7 kap. 1 § smittskyddslagen kostnadsfria för patienten. Läkemedel som vanligen används är antibiotika och antivirala läkemedel.

Landstingen är skyldiga att stå för hela kostnaden för läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen. Ersättning för kostnaderna för smittskyddsläkemedel har reglerats genom det s.k. läkemedelsavtalet mellan staten och landstingen.

Prissättning och hantering

De flesta av de läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen har prövats enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. och fått ett pris fastställt av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Utredningens bedömning är att smittskyddsläkemedel som inte har prövats enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. bör kunna bli föremål för en hälsoekonomisk bedömning inom ramen för det s.k. kliniskläkemedelsprojektet hos TLV.

Utredningen har erfarit att det råder viss oklarhet om bestämmelserna om pris gäller när ett läkemedel, som har prövats av TLV, förskrivs enligt smittskyddslagen. Utredningens analys pekar dock på att det är de av TLV fastställda priserna som tillämpas. För att undvika oklarheter i apotekens prissättning föreslår utredningen att det av lagen om läkemedelsförmåner m.m. ska framgå att bestämmelserna om pris och apotekens rätt att förhandla om pris ska gälla även när läkemedlet har förskrivits enligt smittskyddslagen.

Det saknas i dag möjligheter att enkelt följa upp vilka läkemedel och därmed kopplade kostnader som är aktuella för smittskyddsläkemedlen. För att öka möjligheterna till uppföljning och underlätta apotekens fakturering till landstingen föreslår utredningen att E-hälsomyndigheten ska förmedla dessa fakturor (på samma sätt som sker för läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånerna). För att detta ska kunna ske krävs att uppgiften om att läkemedlen är kostnadsfria enligt smittskyddslagen anges på ett strukturerat sätt på recepten. Vidare krävs då att anpassningar görs i såväl journalsystemen, apotekens receptexpeditionssystem som E-hälsomyndighetens system.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att receptregistret ska få innehålla uppgift om kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen.

Öppenvårdsapoteken ska lämna ut uppgifter om kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen till E-hälsomyndigheten som ska vidarebefordra uppgiften till landstingen. E-hälsomyndighetens statistik kommer därför att kunna innehålla uppgifter om smittskyddsläkemedel.

Det är utredningens bedömning att den föreslagna konstruktionen kan utgöra förebild för eventuella framtida förslag avseende andra läkemedelsgrupper som inte ersätts genom läkemedelsförmånerna.

Tillgång

Utredningen har analyserat och prövat olika åtgärder som skulle kunna förbättra tillgången till smittskyddsläkemedel. Det har visat sig svårt att få en entydig bild av hur stort problemet med tillgången är. Utredningen finner därför att ökade krav på aktörerna i form av formella skyldigheter att leverera och lagerhålla läkemedel skulle vara allför ingripande. Vidare har de senaste åren präglats av att den nya apoteksmarknaden successivt hittat sina former. Utredningen vill därför peka på att det redan i dag går att uppnå förbättringar genom utökad information och samverkan mellan berörda. Den söktjänst som Sveriges Apoteksörening för närvarande tar fram tillsammans med LIF bör underlätta för vården och patienterna att vända sig till apotek som håller aktuella läkemedel i lager. Vidare bedömer utredningen att den faktureringslösning som föreslås i betänkandet kommer att öka kunskapen om användningen av smittskyddsläkemedel och utgöra underlag för diskussioner om vilka läkemedel vården finner angeläget att apoteken håller i lager. Sammanfattningsvis är det utredningens bedömning att aktörerna genom förbättrad information och samverkan kan arbeta proaktivt med att öka tillgången till smittskyddsläkemedel på den plats och vid den tidpunkt då de behövs. För att utforma och samordna de insatser som krävs för att säkerställa försörjningen av läkemedel som behövs av smittskyddsskäl bör Socialstyrelsen få i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan. Detta arbete bör ske i samråd med bl.a. smittskyddsläkarna, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, företrädare för apoteksbranschen, partihandlarna, läkemedelsföretagen samt landstingen och deras läkemedelskommittéer.

Hantering och prissättning av licensläkemedel (kapitel 6 och 7)

Uppdraget avseende licensläkemedel är enligt tilläggsdirektiven (dir. 2011:82) att

- lämna förslag på hur prissättningen av licensläkemedel ska utformas på en omreglerad apoteksmarknad, och
- lämna förslag som gör att patienten inte behöver betala mer än högkostnads skyddet för läkemedel under den tid TLV prövar om ett licensläkemedel som godkänts för försäljning ska subventioneras,

Uppdraget utvidgades genom tilläggsdirektiv 2013:26 till att även omfatta att

- lämna förslag på en ordning genom vilken apotekskunder kan hämta ut licensläkemedel på vilket apotek som helst oavsett vilket apotek som har beviljats försäljningslicensen,
- därvid beakta i vilken mån ett sådant system påverkar den avgift som det ansökande apoteket erlägger vid ansökan samt möjligheten att föra talan mot ett beslut om avslag på ansökan om licens och
- överväga om ett nationellt register över beviljade licenser bör införas och vid behov lämna förslag till författningsreglering, placering och finansiering samt åtkomst till ett sådant register. Utredningen ska i detta arbete överväga vilka eventuella ändringar som behöver göras i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
- se över om nuvarande principer för vem som utfärdar en ansökan om licens samt vem som betalar avgifter till Läkemedelsverket är ändamålsenliga,
- se över vilka för- och nackdelar som det skulle medföra att föra över kostnaden för ansökningsavgiften på den som förskriver läkemedlet,
- analysera de rättsliga förutsättningarna för ett sådant alternativ och även andra rättsliga frågor av betydelse för hanteringen av licensläkemedel och
- se över hantering och användning av licensansökningar från andra än apotek och analysera olika alternativ för att tillgodose de behov som finns av sådana licenser. I detta ligger att analysera vilka alternativ som är förenliga med gällande regelverk och vilka fördelar och nackdelar sådana alternativ har. Vid behov står det utredaren fritt att även analysera och lämna förslag på förändringar i gällande regelverk. Konsekvenserna av sådana eventuella förslag ska i så fall analyseras.

Ett läkemedel måste vara godkänt innan det får säljas, se 5 § läkemedelslagen (1992:859). Det föreligger dock ibland behov av att förskriva läkemedel som inte är godkända. Ett sjukdomstillstånd kan behöva behandlas med ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige, men som är godkänt i något annat land. Det kan t.ex. bero på att ett godkänt läkemedel mot det aktuella tillståndet saknas. Det kan också bero på att ett godkänt läkemedel haft otillräcklig effekt eller att det inte tolererats av patienten.

I sådana fall kan Läkemedelsverket ge apoteket tillstånd att sälja ett läkemedel som inte är godkänt för försäljning i Sverige. Ett sådant tillstånd kallas licens. Möjligheten till detta regleras i 5 § läkemedelslagen (1992:859) där det anges att om det finns särskilda skäl får tillstånd till försäljning av ett läkemedel lämnas även om läkemedlet inte är godkänt eller registrerat.

Ansökning om licens görs av apotek och åtföljs av en motivering från förskrivaren där behovet av det icke godkända läkemedlet beskrivs. Läkemedelsverket beviljar årligen cirka 68 000 ansökningar om licens.

Licensläkemedlen är en mycket heterogen grupp av läkemedel som kan indelas i olika kategorier:

- Avregistrerade läkemedel (av kommersiella skäl) som är föremål för fortsatt forskning
- Avregistrerade läkemedel (av säkerhetsskäl) som bedöms nödvändiga att kunna använda i vissa fall

- Läkemedel som är inne i en godkännandeprocess och t.ex. förskrivs till patienter som fått läkemedlet i samband med kliniska prövningar.
- Läkemedel som är godkända i annat land, men som inte marknadsförts i Sverige
- Läkemedel som inte är godkänt i annat EU-land
- Läkemedel som inte är godkänt i något land

Hantering

Det är apoteken som i dag ansöker om licens vilket innebär ett tillstånd till försäljning av ett icke godkänt läkemedel medan förskrivaren motiverar behovet. Öppenvårdsapoteken utgör sjukvårdens förlängda arm genom distribution av läkemedel och farmaceutisk rådgivning till patienten. Utredningen har övervägt om någon annan bör ansöka om licens, t.ex. förskrivaren. Efter en genomgång av för- och nackdelar med dessa alternativ har utredningen stannat vid att ordningen med att apotek ansöker om licens bör behållas. Utredningen har därvid särskilt beaktat det faktum att licens innebär ett tillstånd till försäljning. Utifrån samma resonemang föreslår utredningen att den partihandlare som bedriver detaljhandel med vacciner och serum till veterinär enligt 4 kap. lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska få ansöka om licens för försäljning av icke godkända vacciner och serum. Utredningens förslag i denna del möjliggör att t.ex. Statens Veterinärmedicinska anstalt, SVA, med stöd av sitt partihandelstillstånd kan ansöka om licens för vacciner och serum.

Under den tid Apoteket AB drev samtliga apotek kunde patienterna hämta ut ett licensläkemedel på valfritt apotek oavsett vilket apotek som ansökt hos Läkemedelsverket. I samband med omregleringen upphörde denna möjlighet vilket innebär en försämrad tillgänglighet. Utredningen har funnit att det går att skapa en ordning där ett beslut om licens (tillstånd till försäljning till konsument av ett icke godkänt läkemedel) kan gälla på samtliga öppenvårdsapotek. Denna ordning kan innebära att formerna för finansiering av Läkemedelsverkets arbete med ansökningarna kan komma att behöva ses över på sikt.

Ett av utredningens uppdrag är att överväga om ett nationellt register över beviljade licenser bör inrättas. Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten står i begrepp att införa ett system för hantering av ansökningar och beslut om licens, den s.k. kommunikationslösningen. Utredningens bedömning är att detta system ersätter behovet av ett nytt särskilt register. Det kan konstateras att kommunikationslösningen kommer att hantera många känsliga personuppgifter. Det är av vikt att denna typ av uppgifter hanteras på ett säkert sätt. Utredningen föreslår därför en särskild registerlag som beskriver hur hanteringen får ske.

Prissättning

Utredningen föreslår att licensläkemedel per automatik ska omfattas av läkemedelsförmånerna utom i de fall där TLV fattat särskilt beslut om pris och subvention.

Ett alternativ som utredningen övervägt är att licensläkemedlen inte omfattas av läkemedelsförmånerna, men att landstingen ska stå för kostnaderna. Utredningen anser dock att alternativet att licensläkemedlen omfattas av läkemedelsförmånerna är att föredra och att det går att skapa en lösning som är förutsägbar, ger rimliga möjligheter till kost-

nadskontroll och innebär lika villkor över landet för de patienter som behöver licensläkemedel.

Då dessa läkemedel inte är satta på marknaden i Sverige saknas det ofta en tydlig part som skulle kunna ansöka om pris hos TLV. Utredningen föreslår därför en konstruktion där apoteken får ta ut det aktuella inköpspriset med tillägg av handelsmarginal. Pris och patientens kostnadsreduktion rapporteras liksom tidigare till E-hälsomyndigheten. Utredningen föreslår således att licensläkemedel ska få ingå i läkemedelsförmånerna utan den prövning enligt bestämmelserna i 15 § lagen om läkemedelsförmåner m.m som krävs i dag. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om vilka förutsättningar som ska gälla för att dessa läkemedel ska få ingå i läkemedelsförmånerna.

För att underlätta TLV:s tillsyn över prissättningen föreslår utredningen att E-hälsomyndigheten ska förse TLV med uppgifter produkter och prissättning. TLV bör även fortsatt kunna besluta om att vissa läkemedel inte ska omfattas av förmånerna. Vidare föreslås att TLV ska ha möjlighet att fatta särskilt beslut om pris för ett licensläkemedel om det uppkommer behov av det.

Ibland förekommer det att ett nytt godkänt läkemedel ersätter behovet av licensläkemedel. Möjlighet att bevilja licens för läkemedlet bortfaller då. I dessa fall kan det under en period saknas ett subventionerat läkemedel då det nya läkemedlet ännu inte är bedömt och subventionerat av TLV. Det omfattas därmed inte av läkemedelsförmånerna vilket innebär att patienten får stå för hela kostnaden för läkemedlet. Som en väg att hantera subventionen under denna tidsperiod föreslår utredningen att läkemedelsföretaget (MAH) ska kunna ansöka om ett tidsbegränsat pris. Utredningen ser vissa utmaningar med denna konstruktion och föreslår därför att TLV i sina beslut bör begränsa subventionen till de patienter som tidigare behandlats med licensläkemedlet. Dessa patienter kan annars komma att tvingas avbryta en fungerande behandling. Utredningen bedömer att det är den gruppen patienter som har störst behov av att få behandlingen subventionerad under tiden fram till TLV:s prövning och beslut.

Prissättning av extemporeläkemedel (kapitel 8 och 9)

Utredningens uppdrag är att lämna förslag på hur prissättningen av extemporeläkemedel, lagerberedningar och rikslicenser ska utformas på en omreglerad apoteksmarknad.

Ett läkemedel får som regel säljas först sedan det har godkänts för försäljning, registrerats eller omfattas av ett erkännande av ett godkännande eller en registrering som har meddelats i en annan stat i Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Extemporeläkemedel är läkemedel som tillverkas för en viss patient och är undantagna från kravet på godkännande. Extemporeläkemedel finns även som lagerberedningar (med eller utan rikslicens) där läkemedlen tillverkats i större volymer för ett förväntat behov av dessa. Läkemedlen får dock enbart tillhandahållas i situationer där godkända läkemedel saknas. Extemporeläkemedel används inom såväl öppen som sluten vård samt inom veterinärmedicinen. Dessa läkemedel fyller en viktig medicinsk funktion, i vissa fall är det den enda möjliga behandlingen för patienten. Prissättning av dessa läke-

medel sker i dag på två olika sätt. För extempore har TLV fastställt en taxa där det framgår vilken ersättning den som låter framställa läkemedlet får ta ut. För lagerberedningar (med eller utan rikslicens) ansöker tillverkaren hos TLV om ett pris för den aktuella lagerberedningen.

Utredningen har analyserat nuvarande praxis för prissättning och övervägt om någon annan modell för prissättning skulle kunna tillämpas på extemporeläkemedel. Utredningen har inte funnit några mer användbara alternativ utan föreslår att nuvarande hantering ska bibehållas. Dagens praxis bör dock författningsregleras så att det framgår tydligt vilka krav som gäller. Utredningen föreslår att receptbelagda extemporeläkemedel och lagerberedningar (med eller utan rikslicens) ska få ingå i läkemedelsförmånerna utan den prövning enligt bestämmelserna i 15 § lagen om läkemedelsförmåner m.m som krävs i dag. Vidare föreslås att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om vilka förutsättningar som ska gälla för att dessa läkemedel ska få ingå i läkemedelsförmånerna. Bestämmelserna bör tas in i TLV:s föreskrifter. I samband med att TLV utformar dessa föreskrifter bör TLV se över vilka kostnader som ska täckas av taxans priser och vid behov anpassa kostnaderna till nu gällande kostnadsläge. För lagerberedningar (med och utan rikslicens) föreslår utredningen att det alltså ska krävas en ansökan för varje lagerberedning och att TLV ska bedöma om denna ska omfattas av läkemedelsförmånerna.

Ikraftträdande (kapitel 10) och konsekvenser

Ett genomförande av utredningens förslag kräver författningsändringar. För sedvanlig remissbehandling och propositionsarbete erfordras viss tid. Författningsförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2016. Förutom författningsändringar kommer förslagen att kräva förberedelsetid hos berörda aktörer t.ex. för att revidera och ta fram nya föreskrifter samt utveckla IT-system. Detta innebär att förändrad hantering i praktiken kan komma att bli aktuell först senare.

Konsekvenserna av utredningens förslag beskrivs tillsammans med övervägandena (se avsnitt 5.9, 7.9 och 9.5). Sammanfattningsvis innebär förslagen att vissa justeringar behöver göras i de IT-mässiga informationsflöden som hanterar varuinformation, priser och förskrivningar. Utredningen kan konstatera att några förändringar kring läkemedelshanteringen i nuläget i princip inte går att genomföra utan att dessa flöden påverkas. Utredningen menar dock att förslagen innebär mindre justeringar än vad som skulle kunnat bli realiteten om utredningen skulle lämna andra förslag.

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Sanna Othman
Tfn: 063-147586
E-post: sanna.othman@jll.se

2014-10-27

Dnr LS/1001/2014

2014/112/FS

Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss Rätt information på rätt plats i rätt tid SOU 2014:23

Jämtlands läns landsting har getts möjlighet att lämna svar till Socialdepartementet på slutbetänkandet av utredningen Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23). Landstinget lämnar synpunkter på förslaget till ny Hälso- och sjukvårdsdatalag det vill säga de delar som avser informationshanteringen *inom* hälso- och sjukvården och informationshanteringen *mellan* hälso- och sjukvården och socialtjänsten enligt nedanstående disposition:

- Kapitel 4-17; Utgångspunkter, överväganden och förslag rörande hälso- och sjukvårdens informationshantering.
- Kapitel 31-32; Informationshanteringen rörande personer som har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Kapitel 33; Utgångspunkter, överväganden och förslag avseende hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ökade elektroniska kommunikationer med medborgare.
- Kapitel 34-37; Överväganden och förslag rörande övriga frågor såsom Datainspektionens befogenheter samt Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Sammanfattning

Jämtlands läns landsting är positiv till de övergripande mål som utredningen vill uppnå med sina förslag och att patientsäkerhetsperspektivet är utgångspunkt med en sammanhållen vårdprocess som målbild. Landstinget ser det positivt att förslaget också innebär en övergång från ett organisatoriskt fokus till ett individ/brukar och patientfokus.

En av grundförutsättningarna för en jämlik vård av hög kvalitet är att ha ändamålsenlig informationshantering. I dagens system finns en rad exempel på risker och avvikelser som orsakas av att organiseringen av sjukvården brister. I vårdens övergångar mellan enheter händer det allt för ofta att patientsäkerheten äventyras av att vårdenheter inte har möjlighet att utbyta information.

För att patienterna ska få säkra insatser behöver vårdens medarbetare ha tillgång till uppgifter om individen och om de insatser hen fått tidigare. Utan tillgång till rätt information ökar risken för bristande beslutsunderlag, felbehandlingar och allvarliga

interaktioner mellan läkemedel och andra insatser. Dessutom innebär dagens regelverk också att arbetssituationen för sjukvårdspersonal blir påfrestande.

Problemen med regelverken är än mer påtagliga i de fall kommuner och landsting har många privata utförare. Det leder ytterst till en mer ojämlik hälso- och sjukvård. Det är inte acceptabelt och därför behövs en ny lagstiftning som gör det möjligt för alla kommuner och landsting att tillhandahålla god och säker vård och erbjuda effektiva hälsofrämjande åtgärder.

Jämtlands läns landstings synpunkter

En ny lag: Hälso- och sjukvårdsdatalag kapitel 7

Allmänt

Jämtlands läns landsting är positiv till de övergripande mål som utredningen vill uppnå med sina förslag och att patientsäkerhetsperspektivet är utgångspunkt med en sammanhållen vårdprocess som målbild. Landstinget ser det positivt att förslaget också innebär en övergång från ett organisatoriskt fokus till ett individ/brukar och patientfokus.

Landstinget konstaterar att utredningen inte lämnar något förslag som löser personuppgiftsansvariga vårdgivares styrning och kontroll av nationella tjänster. Nationella tjänster som utvecklas på uppdrag av regeringen eller av Cehis/Inera och som är avsedda att användas av såväl landsting/regioner och kommuner som privata vårdgivare bör finansieras, certifieras, förvaltas, styras och kontrolleras av en statlig myndighet med såväl centralt personuppgiftsansvar som finansiellt ansvar för nationell IT-infrastruktur inom vård och omsorg.

Utredningen föreslår att det införs en ny hälso- och sjukvårdsdatalag i stället för Patientdatalagen. Den nya hälso- och sjukvårdsdatalagen, liksom patientdatalagen tar sikte på att reglera personuppgiftsbehandlingen i hälso- och sjukvården. I patientdatalagen finns också regler för journalföring, direktåtkomst, inre sekretess och arkivhantering.

När man nu gör en översyn bör man renodla bestämmelserna i den nya lagen till att avse just personuppgiftsbehandling. Reglerna för journalföring bör föras till i hälso- och sjukvårdslagen som reglerar kraven på hälso- och sjukvården varav kraven på informationshantering är en viktig del. Regleringen av arkivhanteringen kan också med fördel föras in här liksom sekretessreglerna för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av privata företag och enskilda.

Direktåtkomst bör lagregleras i tryckfrihetsförordningen. Direktåtkomst är som utredningen konstaterar en form av utlämnande av handling och bör därför regleras i det sammanhanget och inte i samband med personuppgiftsbehandling. Genom att göra regleringen där får den genomslag i all informationshantering som berör allmänna handlingar.

Den inre sekretessen bör regleras i offentlighets- och sekretesslagen och inte i hälso- och sjukvårdslagen. Det skapar en tydligare reglering av vad som gäller vid tillgänglighet inom sekretessgränsen och vid utlämnande av uppgifter.

Genom att reglera på detta vis får man en tydligare reglering utifrån de olika förutsättningarna som gäller vid tillämpning av de olika lagarna.

Utredningen utgår från elektronisk informationshantering. Jämtlands läns landsting anser att regleringen bör vara teknikneutral då flera vårdgivare ännu inte har elektronisk journal. Utredningen är fokuserad på verksamhet som bedrivs enligt LOV vilket gör det är otydligt vilka konsekvenser förslagen får för upphandlad verksamhet, till exempel specialistvård.

Utredningens förslag löser inte behov av informationsutbytet vad gäller uppföljning av verksamheten mellan en huvudman och vårdgivare i flera landsting, med hänsyn till de förändringar som skett i lagstiftningen inom hälso- och sjukvården.

Huvudman

Utredningen föreslår att ett nytt begrepp, huvudman, införs i lagen för att tydliggöra skillnaden mellan landstings/regioners och kommuners ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen och dessas ansvar som vårdgivare. Begreppet har också diskuterats i andra lagstiftningssammanhang utan att komma till uttryck i lagstiftningen. Att tydliggöra denna skillnad är bra men bör göras i hälso- och sjukvårdslagen och inte i hälso- och sjukvårdsdatalagen. Genom att införa begreppet i denna lag skapas osäkerhet om vad som gäller i andra sammanhang än personuppgiftsbehandling.

Jämtlands läns landsting anser att begreppet huvudman inte ska användas för att tydliggöra ansvaret för verksamheten. Begreppet för tanken till patriarkala strukturer och lagstiftningen bör undvika att använda könsbundna ord som befäster gamla tankemönster. Landstinget förordar att man håller fast vid begrepp som redan finns i kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen och istället använda begreppen landsting/region och kommun.

Definition av vårddokumentation

Jämtlands läns landsting är tveksam till behovet av definition av vårddokumentation. Definitionens hänvisning till behandlingar för visst angivet ändamål skapar en onödig otydlighet. Genom att använda definitionen i 3 kap 5 § i lagförslaget får en journal endast innehålla personuppgifter som behandlas för angivet ändamål. Genom att knyta det till behandlingen kan situationen uppstå att vid ett visst tillfälle får en uppgift finnas i journalen, men vid ett annat tillfälle om uppgiften inte kan knytas till någon behandling så får den inte finnas i patientjournalen. Man bör därmed behålla nuvarande reglering som knyter an till behovet av information.

Grundläggande bestämmelser om behandling av personuppgifter, kapitel 8

Personuppgiftsansvaret

Utredningen föreslår ett förtydligande av personuppgiftsansvaret för den personuppgiftsbehandling som utförs av landsting i egenskap av huvudman, till skillnad till den personuppgiftsbehandling som utförs i egenskap av vårdgivare.

Landstinget anser inte att skillnaden mellan landstinget som vårdgivare och som ansvarig huvudman avseende ansvaret för personuppgiftsbehandling behöver förtydligas. Detta ansvar framgår redan av personuppgiftslagen.

Säker och ändamålsenlig hantering av personuppgifter, kapitel 9*Ansvar för informationssystemens utformning*

Landstinget tillstyrker förslaget om att det ställs krav på informationssystem som innehåller personuppgifter, det borde dock övervägas om inte dessa krav också ska ställas på tillverkarna av systemen. Förslaget innebär vidare att det ställs krav på vårdgivaren att anpassa och begränsa tilldelning av behörighet för elektroniskt åtkomst, vilket kan komma att leda till stora kostnader för vårdgivare.

Skydd för personuppgifter vid samverkan mellan personuppgiftsansvariga, kapitel 10

Landstinget avstyrker förslaget om överenskommelser om informationssäkerhet mellan vårdgivarna. När sekretessområdet vidgas till huvudman kan det leda till omfattande avtalsskrivningar. Det går inte för en personuppgiftsansvarig att avtala bort sitt ansvar för personuppgiftsbehandling. Dessutom kan man inte avtala bort rättigheter som den enskilde har enligt personuppgiftslagen genom ett avtal.

Det som bör regleras är under vilka förutsättningar direktåtkomst kan användas. Hur man kommer fram till om förutsättningarna finns t ex via risk- och sårbarhetsanalys behöver däremot inte regleras.

Elektroniskt utlämnande av personuppgifter, kapitel 11*Direktåtkomst*

Monitorering genom direktåtkomst av pågående forskningsstudier är positivt. Dock behövs det ett förtydligande att direktåtkomsten gäller endast medan studierna pågår och att behörighet endast ges till den information som behövs för forskningen.

Ett tydligare ansvar för patientjournalen och dess innehåll, kapitel 12

Landstinget tillstyrker förslaget om undantag att notera i journalen vid utlämnande till kvalitetsregister och till patienten själv, då vi anser att det leder till en minskad administration. Vi ser inga direkta hinder mot undantaget eftersom integriteten skyddas av de krav på loggning som redan görs för journalsystem.

Förslaget om att signeringskravet tas bort ställer krav på vårdgivaren att se till att uppgifterna i patientjournalen är korrekta. Det står även att i samma ögonblick som ett diktat skrivs in i journal blir det en allmän handling. Landstinget anser att detta behöver förtydligas från lagstiftarens sida. Kontrollansvaret (ansvaret för informationens riktighet) bör ligga hos den som dikterar journalen och inte hos läkarsekreteraren som endast kvalitetsgranskar journalen.

En informationshantering med patienten i centrum, kapitel 13

Landstinget anser att grundläggande krav på informationshantering inom hälso- och sjukvården bör regleras i hälso- och sjukvårdslagen och inte i hälso- och sjukvårdsdatalagen.

Jämtlands läns landsting tillstyrker förslaget om att patient inte ska kunna spärra mot de verksamheter som kan antas behöva uppgifterna för att kunna bedriva vård på ett säkert sätt, t.ex. intolerans eller känslighet mot läkemedel. Dock kan förslaget innebära svårigheter att avgöra vilka vårdgivare som har behov av uppgifter för att kunna bedriva vården.

En ny sammanhållen journalföring, kapitel 14

Landstinget tillstyrker utredningens förslag att vårdgivare bör få göra uppgifter om beslutsoförmögna tillgängliga i system för sammanhållen journalföring under förutsättning att det inte är uppenbart att patienten skulle ha motsatt sig en sådan personuppgiftsbehandling. Kraven enligt nuvarande lagstiftning är svår att uppfylla då det är orimligt att ifrågasätta och utreda alla individers beslutsförmåga.

Vårdgivarens informationsplikt till individen bör samlas i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.

Rätt information om läkemedel, kapitel 15

Landstinget tillstyrker förslaget om en samlad läkemedelslista och även förslag om att undanta information om ordinerade läkemedel från rätten till spärr.

Informationshantering mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, kapitel 32

Direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och Socialtjänst eller en gemensam vård- och omsorgsjournal
Jämtlands läns landsting anser att förslaget med införande av direktåtkomst mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har en god intention och skulle undanröja många av de lagtekniska hinder som i dagsläget föreligger för en effektiv informationshantering.

Däremot ser inte landstinget hur införandet av en gemensam vård- och omsorgsjournal skulle kunna svara upp mot de grundläggande principerna i Tryckfrihetsförordningen,

Besöksadress: Kyrkgatan 12 Östersund Postadress: Jämtlands läns landsting Box 654 831 27 Östersund
Telefon: 063-14 75 00 Fax: 063-14 77 56 E-post: jamtlands.lans.landsting@jll.se Webbplats: www.jll.se

Bankgiro: 250-0486 Plusgiro: 8 28 00-4 Org nr: 232100-0214

Offentlighets- och sekretesslagen samt Arkivlagen. Varje myndighet ansvarar för dokumentationen över de åtgärder som den specifika myndigheten utför. Således existerar inget gemensamt ansvar och heller ingen gemensam dokumentation. En gemensam vård- och omsorgsjournal skulle också medföra otydliga ansvarsgränser, något som utredningen ytterst säger sig vilja motverka. Jämtlands läns landsting är tveksam till om det egentligen föreligger något praktiskt behov av en gemensam vård- och omsorgsjournal om möjlighet till direktåtkomst införs. Landstinget avstyrker därför utredningens förslag rörande gemensam vård- och omsorgsjournal.

Landstinget ställer sig positiv till förslaget om att vid samtycke kunna dela information om råd och stödinsatser.

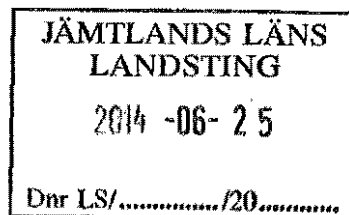
JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör



Socialdepartementet



SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats och i rätt tid

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern (JK)
4. Rättsmedicinalverket
5. Datainspektionen
6. Utredningen (Ju 2011:11) om integritet, effektivitet och öppenhet i en modern e-förvaltning
7. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
11. Läkemedelsverket
12. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
13. Folkhälsomyndigheten
14. Myndigheten för vårdanalys
15. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
16. Statens institutionsstyrelse (SiS)
17. Myndigheten för delaktighet
18. Barnombudsmannen (BO)
19. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
20. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
21. Inspektionen för socialförsäkringen
22. Statskontoret
23. E-hälsomyndigheten
24. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
25. Utredningen (S 2014:11) om utveckling av den högspecialiserade vården
26. Utredningen (S 2013:17) om tillgänglig och säker information i hälso- och sjukvård och socialtjänst
27. Utredningen (S 2013:14) en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

28. Statistiska centralbyrån
29. Skolverket
30. Specialpedagogiska skolmyndigheten
31. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor
32. Vetenskapsrådet
33. Centrala etikprövningsnämnden
34. Regionala etikprövningsnämnden i Linköping
35. Regionala etikprövningsnämnden i Lund
36. Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg
37. Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm
38. Regionala etikprövningsnämnden i Umeå
39. Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala
40. Uppsala universitet
41. Göteborg universitet
42. Stockholms universitet
43. Umeå universitet
44. Karolinska institutet
45. Linnéuniversitet
46. Konkurrensverket
47. Verket för innovationssystem (Vinnova)
48. E-delegationen (N FI 2009:01)
49. Diskrimineringsombudsmannen (DO)
50. Bengtsfors kommun
51. Dorotea kommun
52. Fagersta kommun
53. Falun kommun
54. Gnosjö kommun
55. Gotlands kommun
56. Gällivare kommun
57. Göteborgs kommun
58. Halmstads kommun
59. Huddinge kommun
60. Kalmar kommun
61. Linköpings kommun
62. Malmö kommun
63. Mora kommun
64. Motala kommun
65. Munkfors kommun
66. Norrköpings kommun
67. Norrtälje kommun
68. Orust kommun
69. Ronneby kommun
70. Sandvikens kommun
71. Skara kommun
72. Staffanstorp kommun
73. Stockholms kommun
74. Sundsvalls kommun

75. Sunne kommun
76. Sävsjö kommun
77. Torsby kommun
78. Uppsala kommun
79. Vimmerby kommun
80. Vingåker kommun
81. Växjö kommun
82. Åre kommun
83. Örebro kommun
84. Östersund kommun
85. Stockholms läns landsting
86. Uppsala läns landsting
87. Södermanlands läns landsting
88. Östergötlands läns landsting
89. Jönköpings läns landsting
90. Kronobergs läns landsting
91. Kalmar läns landsting
92. Blekinge läns landsting
93. Skåne läns landsting
94. Hallands läns landsting
95. Västra Götalands läns landsting
96. Värmlands läns landsting
97. Örebro läns landsting
98. Västmanlands läns landsting
99. Dalarnas läns landsting
100. Gävleborgs läns landsting
101. Västernorrlands läns landsting
102. Jämtlands läns landsting
103. Västerbottens läns landsting
104. Norrbottens läns landsting
105. Sveriges läkarförbund
106. Svenska Läkaresällskapet
107. Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
108. Svenska Barnläkarföreningen
109. Smittskyddsläkarföreningen
110. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
111. Svenska Skolläkarföreningen
112. Svensk Förening för Beroendemedicin
113. Distriktssköterskeföreningen
114. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
115. Vårdförbundet
116. Riksföreningen för Medicinskt ansvariga sjuksköterskor
117. Svenska Barnmorskeförbundet
118. Riksföreningen för skolsköterskor
119. Svenska Psykiatriska Föreningen

120. Sveriges Psykologförbund
121. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
122. Fysioterapeuterna
123. Sveriges Farmaceuter
124. Apotekarsocieteten (APS)
125. Tjänstetandläkarna
126. Privattandläkarna
127. Föreningen Sveriges socialchefer
128. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
129. Akademikerförbundet (SSR)
130. Kommunal
131. Vision
132. Aleris
133. Alzheimerföreningen i Sverige
134. Apoteket AB
135. Attendo
136. Barnens rätt i samhället (BRIS)
137. Capiro
138. Demensförbundet
139. Diabetesförbundet
140. FAMNA
141. FORSA – förbundet för forskning i socialt arbete
142. Forum för frivilligt socialt arbete
143. FOU-välfärd
144. FOU-väst
145. Företagarna
146. Handikappförbunden (HSO)
147. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
148. Hälsohögskolan i Jönköping AB
149. Inera AB
150. Kronans Droghandel Apotek AB
151. Landsorganisationen i Sverige (LO)
152. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
153. Maria Beroendecentrum AB
154. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
155. Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR)
156. Patientnämnden i Kronobergs län
157. Patientnämnden i Stockholms län
158. Patientnämnden-Etiska nämnden i Västernorrlands län
159. Patientnämnderna i Västra Götalandsregionen
160. Patientnämnden i Skåne
161. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
162. Praktikertjänst

163. Prostatacancerförbundet
164. QRC Stockholm
165. Regionala cancercentrum - Norr
166. Regionala cancercentrum - Stockholm Gotland
167. Regionala cancercentrum - Syd
168. Regionala cancercentrum - Sydöst
169. Regionala cancercentrum - Uppsala Örebro
170. Regionala cancercentrum - Väst
171. Registercentrum Norr
172. Registercentrum SydÖst
173. Reumatikerförbundet
174. Riksförbundet Attention
175. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
176. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
177. Stroke – Riksförbundet
178. Stiftelsen Leading Health Care
179. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)
180. Stiftelsen Silviahemmet
181. Stiftelsen Äldrecentrum
182. Svensk förening för vårdhygien
183. Svenskt Demenscentrum
184. Svenskt Näringsliv
185. Sveriges Advokatsamfund
186. Sveriges Apoteksförening
187. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
188. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
189. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
190. Swedish Medtech
191. Tieto
192. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
193. Ung Cancer
194. Uppsala Clinical Research Center
195. Vardaga
196. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet **senast den 7 november 2014**. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer 2014/112/FS återopas.

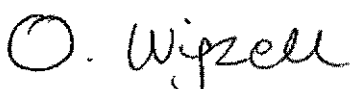
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter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

För information: Utredningens delbetänkande Rätt information – kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2013:45) har behandlats av regeringen i proposition Förbättrad informationshantering avseende vissa patienter inom hälso- och sjukvården (prop. 2013/14:202). I propositionen föreslås vissa ändringar i nuvarande patientdatalag vad gäller sammanhållen journalföring och kvalitetsregister för patient som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning. Socialutskottet har föreslagit att Riksdagen antar regeringens förslag (bet. 2013/14:SoU20). Riksdagen har den 12 juni 2014 bifallit utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2013/14:328). Ändringarna i bl.a. patientdatalagen kommer därmed att träda i kraft den 14 oktober 2014.

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

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

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



Olivia Wigzell
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Sammanfattning av betänkande Rätt information på rätt plats i rätt tid, SOU 2014:23.

Länkar till hela remissen:

[Remiss: Rätt information på rätt plats i rätt tid. SOU 2014:23 \(Del 1 kap 1-18\)](#)

[Remiss: Rätt information på rätt plats i rätt tid. SOU 2014:23 \(Del 1 kap 19-37\)](#)

[Remiss: Rätt information på rätt plats i rätt tid. SOU 2014:23 \(Del 2\)](#)

[Remiss: Rätt information på rätt plats i rätt tid. SOU 2014:23 \(bilagor\)](#)

Inledning

Regeringen beslutade 2011 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utreda och lämna förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen överlämnade i april 2014 slutbetänkandet Rätt information på rätt plats i rätt tid (SOU 2014:23).

Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns växande behov av samverkan. Enskilda individer behöver ofta stöd och insatser både från landsting och kommuner samt privata vårdgivare eller privata utförare av socialtjänst. Stora strukturförändringar har genomförts inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten de senaste åren. Reformen med bl.a. fritt vårdval, omreglering av apoteksmarknaden har lett till att allt fler verksamheter utförs av privata aktörer.

Parallellt är hälso- och sjukvården och socialtjänsten två av de mest informationsintensiva och komplexa sektorerna i samhället vilket medför nya behov och krav på hur informationen ska hanteras. Informationshanteringen inom dessa sektorer har avgörande betydelse för vilken kvalitet och säkerhet individer erbjuds men också på ett mer övergripande plan för prevention och för att förebygga ohälsa. Den är också viktig för att systematiskt kunna kvalitetssäkra och utveckla verksamheten inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En effektiv och ändamålsenlig informationshantering är en av grundförutsättningarna för en jämlik vård och omsorg av hög kvalitet i hela landet.

En utgångspunkt är att yrkesutövare inom hälso- och sjukvård och socialtjänst ska ha tillgång till de uppgifter de behöver. De organisatoriska gränser som finns mellan olika aktörer för med sig juridiska och tekniska hinder när det gäller hanteringen av personuppgifter. Den enskilde individen ska inte behöva riskera att få mindre säker vård eller andra insatser för att yrkesutövare inte har tillgång till rätt information vid rätt tillfälle. Informationshantering måste dock bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Det handlar därför om en balansgång mellan olika intressen t ex integritetsskydd, hälsa, livskvalitet, autonomi och jämlikhet.

Betänkandets disposition

Utredningens uppdrag består av tre huvuddelar: informationshanteringen inom hälso- och sjukvården, informationshanteringen inom socialtjänsten och informationshanteringen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningen lämnar förslag till två nya lagar: hälso- och sjukvårdsdatalagen samt socialtjänstdatalagen. Följdändringar måste också göras i flera andra lagar med anledning av att patientdatalagen upphävs och ersätts av den nya lagen. Utredningen lämnar också förslag som ska underlätta informationsutbytet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen anser att det är en fördel om de lagar som reglerar behandlingen av personuppgifter i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten liknar varandra så mycket som möjligt avseende struktur och innehåll.

- I kapitel 4-17 redogör utredningen för utgångspunkter, överväganden och förslag rörande hälso- och sjukvårdens informationshantering
- I kapitel 18-30 behandlas motsvarande frågor inom socialtjänstens område
- I kapitel 31-32 behandlas informationshantering rörande personer som har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst
- I kapitel 34-37 samlas överväganden och förslag rörande ett antal övriga frågor såsom internationellt informationsutbyte, patientrapporterade mått, datainspektionens befogenheter och socialstyrelsens läkemedelsregister
- I kapitel 38 redovisas utredningens författningsförslag
- I kapitel 39 och 40 finns frågor om ikraftträdande och konsekvenser av utredningens förslag
- I kapitel 41 återfinns författningskommentaren.

Sammanfattning av betydande förändringar för Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdsdatalagen

Utredningens förslag kommer att ha en omfattande påverkan på innehållet i nuvarande Patientdatalagen (2008:35) och föreslår därför att patientdatalagen (2008:35) ska upphävas och ersättas av hälso- och sjukvårdsdatalagen. Bestämmelser i patientdatalagen som inte påverkas av utredningens förslag ska oförändrade överföras till den nya lagen. I betänkandet finns ett flertal förslag som syftar till att öka förutsättningarna för en mer ändamålsenlig och sammanhållen informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslagen ska minska tillämpningsproblemen i nuvarande lagstiftning avseende regelverkets organisatoriska fokus, stärka integritetsskyddet och tydliggöra ansvaret för att rätt information finns på plats i rätt tid.

Viktiga definitioner

I hälso- och sjukvårdsdatalagen ska det införas definitioner av begreppen huvudman, informationssystem, nationella och regionala kvalitetsregister, patientjournal samt vårddokumentation. Begreppet vårdgivare förtydligas och begreppet sammanhållen journalföring får en definition som överensstämmer med det tillämpningsområde som föreslås. Övriga begrepp överförs oförändrade från patientdatalagen.

N/A

Den nya lagen innebär att man skiljer på landstings- och kommuners ansvar i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården och deras ansvar som vårdgivare när de faktiskt bedriver hälso- och sjukvård.

Huvudman

Med huvudman i hälso- och sjukvårdsdatalagen avses den som i hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. I praktiken innebär detta landsting och kommuner.

Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att vård erbjuds till i hälso- och sjukvårdslagen angiven personkrets. Inom en huvudmans ansvarsområde kan en eller flera vårdgivare bedriva vårdverksamhet.

Vårdgivare

Med vårdgivare avses enligt utredningens förslag ”statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen bedriver samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet”.

Definitionen behöver kopplas ihop med införandet av huvudmannabegreppet och får då betydelsen att ”Vårdgivare är den som bedriver viss hälso- och sjukvårdsverksamhet”.

Informationssystem

Ett informationssystem är ett verktyg för hur för hantering av personuppgifter. Det är ett system som insamlar, bearbetar, lagrar eller distribuerar och presenterar information. I betänkandet föreslås att vårdgivaren uttryckligen får ett ansvar för att informationssystemen är ändamålsenliga.

Sammanhållen journalföring

Enligt utredningens förslag innebär sammanhållen journalföring en möjlighet för vårdgivare, som bedriver hälso- och sjukvård som olika huvudmän ansvarar för eller som är privat finansierad, att ha direktåtkomst till varandras vårddokumentation.

Vårddokumentation

Avser dokumentation som innehåller personuppgifter som behandlas för

- Att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. HSL och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter, och
- Administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller om annars föranleds av vård i enskilda fall.

Nationella och regionala kvalitetsregister

Utredningen föreslår förbättrade möjligheter att använda nationella eller regionala kvalitetsregister för att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som patienten erbjuds och

N/A

som utförs av flera vårdgivare. En vårdgivare ska få ha direktåtkomst till sådana uppgifter om en patient som vårdgivaren själv registrerat i ett kvalitetsregister och till uppgifter om samma patient som andra vårdgivare registrerat i samma register.

Informationshantering utifrån individens behov – direktåtkomst mellan vårdgivare inom en huvudmans ansvarsområde.

Utredningen föreslår förbättrade möjligheter till direktåtkomst mellan vårdgivare inom en huvudmans ansvarsområde. Behovet av informationsutbyte om en patient är idag störst på det lokala planet – i hemkommunen eller inom det egna landstinget. Även om i princip all offentlig hälso- och sjukvård är offentligt finansierad av landsting eller kommun, hindrar nuvarande lagstiftning informationsutbyte mellan olika vårdgivare. Utredningen föreslår att det ska vara tillåtet att utbyta nödvändiga uppgifter om en patient på ett enkelt sätt oavsett hur vården i ett landsting eller kommun är organiserad. Regelverket föreslås i högre utsträckning utgå ifrån individen och dennes behov istället för organisations- och verksamhetsgränser.

Förslaget innebär att det blir tillåtet för offentligt finansierade vårdgivare inom en huvudmans ansvarsområde att utbyta uppgifter om en patient med hjälp av direktåtkomst (oavsett om verksamheten drivs offentligt eller privat). Inom den egna kommunen eller landstinget ska informationen kunna följa patienten på ett enkelt och säkert sätt.

Enligt nuvarande regelverk får åtkomst till uppgifter i system för sammanhållen journalföring endast användas för ändamålen vård och behandling av patienten samt att utfärda intyg. För att vårdgivare i ett sådant samarbete, vilket förslaget innebär, ska kunna följa upp och säkra kvaliteten av sina insatser föreslår utredningen att det ska vara tillåtet att ta del av uppgifter om uppgifterna behövs för att kvalitetssäkra den vård som patienten har fått.

En konsekvens av utredningens förslag om förbättrade möjligheter till direktåtkomst mellan vårdgivare inom en och samma huvudmans ansvarsområde är att tillämpningsområdet för reglerna om sammanhållen journalföring krymper.

För att tillgodose personers behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänst föreslår utredningen att vårdgivare i hälso- och sjukvård och socialtjänst ska kunna välja form för gemensam informationshantering: antingen i form av direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst eller i form av en gemensam vård- och omsorgsjournal. Detta kan gälla verksamheter som bedrivs integrerat mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst t ex ungdomsmottagningar eller särskilda boenden för äldre.

Ändrade spärrmöjligheter för patienterna

Utredningen föreslår att precis som i nuvarande lagstiftning ska en patient ha rätt att begränsa elektronisk åtkomst eller direktåtkomst till hans eller hennes vårddokumentation inom och mellan vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård inom en huvudmans ansvarsområde. Patienten föreslås få spärra åtkomst mot de enheter eller vårdgivare som på grund av patientens aktuella behov av vård inte kan antas behöva tillgång till dokumentationen, vilket är en begränsning jämfört med nuvarande

N/A

lagstiftning. Utredningen föreslår även att patienters rätt att spärra läkemedelsordinationer och varningsinformation tas bort.

Sammanhållen journalföring och undantag för personer med nedsatt beslutsförmåga

Vid sammanhållen journalföring (ex NPÖ) har patienten, som vid nuvarande lagstiftning, rätt till att motsätta sig sådant informationsutbyte. Utredningen föreslår dock två undantag: uppgifter om ordinerade läkemedel och uppgifter om varning (ex överkänslighet) som innebär fara för patientens liv och hälsa, ska inte kunna spärras.

I nuvarande lagstiftning gällande sammanhållen journalföring saknas bestämmelser om hur personer som inte endast tillfälligt saknar beslutsförmåga ska kunna dra nytta av en sådan informationsdelning. En person med nedsatt beslutsförmåga kan varken informeras om sammanhållen journalföring eller ta ställning till om vårddokumentation ska få delas. Utredningen föreslår därför ett undantag i hälso- och sjukvårdsdatalagen som innebär att vårdgivare, under vissa förutsättningar, kan göra personuppgifter tillgängliga i system för sammanhållen journalföring även om patienten inte kan ta emot information och ta ställning. Konsekvensen blir att det blir möjligt att ta del av uppgifter genom sammanhållen journalföring även i samband med vård och behandling av en person som har nedsatt beslutsförmåga.

Individens tillgång till uppgifter om sig själv

Utredningens utgångspunkt är att deras förslag ska stimulera till en utveckling av flera e-tjänster som kan öka servicen och tillgängligheten gentemot medborgarna samt stärka individens möjlighet inflytande och delaktighet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Redan idag får en vårdgivare ge direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Utredningen föreslår åtgärder som ger samma möjlighet inom socialtjänsten. Det föreslås också att individen även ska få medges direktåtkomst till dokumentation om den åtkomst som förekommit (loggar).

Utredningen anser vidare att den bestämmelse om sekretess mot patienten själv som finns i Offentlighet- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen som i vissa fall medför att sekretess eller tystnadsplikt kan bedömas föreligga även mot individen själv, tas bort, då detta inte är förenligt med ett tidsenligt förhållande mellan hälso- och sjukvården och patienten. Den nya Hälso- och sjukvårdsdatalagen och socialtjänstdatalagen bör innehålla bestämmelser som uttryckligen medger att individen kan förfoga över sin direktåtkomst, det ska vara möjligt för individen att låta någon annan ex. anhörig att ta del av aktuella och korrekta uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

Förtydligat ansvar för hantering av personuppgifter och informationssäkerhetsfrågor inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Utredningen föreslår att den nya lagen ska innehålla flera bestämmelser om ansvaret för en säker och ändamålsenlig hantering av personuppgifter. En vårdgivare är ytterst ansvarig för informationshanteringen och för verksamheten som helhet. Uppgifterna ska hanteras på ett sådant sätt att de är tillgängliga för de som behöver uppgifterna i sitt arbete. Detta arbete ska ske systematiskt och innefattar exempelvis väl utarbetade skydd mot avbrott i system, reservplaner och robusta rutiner för tilldelning av behörigheter.

N/A

Det ska också uttryckas ett ansvar för att uppgifterna hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem. Det ska finnas tydliga krav på behörighetsstyrning och åtkomstkontroll. Behörigheter ska vara begränsade och anpassade till vad som behövs för att en god och säker hälso- och sjukvård kan utföras.

I nuvarande regelverk saknas uttryckliga krav som anger hur vårdgivare inom hälso- och sjukvård (eller utförare i socialtjänst) som samverkar kring behandling av känsliga personuppgifter ska agera tillsammans för att tillse att uppgifterna skyddas. Utredningen anser att det är viktigt att ett gemensamt ansvar tas för informationssäkerheten och skyddet för personuppgifterna. Utredningen föreslår att aktörer inom hälso- och sjukvård (eller socialtjänst) som medger varandra direktåtkomst eller samarbetar vid behandling av personuppgifter ska göra en risk- och sårbarhetsanalys och komma överens om hur ansvaret ska tillgodoses och fördelas avseende tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder.

I båda lagarna ska uttryckas ett ansvar för att den som bedriver verksamheten ska se till att informationssystemen som innehåller personuppgifter är lätta att använda, stödjer arbetet, underlättar för att utveckla verksamhetens kvalitet och underlättar samverkan och utbyte av uppgifter. De ska också vara utformade på ett sådant sätt att den enskildas integritetsskydd tillgodoses.

Tillåtna ändamål för behandling av personuppgifter

Nuvarande tillåtna ändamål för behandling av personuppgifter enligt 2 kap 4 och 5 §§ överförs till hälso- och sjukvårdsdatalagen och ytterligare ändamål föreslås tillföras hälso- och sjukvårdsdatalagen.

Utredningen bedömer att det finns skäl att tydliggöra att personuppgiftsbehandlingen är tillåten även om det inte handlar om att fullgöra journalföringsplikt eller liknande, utan om att använda uppgifter i och för vården av en patient. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att det i Hälso- och sjukvårdsdatalagen ska anges att personuppgifter får behandlas om det behövs för att förebygga, utreda, eller behandla sjukdomar och skador hos patienter. Förslaget ska endast betraktas som ett förtydligande.

Vidare föreslår utredningen att personuppgifter som har samlats in i syfte att behandlas för särskilda, uttryckliga ändamål (jfr 9 § 1 st c PUL) får behandlas även för andra, nya ändamål, om dessa inte är oförenliga med de ursprungliga ändamålen. Denna princip hindrar inte att personuppgifter får användas för historiska, statistiska och vetenskapliga ändamål, eftersom sådana ändamål inte anses vara oförenliga med de ursprungliga insamlingsändamålen.

Håkan Gadd, Centrumchef
Centrum Barn Kvinna Psykiatri
Tfn: 063-153521
E-post: hakan.gadd@jll.se

2014-10-23

Dnr LS/1233/2014
S2014/6136/FS

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård Ds 2014:28

Jämtlands läns landsting (JLL) har getts möjlighet att lämna synpunkter i ovan rubricerade ärende.

Jämtlands läns landsting delar förslaget om att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete som syftar till att minska tvångsåtgärder. Landstinget vill dock framhålla några kommentarer till innehållet. Generellt hade promemorian för framställningens skull tjänat på en problematisering grundad i fakta varför det är nödvändigt med en lagändring som syftar till att minska tvångsåtgärder. Då skulle övriga förslag förstås bättre i ljuset av en presentation av problemets omfattning.

I promemorian på sid 52 framhålls: "Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan ge anledning till. Detta gäller även inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård." I den nya Patientlagen gäller inte detta förutsättningslöst utan endast om den föreslagna behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. I nuvarande skrivning framstår det som om remitterande landsting tvingas genomföra alla resultat av en förnyad bedömning.

I promemorian framhålls att minska behovet av tvångsåtgärder medför inga nya kostnader för landstingen. Under några år har staten via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kanaliserat tillfälliga medel för förbättringsarbete i heldygnsvården. Ska landstingen kunna bedriva ett systematiskt förbättringsarbete i slutenvården så kommer det få ekonomiska konsekvenser. Det kommer att behövas vikarier för att frigöra ordinarie personal vid utbildning mm. Ska kvalitetsarbetet ge resultat behöver det omfatta all personal då det också inbegriper värdegrundsarbete och det är ett arbete som måste vara kontinuerligt återkommande liksom genomförande av andra åtgärder. Lagändringen kommer definitivt få ekonomiska konsekvenser.

Övriga förslag i promemorian delar Jämtlands läns landsting och har inga kommentarer till.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

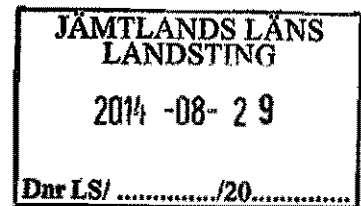
Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör



Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård



Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård Ds 2014:28

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Kamrarrätten i Göteborg
4. Förvaltningsrätten i Göteborg
5. Förvaltningsrätten i Uppsala
6. Förvaltningsrätten i Växjö
7. Förvaltningsrätten i Malmö
8. Domstolsverket
9. Barnombudsmannen
10. Rikspolisstyrelsen
11. Kriminalvården
12. Rättsmedicinalverket
13. E-hälsomyndigheten
14. Socialstyrelsen
15. Statens institutionsstyrelse
16. Inspektionen för vård och omsorg
17. Båstads kommun
18. Faluns kommun
19. Gotlands kommun
20. Gullspåns kommun
21. Götene kommun
22. Haninge kommun
23. Kramfors kommun
24. Lerums kommun
25. Lomma kommun
26. Ludvika kommun
27. Lycksele kommun
28. Mariestads kommun
29. Nässjö kommun

30. Orsa kommun
31. Orust kommun
32. Robertsfors kommun
33. Sundbybergs kommun
34. Svenljunga kommun
35. Säffle kommun
36. Tierps kommun
37. Timrå kommun
38. Torshöj kommun
39. Tranemo kommun
40. Trosa kommun
41. Vadstena kommun
42. Vilhelmina kommun
43. Vimmerby kommun
44. Åre kommun
45. Ödeshög kommun
46. Blekinge läns landsting
47. Dalarnas läns landsting
48. Gävleborgs läns landsting
49. Hallands läns landsting
50. Jämtlands läns landsting
51. Jönköpings läns landsting
52. Kalmar läns landsting
53. Kronobergs läns landsting
54. Norrbottens läns landsting
55. Skåne läns landsting
56. Stockholms läns landsting
57. Södermanlands läns landsting
58. Uppsala läns landsting
59. Värmlands läns landsting
60. Västerbotten läns landsting
61. Västernorrlands läns landsting
62. Västmanlands läns landsting
63. Västra Götalands läns landsting
64. Örebro läns landsting
65. Östergötlands läns landsting
66. Sveriges Kommuner och Landsting
67. Vårdförbundet
68. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
69. Svenska Läkaresällskapet (SLS)
70. Svenska Läkarförbundet
71. Sveriges psykologförbund
72. Svensk Kuratorsförening
73. Svenska psykiatriska föreningen
74. Svenska rättspsykiatriska föreningen
75. Sveriges Advokatsamfund
76. Svenska kommunalarbetsförbundet
77. Akademikerförbundet SSR

- 78. Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO)
- 79. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
- 80. Rädda barnen
- 81. Barnens rätt i samhället (BRIS)
- 82. Regelrådet
- 83. NOBAB

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet senast den 1 december 2014. Vi ser helst att ni skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se. I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2014/6136/FS åberopas.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

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

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

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



Olivia Wigzell
Departementsråd

Kopia till
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@jll.se

2014-10-06

LS/1233/2014

Sammanfattning av remiss Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28)

[Länk till Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård Ds 2014:28](#)

Promemorians huvudsakliga innehåll

I promemorian lämnas en rad förslag för att stärka patientsäkerheten och rättssäkerheten för den som vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

För att understryka vikten av ett fortgående arbete med att minska användningen av tvångsåtgärder inom ramen för tvångsvården föreslås att det i respektive tvångslag ska införas en kompletterande bestämmelse som tydliggör att det kvalitetssäkringsarbete som vårdgivare är ålagda enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder. Därmed ges naturliga förutsättningar för vårdgivarna att implementera goda erfarenheter från det nationella genombrottsprojektet Bättre vård – mindre tvång i det ordinarie kvalitetsarbetet.

I promemorian föreslås också att patientens delaktighet i vården ska stärkas bl.a. genom att det i lagen uttryckligen ska framgå att patienten ska medverka vid upprättandet av den samordnade vårdplan som ska upprättas inför ansökan eller anmälan om öppen tvångsvård. Detta är redan förutsatt i lagens förarbeten men har inte kommit till uttryck i den aktuella bestämmelsen. Vid ansökan om fortsatt öppen tvångsvård föreslås uppföljningen av den samordnade vårdplanen även innehålla en redogörelse för patientens inställning till de insatser och villkor som framgår av vårdplanen.

Bestämmelsen i 17 § LPT, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt LRV, föreslås förtydligas att chefsöverläkaren, om det är nödvändigt, får ge behandling utan samtycke.

I fråga om de tvångsåtgärder som under särskilda förutsättningar får vidtas inom ramen för den slutna tvångsvården föreslås en del förändringar och förtydliganden. I en ny bestämmelse föreslås chefsöverläkaren få en skyldighet att erbjuda patienten ett uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsåtgärd. Att samtal ska genomföras framgår redan av rutinerna på många kliniker. Samtalen anses dock vara av sådan vikt för patienten att det bör framgå av lagen att så ska ske.

Det lämnas också förslag på att tvångsåtgärder som rör barn endast får vidtas om det är förenligt med barnets bästa. Syftet är att säkerställa att beslut om tvångsåtgärder mot barn alltid föregås av en analys av vilka konsekvenser det får för barnet utifrån hans eller hennes förutsättningar och behov.

Beträffande fastspänning görs vissa förtydliganden i 19 § LPT bl.a. vad avser hur lång tid fastspänning får ske och när underrättelse ska göras till Inspektionen för vård och omsorg. Det införs också en uttrycklig möjlighet att använda s.k. mobilt bälte som ett alternativ till fasthållning.

I nuvarande bestämmelse som reglerar i vilka fall och under vilka förutsättningar avskiljning kan ske (20 § LPT), görs vissa redaktionella ändringar i förtydligande syfte, bl.a. att ett avskiljningsbeslut inte kan vara längre än åtta timmar enligt huvudregeln. Finns synnerliga skäl kan beslutet förlängas, genom ett nytt beslut, med högst åtta timmar.

Särskilda begränsningar föreslås också beträffande fastspänning och avskiljning om åtgärden rör barn.

I en ny bestämmelse föreslås att det ska regleras att i yttersta undantagsfall kan beslutas om långtidsavskiljning, högst fyra veckor i taget. Denna bestämmelse är avsedd att kunna tillämpas för en mycket begränsad patientgrupp som på grund av extrem farlighet utgör en allvarlig fara för annan. Eftersom det är fråga om en ytterst ingripande åtgärd föreslås den omgärdas med särskilda kontrollåtgärder. Chefsöverläkaren ska göra en anmälan om stödperson till patientnämnden vid ett beslut om långtidsavskiljning. Inspektionen för vård och omsorg ska genom tillsyn särskilt kontrollera tillämpningen av bestämmelsen och vårdgivaren ska se till att det görs en förnyad medicinsk bedömning inför ett beslut om långtidsavskiljning och om en sådan pågått i sex månader. Patienten föreslås också kunna överklaga ett beslut om långtidsavskiljning till förvaltningsrätten.

Författningsförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

Avdelningen för regler och behörighet
Katrín Westlund
katrin.westlund@socialstyrelsen.se

Enligt sändlista

Remiss – upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:2) om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen översänder härmed förslag till upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:2) om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso- och sjukvården.

Synpunkter på upphävandet och konsekvensutredningen ska ha inkommit till Socialstyrelsen **senast den 21 november 2014**.

Remissvaret skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Kontaktperson: Katrin Westlund, tel: 075- 247 3520

Bilagor:

1. Socialstyrelsens förslag till kungörelse om upphävande
2. Konsekvensutredning
3. Sändlista

Erik Höglund
Avdelningschef

Katrín Westlund
Jurist

Sändlista

1. Inspektionen för vård och omsorg
2. Jämtlands Läns landsting
3. Landstinget Dalarna
4. Landstinget Halland
5. Landstinget i Kalmar Län
6. Landstinget Sörmland
7. Landstinget i Uppsala Län
8. Landstinget Värmland
9. Landstinget Västernorrland
10. Region Skåne
11. Stockholms Läns landsting
12. Västerbottens Läns landsting
13. Alingsås kommun
14. Göteborgs kommun
15. Örnsköldsviks kommun
16. Sveriges kommuner och landsting
17. Svenska Läkaresällskapet
18. Sveriges Läkarförbund
19. Vårdföretagarna
20. Praktikertjänst
21. Aleris
22. Capio
23. Inera

Avdelningen för regler och behörighet
Katrín Westlund
katrin.westlund@socialstyrelsen.se

Enligt sändlista

Konsekvensutredning – upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:2) om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso- och sjukvården

Problemet och dess lösning

Socialstyrelsen planerar att fatta beslut om att Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:2) om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso- och sjukvården ska upphöra att gälla.

De allmänna råden som utfärdades år 1992 innehåller rekommendationer om rutiner för identitetskontroll. Av 3 kap. 6 § 1 patientdatalagen (2008:355) följer att en patientjournal ska innehålla uppgift om patientens identitet, om uppgiften finns tillgänglig. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställer upp generella krav på att det ska finnas ett ledningssystem som innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 § och 4 kap. 1–4 §§). Enligt 3 kap. 4 § 1 Socialstyrelsens föreskrifter (2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården ska rutinerna för dokumentation av patientuppgifterna säkerställa att dokumentationen förses med en entydig personidentifikation. Vidare anges i 3 kap. 5 § SOSFS 2008:14 att rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att det är möjligt att föra patientjournal även när en patients identitet inte kan fastställas, när en patient saknar svenskt personnummer, eller när en patient har skyddade personuppgifter.

Råden består också av annat än vad som enligt 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725) är allmänna råd, d.v.s. generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende. Delar av texten är snarare information än rekommendationer om tillämpning av en författning. Socialstyrelsen har publicerat en handbok till SOSFS 2008:14, Handbok om informationshantering och journalföring. I handboken finns sådan information och vägledning med exempel på hur man kan gå tillväga vid identitetskontroll och som inte utgör allmänna råd enligt författningssamlingsförordningen.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att nu gällande föreskrifter och handbok på området innebär att det inte längre finns något behov av de allmänna råden.

Alternativa lösningar

Mot bakgrund av att det finns bindande regler som reglerar stora delar av det som rekommenderas i de allmänna råden finns inga alternativ till att de allmänna råden upphävs. De eventuella behov av vägledning som finns bedöms vara tillgodosett genom den handbok som nämnts ovan.

Berörda

Samtliga vårdgivare berörs av att de allmänna råden upphör att gälla.

Kostnader och andra konsekvenser

Inga kostnader bedöms uppkomma med anledning av att de allmänna råden upphör att gälla. Inte heller i övrigt bedöms upphävandet medföra några konsekvenser eftersom behov av styrning och vägledning är tillgodosett så som tidigare beskrivits.

Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Upphävandet bedöms inte ha någon betydelse för de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU.

Informationsinsatser

Några speciella informationsinsatser bedöms inte behövas.

Kontaktperson

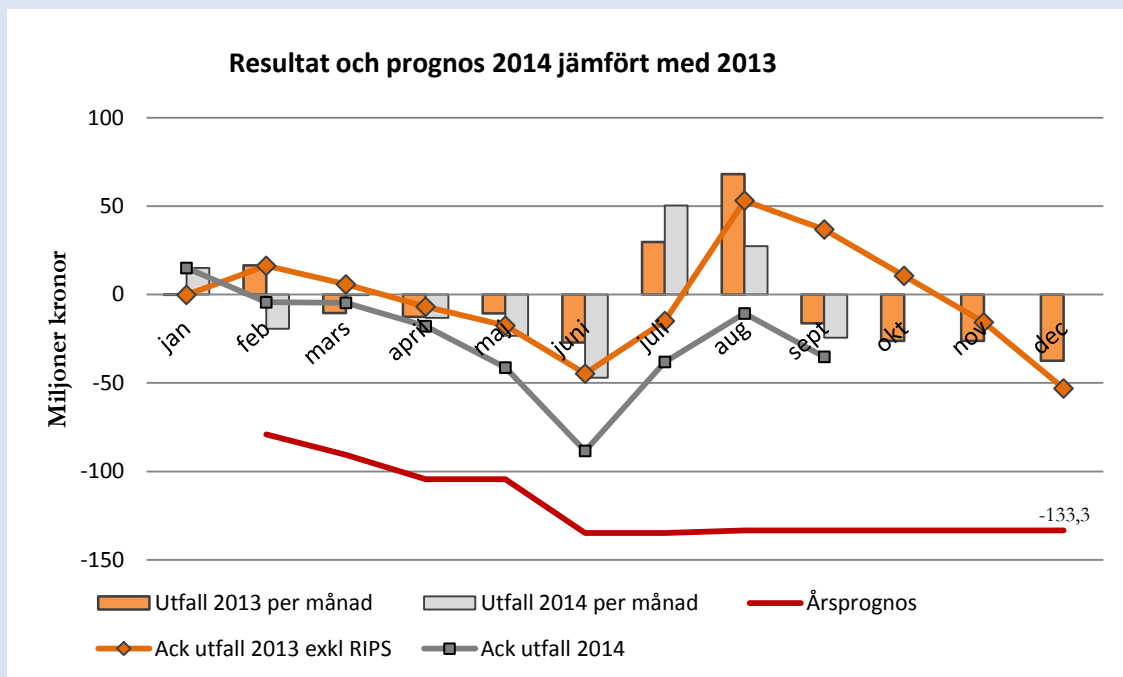
Katrin Westlund, jurist, Avdelningen för regler och behörighet, Enheten för socialjuridik

075 – 247 30 00 (växel)

katrin.westlund@socialstyrelsen.se

Månadsrapport för Jämtlands läns landsting

September 2014



Jämtland Sverigebäst inom två områden

Jämtlands läns landsting har de kortaste ledtiderna i landet när det gäller datortomografi för buk. Det är stora skillnader mellan landstingen och vid den senaste mätningen var det sex veckor längre ledtid i Örebro jämfört med i Jämtland. Jämtlands läns landsting ligger även bra till när det gäller ledtider för ultraljud hjärta och för EEG.

Även i den nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner som gjordes i våras var Jämtland bäst i landet. Trenden över tid är klart positiv. Sedan de nationella mätningarna inleddes hösten 2008 har vårdrelaterade infektioner vid Östersunds sjukhus minskat från 13 till 4,6 procent. Genomsnittet för landstingets egna månadmätningar under 2014 är 6,8 procent och landstinget närmar sig sakta målet på högst 6 procent.

Väntetiderna till besök eller behandling når inte upp till målen för kömiljarden även om antalet väntande har minskat jämfört med augusti.

Återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre, ska minska. För att få del av statliga stulansmedel ska resultatet för oplanerad återinskrivning vara lägre än 2013 för fyra av sex månader under perioden mars-augusti. Jämtland kommer inte att lyckas med detta och ligger kvar på ungefär samma nivå som i augusti. Även sjukfrånvaron ligger kvar på samma nivå som förra månaden.

Landstinget ekonomi är fortsatt bekymmersam och har försämrats med 25 miljoner sedan augusti. Det är framförallt för köpt vård och personal som kostnaderna ökat mer än budgeterat.

Prognosen för helår ligger på minus 128,9 miljoner kronor vilket är en förbättring jämfört med augustiprognosen. Arbetet med den långsiktiga utvecklingsplanen för en ekonomi i balans pågår för fullt.

Björn Eriksson

Landstingsdirektör

Tillgänglighet

Vårdgarantin

Landstinget klarar inte 100 procent målpuppfyllelse

Tillgänglighetsgarantin 0:an - Utfall för landstingsdriven primärvård är i genomsnitt 76 procent. Stor variationen mellan hälsocentralernas telefontillgänglighet, från 56 till 100 procent.

Besöksgarantin 7:an - Utfall för september är i genomsnitt 86 procent, med en variation från 76 till 99 procent.

Besöksgarantin 90 dagar – Utfall 73 procent, vilket är samma resultat som för augusti. Psykiatri, Rehab/Reuma/Smärt och Öron/Näsa/hals klarar 97 procent. Lägst ligger Ortopedi med 51 procent.

Behandlingsgarantin, 90 dagar – Utfall 75 procent, vilket är en förbättring med 3 procentenheter sedan augusti. Bäst utfall har Kvinnosjukvården med 98 procent och lägst Ögon med 63 procent.

Faktisk väntetid för barn och unga med psykisk ohälsa

I september har 92 procent fått en första bedömning inom 30 dagar. Målvärdet på minst 90 procent är alltså uppfyllt. 98 procent av alla patienter har fått fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Målvärdet på minst 80 procent är därmed uppfyllt.

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning

Målet är att minst 80 procent av patienterna ska vara klara inom 4 timmar. Utfallet för september är 59 procent (män 60 och kvinnor 57 procent). Detta är en försämring med 7 procentenheter jämfört med augusti. I den dagliga uppföljning som nu sker på akutmottagningen ses en stor variationen mellan kliniker och dagar i hur stor andel patienter som är klara inom 4 timmar.

Nyinrättad funktion med transportörer har positiv påverkan på flödet genom akutmottagningen då vårdpersonalen finns på plats i större utsträckning. De försämrade siffrorna efter sommaren kan bero på en ökad inströmning av patienter

Kömiljarden

Grundkravet för ersättning är 70 procent för både väntande och genomförda besök/behandlingar. I september klarades inte grundkravet för väntande till första besök och till behandling. I och med det får landstinget inte del av det nationella stimulansmedlet för september månad.

Väntande till första besök 58 %, genomförda besök 54 %

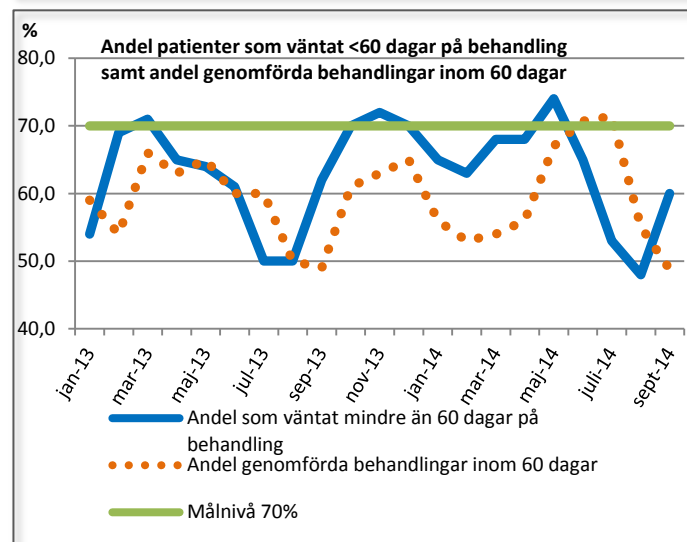
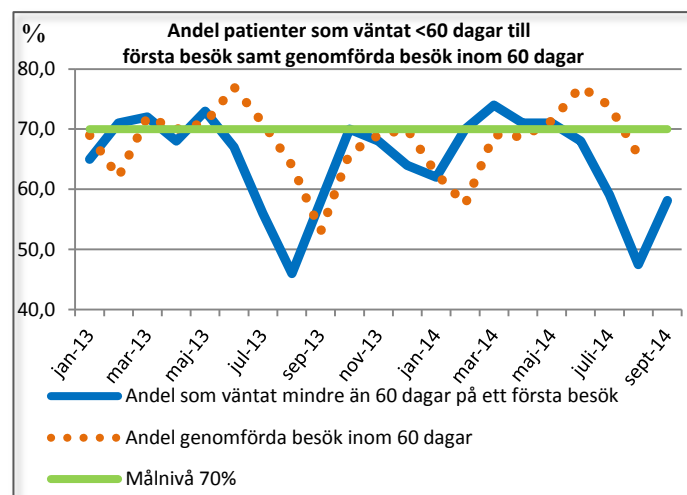
Väntande till behandling 60 %, genomförda behandlingar 49 %

Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mar	apr	maj	juni
1:a besök	1 114	862	758	775	730	895
Behandl.	551	582	518	355	326	489
Månad	juli	aug	sept	okt	nov	dec
1:a besök	1208	1559	1152			
Behandl.	730	828	600			

Hälsocentral utfall september	0:an	7:an
Närvård Frostviken*	100	88
Fjällhälsan*	100	77
Föllinge	97	99
Åre	96	98
Backe	94	97
Järpens	92	98
Hallen	92	80
Hälsorum Offerdal*	91	86
Lit	91	83
Funäsdalen	89	97
Lugnvik	89	90
Kålarne	87	88
Svenstavik	83	76
Strömsund	83	88
Nya Närvården*	82	97
Bräcke	81	78
Sveg	81	80
Myrviken	80	84
Z-gränd	76	79
Hammarstrand	75	78
Brunflo	75	81
Krokom	75	77
Frösö	68	74
Odensala	56	85

*= privata utförare

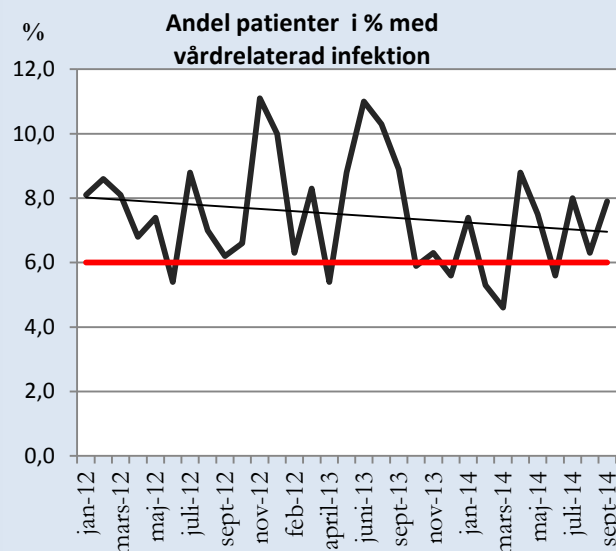


Vårdrelaterade infektioner (VRI)

I genomsnitt 6,8 procent av inlaggande patienter har under året haft en vårdrelaterad infektion, mätt vid punktprevalensmätningar.

Vid den nationella mätningen av vårdrelaterade infektioner som gjordes i våras var Jämtland bäst i landet med 4,6 procent. Sedan hösten 2008 har de vårdrelaterade infektionerna i landstinget successivt minskat.

Vid mätningen i september hade 7,9 procent av inlaggande patienter en vårdrelaterad infektion (20 av 254), varav 7,1 procent av männen (8 av 112) och 8,5 procent av kvinnorna (12 av 142).

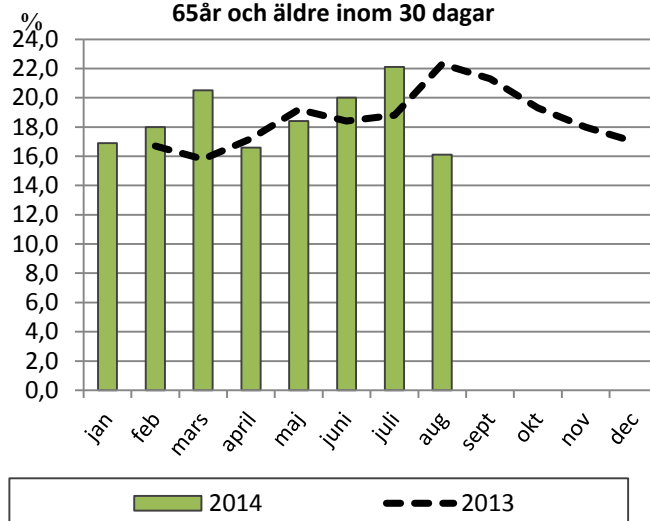


Återinskrivning inom 30 dagar

Återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre, ska minska. För att få del av statliga stölpensmedel ska resultatet för oplanerad återinskrivning vara lägre än 2013 för fyra av sex månader under perioden mars-augusti. Jämtland har inte lyckats med detta. Månaderna april, maj och augusti har ett utfall som är lägre än motsvarande månad föregående år. Resultatet har varit svårt att förbättra varför en särskild aktivitetsplan är framtagen.

I det övre diagrammet ses utfall för enbart den oplanerade återinskrivningen. Data är hämtat från www.kvalitetsportal.se vilket är den officiella hemsidan för alla statsbidrag kopplade till ”Bättre liv för sjuka äldre” satsningen. I dagsläget kan vi inte bryta ned dessa data per vårdenhet eller per kön. Utfallet i procent är generellt lite lägre när man endast räknar med oplanerad återinskrivning, men mindre än 1-procentenhet.

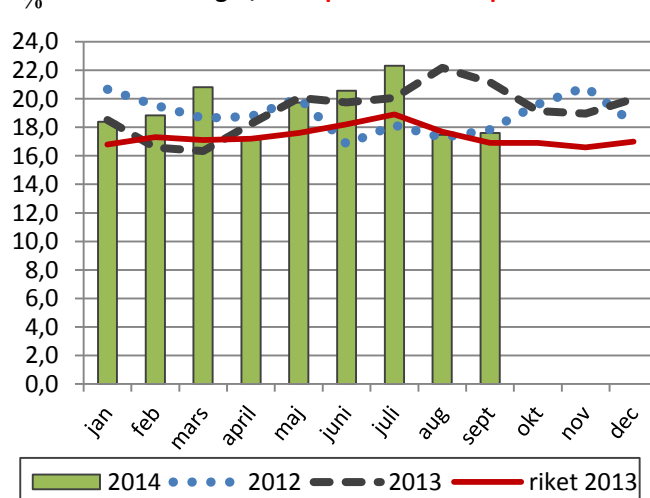
Andel OPLANERAD återinskrivning, patienter 65år och äldre inom 30 dagar



I det nedre diagrammet ses både planerad och oplanerad återinskrivning. Under januari – september har i genomsnitt 19,2 % av patienterna återinskrivits inom 30 dagar. 17,1 % (583 vårdtillfällen) av kvinnorna och 21,3 % (735 vårdtillfällen) av männen.

Inom främst kirurgi och gynekologi påverkas resultatet av att cancerpatienter helt enligt planering återinskrivs. Inom medicinska specialiteter ringer en sjuksköterska upp utskrivna patienter inom 72 timmar efter utskrivning. På avdelningarna har införandet av personlig läkemedelsberättelse påbörjats, i syfte att förtydliga medicinändringar som gjorts och därmed få en tryggare hemgång. Utskrivningsmeddelande ingår i daglig styrning inom medicinska specialiteter.

Andel återinskrivning, patienter 65år och äldre inom 30 dagar, både planerad och oplanerad



Undvikbar slutenvård, 65 år och äldre

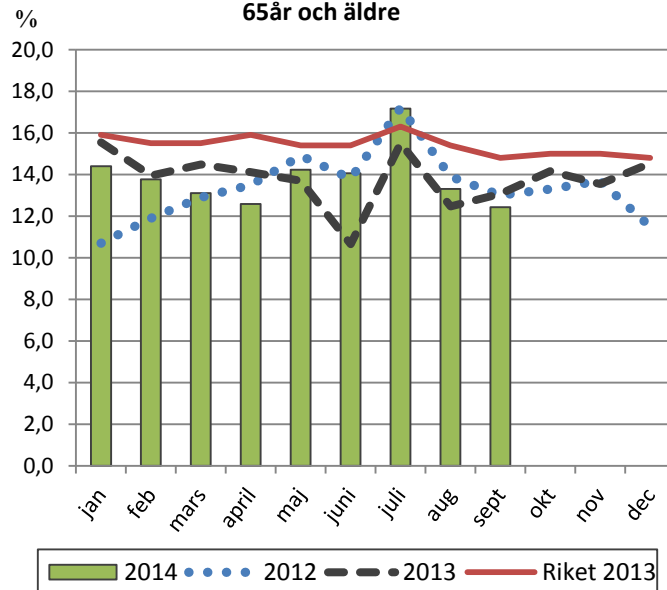
Måttet innehåller ett antal diagnoser. Patienter med dessa diagnoser ska i normalfallet få sina vårdbehov tillgodosedda inom primärvården.

Under januari – september vårdades 13,9% av patienterna (943st) för någon diagnos tillhörande mätetalet undvikbar slutenvård, varav kvinnor 13,9 % och män 13,9 %.

Under september månad har inte Centrum barn, kvinna och psykiatri vårdat någon patient för någon av diagnoserna tillhörande undvikbar slutenvård. Inom Centrum för opererande specialiteter är det främst kirurgi som haft vårdtillfällen för ”undvikbar slutenvård” (86 st) vilket är 4,6%. Utfallet för Centrum för medicinska specialiteter ligger efter juni på 22,7 %, vilket är något lite högre än föregående år.

Resultatet är användbart på landstingsnivå som en indikator på hur samarbetet fungerar mellan specialiserad vård, primärvård och kommunal vård. På klinikinivå kan dock mätetalet ”undvikbar slutenvård” vara komplicerat att förhålla sig till då det ofta rör sig om få patienter. Åtgärder att minska den undvikbara slutenvården sammanfaller delvis med åtgärderna för att förbättra indikatorn Återinläggningar inom 30 dagar.

Andel undvikbar slutenvård för patienter
65år och äldre



Utförd tid

(Utförd tid rullande visar tiden augusti 2013 – juli 2014.
Uppföljningen har eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

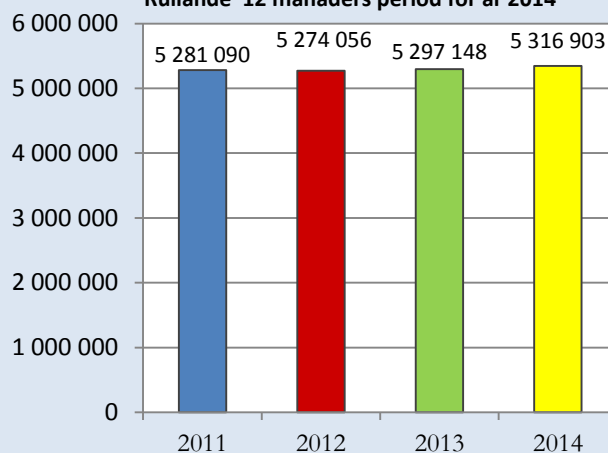
Jämförelser mellan åren:

Mellan år 2011 och 2012 ökade den arbetade tiden motsvarande 19 årsarbetare, när timmarna justerats för antalet arbetsdagar.

Mellan år 2012 och 2013 ökade den arbetade tiden motsvarande 26 årsarbetare, när timmarna justerats för antalet arbetsdagar.

Jämförelser mellan rullande 12 månader d v s 2014 i tabellen och 2013 visar på en ökning av utförd tid motsvarande 28 årsarbetare.

Utförd tid i timmar . Helår 2011, 2012, 2013
Rullande 12 månaders period för år 2014



Nyttjande av bemanningsföretag Läkare

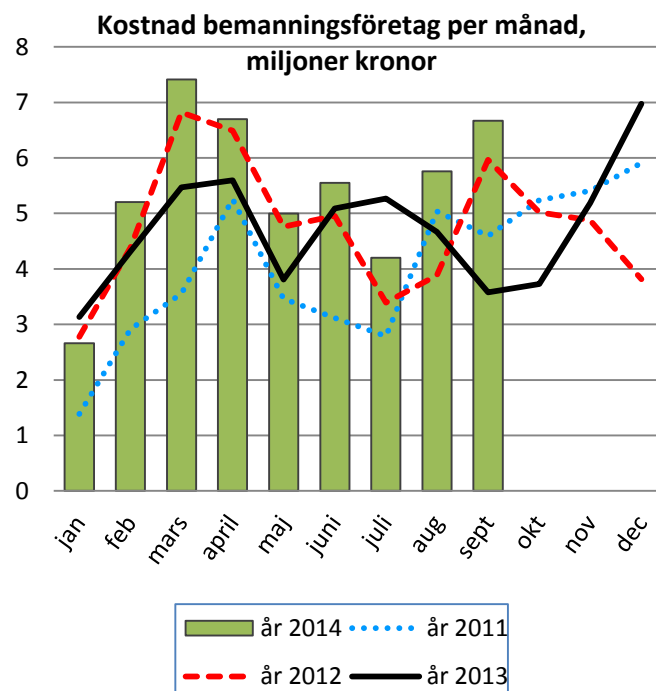
Kostnaderna för bemanningsföretag är till och med september 8,0 miljoner högre än föregående år.

Den största ökningen ligger hos Centrum för primärvård där kostnaden har ökat med 6,6 miljoner. Då primärvården samma tid sänkt kostnaderna för arvodesläkare med 3 miljoner kronor är den totala kostnadsökningen 3,6 miljoner kronor.

Kostnadsökningen är störst inom Östersunds närvårdsområde (främst Brunflo HC) och minskningen är störst inom Strömsunds närvårdsområde. Centrumet arbetar aktivt med att minska kostnader för bemanningsföretag, men dras fortfarande med eftersläpningar av ”stafettstoppet” sommaren 2013. Primärvårdens vakansutrymme för läkare var januari-september 11,4 mkr (utfall jämfört med budget) medan kostnaden för bemanningsföretag och arvodesanställda var 29,2 mkr. Ett överskridande med 17,8 mkr.

Inom centrum för Barn Kvinna Psykiatri planerar Barn och ungdomspsykiatri sex stafettveckor under hösten. Av 3 överläkartjänster saknas 1,5 och av 2 läkare saknas 1,5. Vid Barn och ungdomshabiliteringen saknas 1 överläkare av 3 under hela året och 2-3 stafettveckor planeras. Område kvinna planerar 46 stafettläkarveckor för hela året. Område Psykiatri har 5,4 vakanta överläkartjänster. Under september har behovet av stafetter minskat.

Stafettläkarkostnad per centrum (mkr)	Jan-sept 2013	Jan-sept 2014	Förändring
Opererande specialiteter	3,6	2,6	-1,0
Medicinska specialiteter	4,2	4,0	-0,2
Barn Kvinna Psykiatri	9,4	12,0	+2,6
Primärvård	20,5	27,1	+6,6
Diagnostik, teknik, service	3,0	2,9	-0,1
Ledning och verksamhetsstöd	0,3	0,4	+0,1
Totalt	41,0	49,0	8,0



Nyttjande av bemanningsföretag Sjuksköterskor

Under april till september har bemanningsföretag för sjuksköterskor nyttjats för 3,2 miljoner kronor.

Anlitande av bemanningsföretag för sjuksköterskor av den här omfattningen är en ny situation för landstinget. Skälen är främst svårigheter med att rekrytera och plötslig frånvaro som måste täckas.

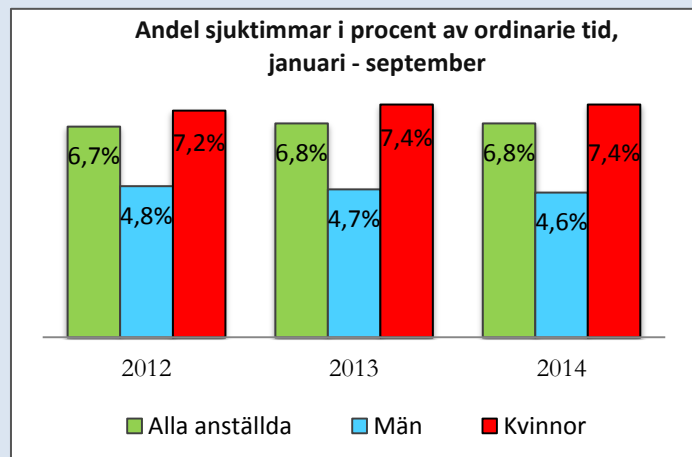
Centrum för medicinska specialiteter står för 60 % av kostnaden. Övriga centrum som anlitat bemanningsföretag är Centrum barn, kvinna, psykiatri, Centrum för opererande specialiteter och Centrum för primärvård

Sjuksköterskor (mkr)	år 2014 april-september
Bemanningsföretag	3,2

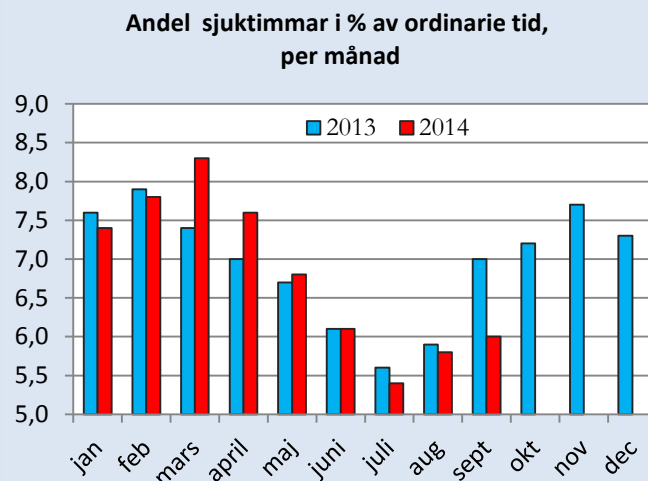
Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron ligger kvar på samma nivå som motsvarande period förra året.

Förändring som har skett är att antalet sjukskrivna ökat i intervallen 1 dag, 2-14 dagar och över 181 dagar medan det skett minskningar i övriga intervaller.



Om man ser per månad och jämför med 2013 så har sjukfrånvaron minskat under januari och är lika i februari. Men under mars och april ökade framförallt korttidsfrånvaron för både kvinnor och män för att minska igen under maj. Under juni är sjukfrånvaron åter på samma nivå som föregående år. Juli, augusti och september fortsätter sjukfrånvaron att minska i jämförelse med tidigare år både för kvinnor och män.



Ekonomiskt utfall och prognos helår

Utfall per centrum/verksamhet (miljoner kronor)	Resultat jan-sep 2014	Prognos helår 2014	Resultat föreg år jan-sep 2013 exkl RIPS
Motsedda (exkl sänkt RIPS-ränta)	21,5	8,3	35,5
Centrum lednings o verksamhetsstöd	12,1	9,2	17,9
Centrum diagnostik, teknik, service	11,0	1,0	10,0
Politisk organisation	1,6	0,0	1,3
Revision	0,3	0,0	0,3
Patientnämnd	0,1	0,0	0,3
Centrum folktandvård	2,5	0,0	-1,4
Centrum barn, kvinna, psykiatri	-13,4	-8,2	-0,3
Landstingsövergripande verksamhet	-5,6	-19,3	-1,5
Centrum primärvård	-15,7	-23,0	-11,6
Centrum medicinska spec.	-40,3	-60,0	-19,8
Centrum opererande spec.	-52,4	-65,3	-19,6
Totalt JLL förvaltning	-78,4	-157,2	11,2
Finansiering	43,2	28,3	25,5
Resultat	-35,2	-128,9	36,8

Kommentar till prognosavvikelse:

Prognosen för helår har sedan augustibokslutet förbättrats med 4,5 miljoner kronor till -128,9 miljoner. Förbättringen återfinns främst inom centrum för medicinska specialiteter men även inom Ledningsstaberna.

- Motsedda utgifter prognostiserar överskott med 8,3 miljoner kronor förutsatt att alla medel som tillförts för inprioriteringar fördelas ut. Sammanlagt uppgår de medlen till 12 miljoner kronor. I prognosen ingår utfall av 2013 års sjukskrivningsmiljard med 10,8 miljoner kronor, ökade kostnader för dyra riks- och regionsjukvårdspatienter med 10 miljoner kronor (totalt 40 miljoner kronor) och dyrare avtal NUS 2,2 miljoner kronor.
- Centrum för lednings- och verksamhetsstöd har en förbättrad prognos. Överskottet finns framförallt inom IT, där framflyttad driftstart av Cosmic sänker årets avskrivningskostnader, Personal och inom Hälso- och sjukvårdsstaben där statliga bidrag och ej nyttjade forskningsanslag bidrar till överskottet.
- Landstingsövergripande kostnader försämrar prognosen med 1,9 miljoner till -19,3 miljoner kronor. Prognostiserat underskott beror främst på ökade kostnader för jämtarnas vård utomlans (-15 miljoner kronor) och underskott i Länstrafiken (-4,1 miljoner kronor).
- Centrum för primärvård lämnar en oförändrad prognos på -23 miljoner kronor. Underskottet förklaras främst av ingående obalans och ökade kostnader för stafettläkare.
- Centrum för medicinska specialiteter förbättrar sin prognos med 5 miljoner kronor till -60 miljoner kronor. Underskottet i verksamheten förklaras främst av ohanterad obalans från tidigare år och ökade kostnader för riks- och regionsjukvård samt personal.
- Centrum för opererande specialiteter lämnar en oförändrad prognos jämfört med augusti. Centrumet uppvisar en produktionsökning inom flertalet enheter och har ökade kostnader för personal och verksamhetsnära kostnader.
- Centrum för Barn Kvinna Psykiatri försämrar prognosen med 1,2 miljoner till -8,2 miljoner kronor. Kostnaderna för Riks- och regionvård inom område Psykiatri och område Barn och Unga vuxna har ökat till följd av fler patienter inom rättspsykiatrisk vård och behandlingshemsplacering. Kostnadsavvikelse i övrigt avser främst personal och medicinsk diagnostik.
- Finansieringen prognostiserar ett överskott på 28,3 miljoner kronor vilket är 0,3 miljoner kronor sämre än augusti men 17,5 miljoner bättre än budget. Överskottet beror i huvudsak på ökade skatteintäkter under året i enlighet med SKLs augustiprogno.

Centrumens månadsrapporter finns att tillgå på landstingets hemsida www.jll.se.

Utvecklingsplan för Kostenheten

Ansvarig: Malin Torma, Jörgen Henriksson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	4
2	INLEDNING	5
2.1	Syfte	5
2.1.1	Initiativvärende	5
2.2	Målgrupp	6
2.3	Område	6
2.3.1	Kostenhetens verksamhet	6
2.3.2	Restaurang- och caféverksamhet	7
3	INRIKTNING OCH MÅL.....	7
3.1	Patientkost.....	7
3.2	Restaurang- och caféverksamhet.....	8
3.3	Målvärden inom 4 år.....	9
4	AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE.....	10
4.1	Nödvändiga åtgärder för säker livsmedelshantering	10
4.1.1	Lokaler och logistik	10
4.1.1	Utrustning.....	11
4.2	Nödvändiga åtgärder för bättre arbetsmiljö	12
4.2.1	Lokaler	12
4.2.2	Utrustning.....	13
4.3	Åtgärder i Restaurang- och caféverksamheterna	13
4.3.1	Restaurang Kajutan	13
4.3.2	Café Entré.....	14
4.3.3	Café Nyfiket	14
5	BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	14
5.1	Lagstiftning	14
5.2	Nutrition	15
5.3	Varmmatssystem.....	15
5.3.1	Cook serve – traditionell varmmatsproduktion	15
5.4	Kallmatssystem	15
5.4.1	Cook chill – kallmatssystem med snabb nedkylning	16
5.4.2	Ångtryckskokning – kallmatssystem, tillagning i mikrovågsugn	16

6	ALTERNATIV	17
6.1	Att fortsätta matproduktionen med bibehållen verksamhet.....	17
6.2	Att införa cook chill.....	18
6.3	Att införa ångtryckskokning i portionslådor.....	19
6.4	Utveckling av restaurang- och caféverksamhet.....	19
7	KOSTNAD/BESPARING	20
7.1	Kostnader	20
7.2	Besparingar.....	20
8	SLUTORD	21
9	BILAGA EKONOMISK KALKYL	23

1 SAMMANFATTNING

För att kunna tillhandahålla en säker patientkost behöver risker i livsmedelshanteringen elimineras både vad gäller livsmedelshygien, livsmedelshantering och näringsinnehåll. Kostenhetens huvudsakliga målgrupp är sjuka patienter med nedsatt immunförsvar. Den största delen är dessutom äldre vilka redan från början är mera infektionskänsliga och löper risk för undernäring. En annan känslig målgrupp är små barn som ännu inte hunnit bygga upp sitt immunförsvar. Därför är det av yttersta vikt att ha en säker livsmedelshantering och god livsmedelshygien. Då många patienter kan ha nedsatt förmåga att äta och dricka samt att aptiten oftast är nedsatt p g a sjukdom och/eller medicinerings är det av yttersta vikt att se till att den mat som serveras är näringsrik, god och aptitlig.

Med dagens långa ledtider, korsande flöden, kontamineringsrisk, långa varmhållningstider som gör att näringsämnen lakas ur samt lokaler och utrustning som inte uppfyller gällande livsmedelslag behöver nuvarande kökslokaler byggas om alternativt ett helt nytt kök byggas. Med ett kök som är anpassat till produktionsmetod och lagkrav, kan verksamheten effektiviseras och livsmedelshanteringen säkerställas. Detta skulle även främja arbetsmiljön med tanke på kostenhetens höga sjuktal. Med en annan produktionsmetod kan måltiderna anpassas till när patienten vill och kan äta vilket påverkar näringsintaget positivt. Det skulle även gynna vårdens flöden genom att måltidstiderna inte begränsar planeringen av medicinska behandlingar och vårdinsatser. Dessutom frigörs hissarna, som idag vid vissa tidpunkter är upptagna av matvagnstransport då distributionen av mat till avdelningarna kan anpassas till andra tider eller ske med en jämnare fördelning över dagen. Med minskat kundunderlag i Restaurang Kajutan behöver även den verksamheten ses över.

De metoder som har undersökts är kallmatssystem. Med cook chill kyls maten ner snabbt direkt efter tillagning. Då nedkylningsprocessen är så snabb och inte kräver varmhållning förloras få näringsämnen. Maten värms i mikrovågsugn på varje avdelning och serveringstiden kan anpassas individuellt till när varje patient är redo att äta. Detta möjliggör även ett större utbud och valfrihet mellan olika rätter vilket kan göra att måltidsupplevelsen upplevs mera positiv. En positiv måltidsupplevelse främjar aptiten, ökad aptit leder till ökat matintag vilket gynnar tillfrisknandet och motverkar undernäring. Med ångtryckskokning förpackas otillagade livsmedel i förslutna lådor som tillagas på varje avdelning i mikrovågsugn under ångtryck precis innan servering. Metoden har samma fördelar som cook chill men är mindre resurskrävande.

För Restaurang Kajutans utveckling vore det fördelaktigt att disponera om ytor så att restaurangen får ett egna produktionsytor och diskrum. Köbildning förhindras om flödet förbättras och restaurangen blir inte beroende av produktionsköket utan kan erbjuda ett annat utökat utbud mera anpassat efter kundernas önskemål. Det går även att erbjuda andra öppettider.

Oavsett vilket mathanteringssystem som väljs måste köket genomgå en rejäl ombyggnad. En ombyggnation av befintliga lokaler innebär att produktionen inte kan pågå i lokalen under byggtiden oavsett ifall man väljer att bygga om eller bygga nytt. För att kunna tillhandahålla en säker patientkost under byggtiden bör ett nytt kök byggas i nya lokaler.

För matlänet Jämtland borde det vara en självklarhet att behålla produktionen av patientkosten i eget kök. Kostenheten förordar därför en anpassning och övergång till cook chill utifrån säkerhet, kvalitet, flexibilitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. Metoden ger dessutom besparingar på ca 7 mkr per år trots att en ombyggnadskostnad för Restaurang Kajutan finns medräknad.

2 INLEDNING

2.1 Syfte

Kostenheten behöver göra stora investeringar inom en snar framtid då merparten av centralkökets maskinpark behöver bytas ut samt att befintliga lokaler är undermåliga vilket gör att kostenheten inte kan uppfylla och efterleva de lagkrav som ställs på verksamheten utan att äventyra patientsäkerheten. Detta innebär att enheten står inför beslut om vägval för framtida utvecklingsarbete vad gäller serveringssystem, tillagningsmetoder, utbud och service. Dessa faktorer påverkar hur lokaler skall disponeras och vilken utrustning som krävs. Lokaler och utrustning tillsammans med tillagningsmetod och arbetssätt avgör hur kostenheten skall bemannas, vilken kompetens som behövs och hur effektivt verksamheten kan bedrivas.

Kostenheten ser att det finns möjligheter att effektivisera verksamheten samtidigt som man ökar patientnyttan. Vårdnära service (VNS) med personal som har utbildning och erfarenhet av livsmedelshantering är en positiv faktor att dra nytta av vid denna utveckling.

2.1.1 Initiativärende

Ett initiativärende från Miljöpartiet har även lämnats till landstingsstyrelsen för att se över kostenhetens uppdrag som upplevs som otydligt och utan styrkraft. Ärendet har beaktats i projektgruppen men besvaras separat av centrumchef.

Kostenheten upplever att det är svårt att få gehör från politikerna i frågor som fattas på politisk nivå men som enheten skall ansvara för t ex krav om specifika produktval, inköp av ekologiska livsmedel och livsmedel som är producerade på ett socialt och etiskt sätt. Det är en svår balansgång utifrån det ekonomiska läget att nå både ekonomiska och ekologiska mål då de motverkar varandra.

För att få genomslagskraft för de riktlinjer som är specifika för livsmedelshantering behöver det finnas ett politiskt stöd i vissa frågor. Enheten följer Livsmedelsverkets (SLV) och Socialstyrelsens (SoS) riktlinjer samt livsmedelslagen och lagen om offentlig upphandling, men kan inte besluta om eller ge direktiv till övriga verksamheter att göra detsamma. På senare tid har det även ifrågasatts om kostenheten verkligen behöver följa SLV:s rekommendationer. Nya rön, t ex fettdebatten, som undergräver forskning och vetenskap men som får stort genomslag hos både patienter och politiker gör det svårt för kostenheten att bedriva sin verksamhet. Utifrån detta skulle en kostpolicy vara ett bra styrdokument för att undvika onödiga diskussioner och

säkra att alla verksamheter/professioner inom Jll, med stöd av kostenheten, följer de rekommendationer som finns. Den skulle även vara till hjälp vid avgörandet hur långt kostenheten skall gå för att tillmötesgå etiska- och religiösa skäl samt vilka krav som skall ställas vid upphandling av livsmedel vad gäller miljö och kvalitet, lägsta nivå på serviceutbud som skall tillhandahållas mm.

2.2 Målgrupp

Kostenhetens huvudsakliga målgrupp är sjuka patienter med nedsatt immunförsvar. Den största delen är dessutom äldre vilka redan från början är mera infektionskänsliga och löper större risk för undernäring. Även små barn som ännu inte hunnit bygga upp sitt immunförsvar är en känslig målgrupp. Därför är det av yttersta vikt att ha en säker livsmedelshantering och god livsmedelshygien. Då många patienter kan ha svårt att äta och dricka samt att aptiten oftast är nedsatt p g a sjukdom och/eller medicinering är det också av vikt att den mat som serveras är näringsriktig, god och aptitlig. Även måltidsmiljön har stor betydelse.

Patientkosten serveras främst till inlaggande patienter men även till dagpatienter. För restaurang- och caféverksamheterna är målgrupperna dagpatienter, anhöriga, anställda och politiker inom JLL samt de från allmänheten som besöker vår verksamhet.

2.3 Område

Primärt handlar det om centralkökets tillagning av patientkost men en förändring och utveckling av denna verksamhet påverkar även restaurang- och caféverksamheterna. För dessa verksamheter finns det också egna utvecklingsmöjligheter som skulle kunna bidra till en bättre service och ökad lönsamhet.

2.3.1 Kostenhetens verksamhet

Kostenheten är bemannad alla dagar året om 06:15 – 17:30. I dagsläget tillagas ca 2000 portioner varm mat (cook serve) varav ca hälften är patientportioner fördelade på frukost, lunch och middag. Patienterna erbjuds en maträtt per måltid förutom vid lunch då den som har särskilda önskemål även kan välja från Restaurang Kajutans matsedel. Till patienternas huvudmål tillämpas brickdukning som följer den ordination som kommer från respektive avdelning. I stort sett all mat tillagas från grunden.

Den tillagningsmetod och det arbetssätt som tillämpas idag, brickdukning och disk av huvudmålen (frukost, lunch och middag), är väldigt personalkrävande vilket gör verksamheten sårbar vid korttidsfrånvaro. Det är också svårt att utnyttja personalen jämnt hela dagen då produktionen går i vågor under dagen. Detta innebär att det mellan topparna uppstår viss spiltid där personalen inte kan nyttjas fullt ut.

Det finns tre grundkost, Svenska näringsrekommendationer (SNR), Allmän kost för sjuka (A-kost), Energi- och proteinberikad kost (E-kost). Dessa kost kan beställas i fyra olika portionsstorlekar, hel, halv, en och en halv samt dubbel. Kosten anpassas till patientens medicinska behov vad gäller sjukdomstillstånd, allergi och förändrad konsistens. Kostenheten erbjuder även önskekost då särskilda skäl föreligger. Kostenhetens dietist ansvarar för att patientkostmatsedeln är näringsriktigt sammansatt.

Utöver de tillagade måltiderna tillhandahåller centralköket råvaror till avdelningarna för beredning av mellanmål. Centralköket tillhandahåller även fikabord till konferensgäster i huset och erbjuder smörgåstårter, exotiska plankor samt cateringmenyer.

Kostenheten har en stor kunskapsresurs då personalen besitter mångårig kunskap och erfarenhet vad gäller matlagningskunskap, råvarukännedom, produktval, kostval, nutrition, dietetik, livsmedelssäkerhet, livsmedelshantering och livsmedelsupphandling. En svaghet är de höga sjuktalen samt att åldersstrukturen är hög och en stor del av kompetensen försvinner inom några år. Mycket av den erfarenhet och kunskap de besitter skulle behöva dokumenteras då medarbetarna bär med sig en stor samlad kunskap i minnet.

2.3.2 Restaurang- och caféverksamhet

Den andra hälften av kostenhetens producerade måltider serveras i restaurang och caféverksamheterna. Personalrestaurangen Kajutan har öppet 11:00 – 13:30 och är även öppen för allmänheten och konferensgäster. I Restaurang Kajutan erbjuds lunch bestående av fyra alternativa rätter, varav en soppa och en nyckelhålsmärkt maträtt.

Café Entré har öppet 8:00-17:30 förutom fredag, lördag och söndag då det är något kortare öppettider. Där erbjuds frukost, lunch och middag enligt patientmatsedeln. Det finns även möjlighet att köpa enklare rätter såsom varmkorv, paj, panini och frysta maträtter samt ett utbud av smörgåsar och kaffebröd.

Café Nyfiket är öppet för personal i Hus 2 och 3 vardagar 8:00-10:15 och tillhandahåller förmiddagsfika till tjänstemän och politiker samt i förekommande fall deras gäster.

3 INRIKTNING OCH MÅL

3.1 Patientkost

Kostenheten tillgodoser patienternas behov av måltider genom att servera näringsriktig kost anpassad till patientens medicinska tillstånd enligt SLV:s och SoS:s rekommendationer.

Måltiderna skall vara välsmakande och tillagade på ett livsmedelssäkert sätt. För att uppnå detta krävs en säker livsmedelshantering i såväl centralkök som på avdelningskök. Det ställer stora krav på kostkompetens och livsmedelskunskap hos kökspersonalen som tillagar och portionerar maten

men även hos dem som sköter avdelningsköken. Det är också oerhört viktigt att samtlig personal inom vården som ordinerar patientkost har rätt kunskap om kost och sjukdomstillstånd samt att de rutiner som finns följs och tillämpas så att köket får rätt information för att kunna tillaga den kost som avses till respektive patient. Köket måste alltid kunna lita till 100% på att rätt information lämnas från vårdavdelningen. Avvikelse på felaktigt ordinerade kost eller felaktig portionering bör inte förekomma.

Med ett tillagnings- och serveringssystem som anpassas till patienten genom att skapa valfrihet och erbjuda flera alternativa rätter kan patientens måltidsupplevelse förhöjas och aptiten främjas. En positiv måltidsmiljö och måltidssituation främjar aptiten vilket bidrar till ökat matintag. Ett ökat matintag motverkar undernäring, kan förhindra ytterligare insjuknande och bidrar till tillfrisknandet.

Kallmatsproduktion i jämförelse med varmmatsproduktion har potential att ge en mer flexibel matsituation för såväl personal inom matproduktion och vård som för patienter och matgäster. Att gå från varmmatsproduktion till ett kallmatssystem medför många fördelar både ur livsmedelhygien-, patientsäkerhets-, närings- och kvalitetssynpunkt då kall mat erbjuder en annan flexibilitet och möjlighet att påverka sina egna måltider. Det finns även stora ekonomiska vinningar då det går att effektivisera arbetssätt och samordna personal. Genom effektiva och flexibla flöden kan måltider och transport av dessa anpassas till tider då vårdens verksamhet störs minst vilket bidrar till landstingets LEAN-arbete.

Kallmatshantering kräver dock högre kunskaper hos vårdpersonalen eftersom de måste ansvara för att måltiden blir komplett. Det krävs också att den som serverar maten är väl insatt i patientens omvårdnads- och medicinska problem. I och med att VNS införs på samtliga avdelningar under 2014/2015 kommer det att finnas mänskliga resurser med kunskap om livsmedelshantering och måltidskunskap på plats vilket förenklar en övergång till kallmatssystem.

3.2 Restaurang- och caféverksamhet

Kostenheten ser att restaurangverksamheten skulle kunna utvecklas och erbjuda ett annat utbud och en annan variation på måltiderna. För detta skulle krävas en ombyggnation där restaurangen utrustas med ett eget tillagningskök och ett eget diskrum där matgästerna själva ställer diskgodset i diskbackar. Detta skulle göra att centralköket inte behöver bemanna lunchdisken och att verksamheterna skulle bli helt fristående från varandra. Även kösystemet till maten och kassan skulle behöva organiseras för att få ett bättre flöde.

En annan samordningsvinst som skulle bidra till effektivisering av verksamheten är att samlokalisera Restaurang Kajutan och Café Entré i anslutning till sjukhusets huvudentré. Restaurangen skulle då bli mera tillgängligt och man kan erbjuda ett större lunchutbud till samtliga matgäster och därmed är det också möjligt att renodla caféet och jobba med ett annat utbud. Att flytta upp cateringverksamheten från produktionsköket till caféet för att effektivisera verksamheten istället för som idag ha två likadana verksamheter i två olika lokaler skulle också

bidra till ökad tillgänglighet och ge samordningsvinster. För detta krävs dock ytterligare en om-
/tillbyggnation.

3.3 Målvärden inom 4 år

Det skall finnas en kostpolicy som ett styrande dokument över alla kostfrågor då de inte enbart berör köket utan var och en som ordinerar kosten och nutritionsprodukter.

VNS personal arbetar må-sö med samtliga måltider som levereras i portionsförpackningar. Samtliga avdelningar skall vara utrustade med varsin snabbdiskande diskmaskin och 4-6 st förprogrammerade mikrovågsugnar. Dukning och diskning av porslin sker på respektive avdelning. Gemensamma kök för avdelningar som ligger i samma våningsplan har byggts.

Ett nytt produktionskök skall ha tagits i bruk och övergång till kallmatssystem har skett. Patienten får välja på flera alternativa rätter och kan äta när det passar hen. Matsedlar skall vara allergianpassade eller enkla att allergianpassa.

Kostenhetens finansiering har setts över. Eftersom det är svårt att driva en intäktsfinansierad verksamhet när man inte styr över medel och resurser bör patientkosten vara anslagsfinansierad. Restaurang- och caféverksamheten kan fortsätta vara intäktsfinansierad.

Kostombudens träffar och roller har utvecklats. Ett större samarbete har utvecklats där avdelningar och kök arbetar i symbios.

Samtlig personal inom Jll respekterar och följer de hygienregler som gäller vid vistelse i kök och vid hantering av oförpackade livsmedel. Vid ombyggnationer och anpassning av kökslokaler tas hänsyn till livsmedelslagen och kostcheferna konsulteras.

Restaurang Kajutan och Café Entré har samlokaliserats och är fristående från centralköket.

Café Nyfiket behålls i nuvarande form men endast en typ av kostavdrag finns och är obligatoriskt för samtliga som arbetar i Hus 2 och 3. Caféverksamheten kan även leverera färdiga mackor. För att minska bemanningen skulle varuautomater som komplement till kaffeautomaterna kunna installeras. Detta förslag presenterades för några år sedan men godtog inte då. Logistiken i diskrummet har förbättrats och tidsberoende arbetsuppgifter har förlagts på caféansvarig.

Samtliga avdelningskök skall vara byggda för att klara livsmedelslagens krav på hygien. Samtliga avdelningskök skall vara anpassade till den serveringsmetod som Jll beslutar att tillämpa och det skall bara finnas ett kök per våning som serverar hela våningsplanet, vilket gör att bemanningen i kan optimeras.

Rutiner fungerar, inga tvivel om vad som gäller kosten och ordination finns. Kostverksamheten har bidragit till att få landstingets budget i balans genom att vidga de flaskhalsar som måltidstiderna inneburit vilket har bidragit till att vårdens LEAN-arbete utvecklats.

Medel för investering av samtliga köksinventarier finns avsatta.

4 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

Det är svårt för verksamheten att fungera under renoverings- och ombyggnadsarbete. Åtgärderna är omfattande och kan inte göras under befintlig produktion om en god livsmedelshygien och säker livsmedelshantering skall upprätthållas. Arbetsmiljömässigt blir det en betungande situation för alla medarbetare då det innebär att arbetet inte flyter på smidigt då saker står i vägen, man får gå extra mycket på de hårda golven, det blir en extra hög bullernivå och hantverkare som inte respekterar hygienzonen utgör en kontamineringsrisk. Det bästa för livsmedelshanteringen och arbetsmiljön under ombyggnadsfasen skulle vara att husera i ett annat kök för att kunna servera säker mat. Ett annat alternativt är att bygga ett helt nytt kök i helt nya lokaler medan kostverksamheten pågår ostört i det gamla under tiden.

4.1 Nödvändiga åtgärder för säker livsmedelshantering

Med rätt förutsättningar kan kostenheten klara av en säker livsmedelshantering. För att uppnå detta behöver lokaler och utrustning anpassas för ändamålet. Flöden behöver förbättras så att inte rena och orena zoner korsas. Där är det viktigt att ta hänsyn även till de mindre flödena som lätt glöms bort. Utrustningens ålder och funktion är till åren komna. Här presenteras de brister som behöver åtgärdas i det befintliga centralköket för att livsmedelshygienen skall kunna säkerställas.

4.1.1 Lokaler och logistik

- Kökets utformning och placeringen av arbetsstationerna är inte logistiskt bra.
- Skiljeväggar behöver sättas upp då kontamineringsrisk föreligger p g a att rena och orena hygienzoner korsas på alltför många ställen.
- Flödena måste anpassas så att inga hygienzoner korsas. Placeringen av packen och transport av matvagnarna t ex är ett korsande flöde som stör varandras verksamheter.
- Leverans av matvagnar med diskgoods sker dessutom rätt igenom köket och den rena hygienzonen som är helt öppen och gränsar till koken. Stråket bör flyttas och byggas in så att transport och leverans av matvagnar endast förekommer i den orena zonen, i nära anslutning till brickbandet och den smutsiga zonen i disken.
- Matrester på tallrikar bör komposteras på avdelningen för att förhindra smittspridning.
- Dietköket där mat till de allra känsligaste patienterna tillagas är inte livsmedelssäkert. Det behöver vara en sluten cell för att förhindra att allergena ämnen sprids och oavsiktligt hamnar i maten. Då dietköket vetter mot torrförrådet är risken överhängande att maten kontamineras. För att hämta livsmedel för tillagning i dietköket måste ren och oren zon korsas.
- Koken är inte en sammanhållen verksamhet utan finns i 3 sektioner och delas av en passage vilket gör att det blir mycket spring och korsande av flöden. Stekborden är placerade långt från arbetsytorna och blodningsutrustning. De dessutom placerade helt öppet ut emot gången där besökare tas emot.

- Tvättfat saknas vid vissa stationer engreppsblandarna behöver bytas ut mot sensorstyrda för att hindra kontaminering. Detta gäller även tvål- och spritdoserare.
- Lastkajen ligger i ett annat plan vilket inte är riktigt funktionellt då varor kan bli levererade utan kostenhetens vetskap. I och med detta bryts kylkedjan och livsmedel får förhöjda temperaturer vilket påverkar hållbarheten negativt.
- Varumottagningen är trång och saknar utrymme för avemballering. Detta gör att ytteremballage kommer in i hygienzonen vilket utgör en stor risk för kontaminering. Det finns dessutom ingen skiljevägg mellan varumottagning och torrförråd.
- Torrförrådet är ett bristfälligt utformat öppet utrymme som behöver byggas in då det vetter mot både kök och dietkök. Det behövs flera hyllor för att undvika golvförvaring som inte får förekomma. Emballerade och avemballerade livsmedel förvaras i samma utrymme.
- Livsmedel måste kunna separeras och förvaras i separata kylar som håller korrekta temperaturer för avsedda livsmedel. Kylrummen är för få och för trånga för att kunna ha rätt förvaring där man kan separera olika typer av livsmedel för att förhindra kontaminering. För att kunna arbeta med färsk fisk skulle även en fiskkyl behövas.
- Frysrummen är för trånga och behöver utökas. Man behöver kunna komma in med en vagn för att hämta kartonger.
- Omklädningsrummen är för få och är placerade så att oren zon måste korsas för att komma in i kökets hygienzon. De behöver förläggas i direkt anslutning till centralköket och ha en sluss så att man slussas från oren zon till hygienzon. Dessutom behöver herrarna ha ett eget omklädningsrum, idag delar de med övriga verksamheter vilket är helt förkastligt.
- För torrförråd, kyl-/frysrum där både rena och orena flöden förekommer bör det finnas två dörrar, en från varumottagningen till utrymmet samt en från utrymmet till produktionskök så att dessa flöden inte korsas.

4.1.1 Utrustning

- Diskmaskinen måste bytas ut då den är mycket åldersstigen och reservdelar till ångpannans ångförsörjning har slutat tillverkas. Den är dessutom felvänd så att smutsigt och rent diskgoods korsas.
- Golvränna saknas i anslutning till diskbandet och den vattenpöl som bildas utgör en halkrisk. Vattnet måste flera gånger under en diskning skrapas bort till närmaste avlopp som inte är beläget i närheten där det största behovet finns utan där matvagnarna kör in. Avloppet är dessutom underdimensionerat vilket gör det svårstädad då vatten som skrapas till avloppet rinner över och måste skrapas många gånger innan det rinner bort.
- Brickbandets placering är omgärdad av orena flöden och måste flyttas och kapslas in så att inga orena flöden korsar dukningen. Brickbandet och köket skiljs åt av den orena zon där matvagnarna transporteras in till disken.

- Det förekommer förvaringsutrustning och hyllplan av laminerat trä som successivt behöver bytas ut p g a slitage samt att laminatet släpper i den fuktiga miljön och utgör en mikrobiologisk risk. Samtliga arbetsytor skall vara av rostfritt material och vara lätta att rengöra.
- Kokgrytorna i koken behöver konverteras från ångdrift till eldrift. Investering av eldrivna grytor i centralköket, de små grytorna 2016 och de stora grytorna 2015.
- Grönsakshacken (Hälde) krånglar alltför ofta och skickas med jämna mellanrum till maskin för reparation.
- Eluttaget till potatisskalaren behöver kapslas in ytterligare för att hindra att vatten spolats in i det vid rengöring.
- Omklädningsrummen saknar Z-skåp för att kunna skilja på rent och orent, idag blandas kläderna i samma skåp vilket innebär en risk då sporbildande bakterier riskerar att följa med arbetskläderna in i köket.
- Ytterligare nedkylningsutrustning behöver investeras för att få en snabb nedkylning även i dieten p g a att livsmedel behöver separeras så att inga allergena ämnen kontaminerar allergikost.

4.2 Nödvändiga åtgärder för bättre arbetsmiljö

Kostenheten har idag svårt att hitta gemensamma tillfällen för utbildning, erfarenhetsutbyte och det är svårt med mötesdeltagande p g a att verksamhet pågår hela tiden. Det finns ett värde i att kunna planera gemensamma möten utan att behöva använda kvällar och fritid. Enheten brottas även med höga sjuktal p g a hög åldersstruktur och förslitningsskador. Mera lättstädade lokaler, ergonomiskt anpassad utrustning och ytterligare automatiserad utrustning skulle underlätta och skapa en bättre arbetsmiljö.

4.2.1 Lokaler

- Golven skall vara lätta att rengöra, halsäkra och dämpande. Det måste också finnas avlopp med rätt lutning, placering och rätt dimension. Det saknas t ex en golvränna vid avplock vid disken och de avlopp som finns är för små och inte ergonomiskt placerade. Golvbrunnar skall också vara lätta att rengöra.
- De lutande golven vid stekborden utgör en risk, både halk- och snubbelrisk med påföljande brännskada föreligger.
- Kontorslokalerna behöver bli fler och mera samlade för att samtlig administrativ personal skall vara mera tillgängliga både för varandra och kökspersonalen. Det är även en mycket bullrig arbetsmiljö i kontoret som ligger i anslutning till köket. Viktigt dock att kontoren ligger i nära anslutning till produktionen.
- Fikarummet är litet och beläget utanför kökets domäner i oren zon. Personalutrymmen såsom fika-/pausrum behöver bli flera och ligga i direkt anslutning till centralkökets

omklädningsrum för att inte korsa hygienzonerna. Kontoren tenderar att bli fikarum och samlingsplatser vilket inte är en bra arbetsmiljö för dem som har sin arbetsplats där.

- Ventilation och temperaturreglering saknas i kontorsutrymmen och produktionsköket. Det blir olidligt varmt och fuktigt när solen skiner in samt kallt vintertid.
- Kostenhetens verksamheter är utspridda på fyra olika plan på lasaretsområdet.

4.2.2 Utrustning

- För att förbättra arbetsmiljön bör köket utrustas med höj- och sänkbara arbetsbänkar och mera automatiserad utrustning. Samtliga arbetsytor och förvaringsutrymmen skall vara rostfria och lätta att rengöra.
- Diskplockning av patientbrickor och lunchbrickor från Restaurang Kajutan samt portionering vid brickbandet innebär många repetitiva monotona rörelser i statisk arbetsställning vilket medför förhöjd risk för förslitningsskador. En åtgärd för att minska dessa kan vara att investera i en besticksorterare och avfallskvarn i disken. Vid brickbandsdukningen kan stationen glas och bestick flyttas upp på avdelningarna när VNS tar över och snabbare diskmaskiner installerats.
- Kokgrytor bör vara utrustade med enskilda omrörare, kylmantel och vara utrustade med aktiv kyla för möjlighet till kylförvaring över natten för att minska hanteringen. Detta främjar både arbetsmiljön och minskar risken för kontaminering. Skiljeväggar mellan rena och orena zoner kan också bidra till en bättre ljudnivå.
- Mathissen till Restaurang Kajutan fungerar inte alltid och är både ett stressmoment och en arbetsmiljörisk då dispenserar som transporteras upp och ner tenderar att tippa vilket har lett till några incidenter där personalen kunde ha kommit till skada samt att stora mängder glas och porslin krossats.

4.3 Åtgärder i Restaurang- och caféverksamheterna

Restaurang Kajutan och Café Entré har i stort sett samma problematik som finns i centralköket men i mindre skala. Café Nyfiket har inga större brister idag.

4.3.1 Restaurang Kajutan

- Restaurang Kajutan byggs om så att ett eget diskrum med tunnelmaskin där alla brickor och matsalsdisk diskas. Detta eliminerar frakt av porslin i hissen. Restaurang Kajutan skulle kunna ha eget porslin liknande det i som finns i Café Entré för att ge en trivsammare restaurangkänsla.
- Uppvärmningsskåp behöver investeras.
- Värmerier och vattenbad behöver bytas ut.
- Logistiken vid kassan och serveringsdisken behöver ses över och byggas om för att snabba upp den långa köbildning som blir under vissa tider.
- Betalningssystemet/-rutinerna behöver ses över – misstanke om fusk föreligger.

- Restaurang Kajutan utrustas med stekbord, ugn, grytor, grill etc för att kunna laga mat a la minute vilket gör att svinnet minskar och utbudet kan bli mer varierat.

4.3.2 Café Entré

- Lastkajen på annat plan i en helt annan del av byggnaden → bruten kylkedja samt att kylvarorna kan bli stående en stund innan de levereras till caféet.
- Trångt i varumottagningen – blockerar passagen och kontoret. Tomma vagnar ställs utanför dörren och blockerar bankboxen och dörren till omklädningsrummet.
- Omklädningsrummet placerade i oren zon (detta påtalades redan vid ombyggnationen för några år sedan av enhetschef).
- Tillräckligt antal ugnar för nuvarande verksamhet. Behöver utökas om verksamheten utökas.
- Ålder och funktion
- Diskmaskin krånglar en hel del, behöver bytas ut mot en mindre tunnelmaskin för att få ett snabbare flöde i disken.
- Klädsåp – ej delade.
- Självtagning av mat blir en smittorisk det inte finns något hostskydd.
- Elektroniskt egenkontrollprogram för att trygga livsmedelssäkerheten.

4.3.3 Café Nyfiket

- Köksinredningen är av laminerat trä och inte rostfritt.
- Önskvärt att kontanthantering tas bort och sköts i receptionen.

5 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

Kostenheten tillhandahåller sjukhuskost enligt Livsmedelsverkets (SLV) och Socialstyrelsens (SoS) riktlinjer vad gäller utbud, näringsriktighet och produktionssäkerhet. Kvaliteten säkras genom att tillämpa god livsmedelshygien och följa det egenkontrollprogram som gäller för enheten.

För att kunna tillhandahålla en säker patientkost behöver risker i livsmedelshanteringen elimineras både vad gäller livsmedelshygien och näringsriktighet. För att kunna göra detta samt förbättra arbetsmiljön för medarbetarna behöver kostenheten kliva in i 2000-talet. Detta innebär att produktionsmetoden behöver förändras, utrustning behöver förnyas och reinvesteras samt nya lokaler som är anpassade efter dagens krav behöver byggas.

5.1 Lagstiftning

Kostverksamheten lyder under livsmedelslagen, SFS 804: 2006. Denna lag syftar till att säkerställa en hög skyddsnivå för människors hälsa och för konsumenternas intressen när det gäller

livsmedel. Detta innebär att kostenheten skall säkerställa att en god livsmedelshygien tillämpas vid hantering av livsmedel för att förhindra kontaminering och matförgiftning. Livsmedelslagen har ett annat fokus än hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763 när det gäller personalhygien.

5.2 Nutrition

Malnutrition och undernäring är ett vanligt problem på sjukhus och det är även vanligt att utveckla undernäring under vårdtiden. Matens näringsinnehåll, kvalitet och smak är viktiga faktorer som påverkar patientens näringsintag. Även olika aspekter av måltidsmiljön har en stor inverkan på intaget, såsom personalens attityd vid servering, hur maten serveras, hur miljön ser ut där patienten äter med mera. Från SLV och SoS finns rekommendationer bland annat om hur måltiderna bör fördelas under dagen, samt hur energi- och näringsinnehåll bör se ut för olika patientkategorier. Medicinska undersökningar, patientens mående och behov av omvårdnad kan sedan påverka när patienten har möjlighet att äta. Produktion och serveringssystem för mat på sjukhus bör så långt som möjligt anpassas så att patientens måltidssituation i stort blir så god som möjligt, med hänsyn till vårdens förutsättningar och behov.

Kost och nutrition bör betraktas som en del av den medicinska behandlingen och har stor inverkan på patientens tillfrisknande, mående och upplevelse av vårdtiden. Trots matens stora betydelse för patientens vård finns få studier gjorda som jämför och utvärderar olika typer av produktions- och serveringssystem inom vården.

5.3 Varmmatssystem

5.3.1 Cook serve – traditionell varmmatsproduktion

Varm mathantering är den ursprungliga metoden för alla typer av hushåll, såväl för hem som för restaurang och storkök. Fördelen med cook serve är att maten serveras nylagad från grytan till tallriken. Nackdelen är att om maten inte äts inom en viss tid kan tiden och varmhållningen göra att den tappar näring, smak och utseende. Distribution till avdelning kan ske i kantin eller på dukad bricka.

5.4 Kallmatssystem

Ett kallmatssystem bidrar till bättre flöden för vården genom att måltidstiderna inte begränsar planeringen av medicinska behandlingar och vårdinsatser, samt gör att måltiderna kan anpassas till när patienten kan och vill äta vilket påverkar näringsintaget positivt. Varma måltider skulle kunna serveras i princip dygnet runt. För att tillämpa ett kallmatssystem behöver inte produktionsköket ligga i direkt anslutning till sjukhuset utan är lägesoberoende. Även om det blir längre transporter så räcker det med en transport per dag förutsatt att det finns förvaringsutrymmen på avdelningarna eller ett kylrum för mellanlagring.

Ur livsmedelshygienisk aspekt och för att eliminera risken för att patientmaten kontamineras är det säkrare att skicka kyld mat i förslutna lådor märkta med innehållsförteckning än att låta maten stå på varmhållning. Ett kallmatssystem är även bättre ur näringssynpunkt då varmhållning gör att näringsinnehållet i livsmedel förloras genom att vitaminer och mineraler lakas ut av tid och temperatur. Dessutom påverkas både utseende, smak, lukt och konsistens av varmhållning.

Med uppvärmning/tillagning av maten på avdelningen nära patienten serveras maten direkt utan varmhållning vilket bibehåller näringsämnen, utseende, smak och konsistens. När man lagar mat i mikrovågsugnen kokas vattnet i maten. Enligt SLV finns flera studier som undersökt vad som händer vid matlagning i mikrovågsugn. I de flesta fall visar de endast små förändringar. Dessa är vanligtvis mindre än de som uppkommer vid vanlig kokning och stekning. Det finns inga publicerade studier som visat att vanlig tillagning i mikrovågsugn påverkar näringsinnehållet negativt på annat sätt än vanlig uppvärmning. Tvärtom är det en skonsam tillagningsmetod.

Kallmatshantering kräver högre kunskaper hos vårdpersonalen eftersom de måste ansvara för att måltiden blir komplett. Det krävs också att den som serverar maten är väl insatt i patientens omvårdnads- och medicinska problem.

5.4.1 Cook chill – kallmatssystem med snabb nedkylning

Vid tillämpning av cook chill kyls maten ner till +3°C inom 90 minuter. Återuppvärmning skall alltid ske till minst +72°C. Metoden innebär att man direkt efter tillagning snabbt kyler ner maten för att bevara näringsämnen. Den värms upp först när den skall ätas och då behövs ingen varmhållning som riskerar att laka ur näringsämnen och göra maten torr. Maten kan leveras i kantin eller i portionsförpackningar. Med en obruten kylkedja och en temperaturen på högst +3°C håller maten i upp till fem dagar.

Fördelen med cook chill är att man kan anpassa tiden när man vill äta och att man inte behöver värma allt på en gång. Den kan också transporteras utan att förlora näring och smak. Ytterligare fördelar är att om maten portioneras i portionslådor har patienten möjlighet att välja mellan flera rätter vilket ger en ökad valfrihet – à la carte på sjukhuset. Maten värms upp i mikrovågsugn direkt på vårdavdelningen, nära patienten så ingen varmhållning behövs. Behandlingar och undersökningar kan göras utan att man behöver ta hänsyn till måltidstiderna. Patienten kan äta när det passar eller hen har lust, oavsett tid på dygnet. Det går även att erbjuda ett bredare utbud. Med denna metod kan man behålla den hemlagade maten och yrkesstoltheten samtidigt som flexibiliteten ökas.

5.4.2 Ångtryckskokning – kallmatssystem, tillagning i mikrovågsugn

Ångtryckskokning är en snabb och varsam tillagningsmetod. Det är också en tillagningsmetod som är extra gynnsam då det gäller att behålla så mycket näring i ett livsmedel som möjligt, trots tillagning, eftersom näringsämnena inte lakas ut i kokvattnet.

Vid ångtryckskokning placeras råvarorna i en speciell värmefålig och trycksäker plastförpackning som försluts med toppfilm. Maten tillagas i ett slutet system vilket säkrar både hög smak och höga näringsvärden. Hållbarheten är samma som för cook chill, fem dagar i obruten kylkedja +3°C.

Maten tillagas i mikrovågsugn direkt på vårdavdelningen, nära patienten vilket gör att maten serveras nylagad utan att först ha stått på varmhållning. Fördelarna med ångtryckskokning är för övrigt samma som för cook chill; valfrihet – à la carte på sjukhuset, måltiden anpassas till behandlingar och undersökningar. Patienten kan äta när det passar eller hen har lust. Nackdelen är att man förlorar den hemlagade maten och yrkesstoltheten. Metoden är inte särskilt resurskrävande i och med att maten inte tillagas förrän på avdelningen.

En Brittisk studie gjord på 52 patienter mellan 25-65 år, visar att mängden uppäten mat var större för mat tillagad med Steamplicity än för cook chill. Patienterna föredrog Steamplicity vad gäller valmöjlighet, beställning, leverans och kvalitet.¹ Ett bevis för detta är Catio S:t Görans sjukhus som tillämpar Steamplicity och har det högsta nöjdbrukarindexet i Bench Markingprogrammet.

Det finns olika aktörer på marknaden som har egna koncept för ångtryckskokning. Steamplicity är varumärksskyddat och har en patenterad ventil som inte kan användas av andra aktörer än Medirest. Konkurrenten Sodexo har utvecklat ett liknande system som kallas SoFresh. Det går även att utveckla och driva i egen regi.

6 ALTERNATIV

6.1 Att fortsätta matproduktionen med bibehållen verksamhet

Med cook serve och brickdukning blir det långa ledtider vilket bidrar till att varmhållningstiderna hela tiden ligger på gränsen och ibland även överskrider vilket inte kan anses som en helt säker livsmedelshantering. För att bibehålla näringsämnena i kosten till den målgrupp som så väl behöver näring för sitt tillfrisknande samt för att måltiden skall vara vällsmakande och se aptitlig ut är det viktigt att varmhållningstiderna inte överskrider.

Med många korsande flöden mellan rena och orena zoner bryts den rena hygienzonen vilket innebär risk för kontaminering vilket i värsta fall kan orsaka en matförgiftning. Ytskikten är mycket slitna och fasta installationer som t ex arbetsbänkar är varken höj- eller sänkbara vilket bidrar till att arbetsmiljön inte är ergonomiskt utformad. Då köksarbete är väldigt tungt och personalens längd och styrka varierar mycket, kan brister i ergonomiskt utförande bidra till värk och förslitningsskador. En annan aspekt som påverkar både arbetsmiljön och patientsäkerheten är avsaknaden av luftkonditionering vilket gör att inomhustemperaturen under sommarhalvåret när solen ligger på blir så hög att kylda livsmedel inte kan hanteras säkert.

¹ Edwards JSA, Hartwell H J. Hospital food service: A comparative analysis of systems and introducing the "Steamplicity" concept. J Hum Nutr Diet. 2006;19;421-30

Cook serve saknar utrymme för flexibilitet och införande av valfrihet skulle kräva ytterligare resurser. Systemet är väldigt personalkrävande då brickbandsdukning och disk av porslin och vagnar, tar mycket tid och resurser vilket visar sig i produktionsmättet ”portioner per arbetad timme” jämfört med kostdagarna. Verksamheten är också väldigt sårbar vid korttidsfrånvaro, då en frånvarande kan äventyra en hel dukning. Det är också svårt att utnyttja personalen jämnt hela dagen då produktionen går i vågor under dagen. Detta innebär att det mellan topparna uppstår viss spiltid där personalen inte kan nyttjas fullt ut.

Att behålla cook serve och fortsätta med sjukhusets matproduktion i nuvarande lokaler kräver stora förändringar, enligt punkterna 4.1 och 4.2 utifrån de krav som ställs på livsmedelssäkerheten. Detta påverkar också punkt 4.3. Nuvarande kök byggdes för över fyrtio år sedan och uppfyller inte den livsmedelslag som gäller idag. Därutöver har verksamheten förändrats samt produktionsmetoder och utrustning utvecklats. De senaste åren har dessutom allergierna och medvetenheten om mat och livsmedelsval ökat. Det har tillkommit en större del patienter som ställer andra krav på sjukhusmaten av kulturella och religiösa skäl. Detta gör att det finns ett större behov av individuellt anpassade kosten för vilka nuvarande kök inte är godkänt eller utrustat.

6.2 Att införa cook chill

Genom att fortsätta tillaga måltiderna i eget produktionskök kan kostenheten fortsätta att leva upp till sitt goda rykte och behålla yrkesstoltheten, kvaliteten och det goda mathantverket.

Att tillämpa cook chill med portionering av kyld mat i portionslådor som värms upp på avdelningen ger ett mera flexibelt system där man kan erbjuda patienterna att äta när det passar. Det skulle gå att erbjuda patienterna ett större och bredare urval av maträtter och det skulle alltid finnas någon maträtt att välja som faller i smaken.

Genom att maten snabbt kyls ner direkt efter tillagning bibehålls näringsämnena bättre i maten än vid varmhållning. Genom att förpacka maten i en- eller flerportionslådor som försluts utsätts inte maten för kontamineringsrisk av främmande ämnen. Då maten värms på respektive avdelning i direkt anslutning till servering blir det heller ingen varmhållningstid.

Menyerna skulle komponeras och anpassas så att det finns något för varje åldersgrupp och det skulle alltid finnas flera alternativ för de vanligaste ”minuskosterna” minus-fläsk, minus-fisk, minus-lök, minus-kyckling, laktosfri, glutenfri, vegan m fl.

Vårdinsatser behöver inte planeras med hänsyn till måltidstiderna. Matleveransen behöver inte heller ske precis då utan kan ske under andra tider på dygnet. Detta innebär också att matvagnarna inte låser upp så många hissar åt gången då leverans kan ske kontinuerligt under dagen.

Den renovering och ombyggnation som behöver göras för att leva upp till livsmedelslagens krav på en säker livsmedelshandling behöver göras även här. Nuvarande maskinpark skulle kunna

behållas men det skulle kräva en nyinvestering av blast chillers. Då brickbandsdukning och disk av porslin inte längre kommer att utföras elimineras många av de moment som är monotona och upprepande vilket leder till en bättre arbetsmiljö samt att arbetstoppar kapas.

Cook chill med portionsförpackad mat till patienterna skulle bli mera personaleffektivt. Då maten kan tillagas i förväg behövs ingen helgtjänstgöring. Flera rätter skulle kunna lagas samtidigt och bemanningen skulle kunna reduceras kraftigt i både disk och på brickband. Förutsatt att tillräckligt med kylar för förvaring av den förpackade maten skulle även helgtjänstgöringen kunna dras in. Verksamheten skulle inte heller bli lika sårbar då maten inte behöver vara både varm och portionerad, klar att serveras, då den skickas ut från köket vid specifika tider utan viss förskjutning kan ske. Detta skulle även medföra att helgtjänstgöring inte är nödvändig i lika stor utsträckning som idag. En viss bemanning i dietköket skulle eventuellt behövas utifrån att Jll bedriver ett akutsjukhus.

Införandet skulle även kräva en anpassning av avdelningsköken. För detta skulle det behövas fyra till sex mikrovågsugnar per avdelning, en snabbdiskande diskmaskin, större kylutrymme för portionsmat. Önskvärt att ha ett kök som kan serva två avdelningar i varje plan, vilket skulle kunna effektivisera bemanningen av VNS.

6.3 Att införa ångtryckskokning i portionslådor

Att införa ångtryckskokning av matlådor i portionsförpackningar för patientkost kräver inga stora investeringar varken i utrustning, lokalyta eller bemanning. Ur ett medarbetarperspektiv försvinner dock matglädjen och mathantverket. Råvarukostnaden skulle troligtvis bli något dyrare per portion men då det kräver väldigt låg bemanning skulle det ändå ge en kraftig besparing. Dessutom behövs ingen helgtjänstgöring då maten kan beredas i förväg.

Avdelningsköken skulle behöva samma anpassning som för cook chill och vinsterna är desamma. Det som skiljer mikrovågstillagning med ångtryck och cook chill är att maten vid mikrovågstillagning inte är tillagad då den läggs i portionsformar utan tillagas direkt i mikrovågsugnar precis innan servering. Mera nylagad mat än så är svårt att uppnå.

6.4 Utveckling av restaurang- och caféverksamhet

Med en förändrad produktionsmetod för patientkosten öppnas också möjligheter för utveckling av Restaurang Kajutan. Med en omDispositionering av ytorna inom befintliga lokaler kan restaurangen få egna produktionsytor och ett eget diskrum. Genom att göra om restaurangen till en fristående enhet blir den inte beroende av produktionsköket utan kan erbjuda ett annat utökat utbud mera anpassat efter kundernas önskemål vilket kan locka flera matgäster. Det skulle även förbättra flödet och snabba på de långa köer som uppstår. Denna utveckling kommer att medföra en organisationsförändring där verksamheterna delas upp i patientkost och restaurang/café.

På lite längre sikt skulle det även gå att samordna delar av restaurang- och caféverksamheten genom att samla restaurang- och caféverksamheterna i gemensamma lokaler belägna i entrén. Förutom samordningsvinster, både för produktion och bemanning, skulle restaurangen bli mera tillgänglig för både interna och externa matgäster, samt att utbudet och servicen kan utökas ytterligare om man kombinerar två verksamheter på samma ställe. Genom att förbättra läget för restaurangen ökar tillgängligheten och kundunderlaget vilket kan ge ökade intäkter.

7 KOSTNAD/BESPARING

7.1 Kostnader

Skillnaden i avskrivnings- och räntekostnader för ny- eller ombyggnation av nuvarande kök anpassat till de olika produktionsmetoderna är marginell men ett måste i alla alternativen för att uppfylla dagens krav. På årsbasis landar det på ca 5 mkr för samtliga alternativ. Däremot tillkommer en engångskostnad för lokalhyra och transporter på uppskattningsvis 1,5 mkr vid ombyggnation av befintlig kök.

En övergång till cook chill eller ångtryckskokning innebär att 27 avdelningskök behöver anpassas och utrustas till en kostnad av ca 1,4 mkr. För detta behöver en mer noggrann kalkyl tas fram.

Tack vare att VNS redan beslutats införas på samtliga avdelningar tillkommer ingen extra kostnad för dessa tjänster.

7.2 Besparingar

Att fortsätta med dagens verksamhet helt oförändrat med centralkök, Restaurang Kajutan, Café Entré och Café Nyfiket inom befintliga lokaler skulle innebära en oförändrad personalkostnad. Vid övergång till ett kallmatssystem kan arbetet effektiviseras och helgtjänstgöringen minskas motsvarande 13-14 heltidstjänster. Kostnadsbesparingen avseende personal blir då ca 7 mkr per år för cook chill och 7,5 mkr per år för ångtryckskokning oavsett ny-/ombyggnation.

Att införa kallmatssystem för patientkosten kräver att Restaurang Kajutan byggs om och resurser omfördelas medan Café Entré och Café Nyfiket blir oförändrat. Ytterligare effektiviseringar skulle kunna göras om Restaurang Kajutan och Café Entré slås ihop i gemensamma lokaler. För detta har inga kalkyler tagits fram p g a att det kräver ett större arbete än vad tidplanen medger.

8 SLUTORD

Oavsett vilket mathanteringssystem som väljs måste köket genomgå en rejäl ombyggnad. För matlänet Jämtland borde det vara en självklarhet att behålla produktionen av patientkosten i eget kök. Om ett beslut tas under hösten 2014 kan, enligt fastighet, ett nytt kök stå färdigt att tas i bruk tidigast första kvartalet 2016.

Kostenheten förordar en anpassning och övergång till cook chill utifrån säkerhet, kvalitet, flexibilitet, arbetsmiljö och kostnadseffektivitet. För att få en så säker och smidig övergång som möjligt under ombyggnadsperioden förordas att ett nytt kök byggs i andra lokaler. Kostenheten tror att personalminskningen kan lösas med pensionsavgångar, erbjudande om tjänst inom VNS och övriga landstingsservice samt att antalet timanställda kan minskas.

Utifrån Miljöpartiets initiativärende behöver också en kostpolicy skrivas fram.

Säkerhet

Med cook chill kan en säker mathantering säkerställas och patientsäkerheten ökas då riskerna för matförgiftning elimineras.

Kvalitet

Patienterna kan serveras en måltid som behåller näringsämnen bättre än dagens system då ingen varmhållning som lskar ur näringsämnen behövs. Utbudet kan utökas och patienten kan erbjudas flera olika alternativa rätter. Att själv få välja vad man vill äta kan bidra till att upplevelsen av matens kvalitet blir bättre samt matintaget kan öka vilket har en positiv effekt på tillfrisknandet.

Flexibilitet

Patienten kan äta när det passar, när som helst på dygnet. Genom att erbjuda en flexibel mathantering och måltidssituation kan även vårdens flöden effektiviseras då ingen hänsyn behöver tas till måltidstider samt att hissarna frigörs då transport av matvagnar kan styras till tider när hissarna inte behövs för patienttransport.

Arbetsmiljö

Mathantverket bevaras, matglädjen och kunskapen hos personalen tas tillvara. Den fysiska arbetsmiljön främjas av modernare utrustning och eliminering av upprepade monotona rörelser. Genom detta finns goda utsikter att sänka de höga sjuktalen. Arbetssituationen blir bättre då det blir möjligt att samla hela personalgruppen på gemensamma möten/aktiviteter. Stressmoment försvinner genom att arbetstoppar och fasta leveranstider kapas vilket också gör verksamheten mindre sårbar.

Kostnadseffektivitet

Kostnaden för anpassning till bibehållen verksamhet, cook chill eller ångtryckskokning skiljer sig väldigt lite. Den stora ekonomiska vinsten gör man på personalsidan då arbetssättet kan effektiviseras och personalen kan samordnas. Verksamheten kan drivas med betydligt mindre personal vilket med cook chill ger en personalbesparing på ca 7 mkr per år.

Uppgifter kan styrkas via:

Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se, Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring

Livsmedelsverket www.slv.se

Studiebesök i köket

9 BILAGA EKONOMISK KALKYL

Alternativ 1	Årskostnad nuläge	Årskostnad cook chill	Årskostnad ångtryckskokning
Om/nybyggnation av befintlig lokal			
Bygg annuitet 30 år	1 012 025 kr	867 450 kr	722 875 kr
Inventarier annuitet 10 år	2 157 575 kr	1 849 350 kr	1 541 125 kr
Summa	3 169 600 kr	2 716 800 kr	2 264 000 kr
Anpassn pat kök inventarier 10 år	133 153 kr	166 442 kr	166 442 kr
Kajutan inventarier 10 år	- kr	986 320 kr	986 320 kr
Bygg kylrum 30 år	- kr	69 396 kr	69 396 kr
Lokalhyra befintlig lokal	1 500 000 kr	1 000 000 kr	800 000 kr
Totalkostnad/ år	4 802 753 kr	4 938 958 kr	4 286 158 kr

Besparing per år	Nuläge	Cook chill	Ångtryckskokning
Investeringar o lokalhyra	- kr	136 204 kr	- 516 596 kr
Personal	- kr	- 6 851 200 kr	- 7 384 900 kr
Total besparing per år	- kr	- 6 714 996 kr	- 7 901 496 kr

Hyra +trp under ombyggn av befintlig lokal	OBS Engångskostnad under om-/nybyggnation		
	1 500 000 kr	1 500 000 kr	1 500 000 kr

Alternativ 2	Årskostnad nuläge	Årskostnad cook chill	Årskostnad ångtryckskokning
Nytt kök i extern lokal			
Investering o lokalhyra	- kr	4 938 958 kr	4 286 158 kr
Transportkostnad en gång/ vardag	- kr	130 000 kr	130 000 kr
Totalkostnad/år	- kr	5 068 958 kr	4 416 158 kr

Besparing per år	Nuläge	Cook chill	Ångtryckskokning
Investering o lokalhyra	- kr	266 204 kr	- 386 596 kr
Personal	- kr	- 6 851 200 kr	- 7 384 900 kr
Total besparing per år	- kr	- 6 584 996 kr	- 7 771 496 kr



**Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk
hushållning - Paket 6 Förändra strukturen för
primärvården, delrapport 1**

Version: 1

Ansvarig: Chef för centrum primärvård

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-03	Nyutgåva		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 PAKET 6 I LUP EKONOMI – FÖRÄNDRA STRUKTUREN FÖR PRIMÄRVÅRDEN	4
1.1 Tillvägagångssätt för förändringsarbetet	4
1.2 Om denna rapport	4
2 TIDIGARE UTREDNINGAR OCH POLITISKA BESLUT	5
3 JÄMTLANDS LÄN – PRIMÄRVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR.....	7
3.1 Befolkningsstruktur och befolkningsutveckling	7
3.1.1 En tillbakablick	7
3.1.2 Kommande år	8
3.2 Patientstruktur	9
3.3 Personalstruktur och hälsocentraler	11
3.3.1 Arbetssätt som innebär omfördelning mellan olika yrkeskategorier	14
3.3.2 Kompetensförändringar	15
3.3.3 Teknikutveckling	15
3.4 Utveckling av öppenvårdsbesök	15
3.5 Utförd tid	18
3.6 Primärvårdens ekonomiska situation	19
3.6.1 I en nationell jämförelse	19
3.6.2 Kostnader för stafettläkare	21
3.6.3 Kostnader för sjukresor	25
3.7 Rekrytering av läkare	25
3.7.1 Rekryteringssituationen i landet	25
3.7.2 Rekryteringssituationen för Jämtlands läns landsting	28
3.7.3 Attraktiva arbetsplatser	28
4 PRINCIPERNA FÖR PRIMÄRVÅRDEN.....	29
5 NÄSTA STEG	30

1 PAKET 6 I LUP EKONOMI – FÖRÄNDRA STRUKTUREN FÖR PRIMÄRVÅRDEN

I den långsiktiga plan för god ekonomisk hushållning (LUP ekonomi) som landstingsstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram, ingår primärvårdsstrukturen i Östersund och övriga länet, som ett av nio utvecklingspaket för att nå en ekonomi i balans på lång sikt. Det ekonomiska målet enligt LUP ekonomi är att primärvården ska kunna finansieras inom befintlig hälsovalsersättning. Med *struktur* avses, enligt LUP ekonomi: ***”verksamheternas arbetssätt, utveckling genom ny teknik, definition av primärvårdens uppdrag och verksamheternas lokaliseringar. I utredningsarbetet ska beslut om utveckling inom glesbygdsmedicin beaktas.”***

Detta är en första delrapport om paket 6.

1.1 Tillvägagångssätt för förändringsarbetet

Många av de utrednings- och utvecklingsarbeten som har bedrivits inom primärvården hittills, har utgått **från ett hälsocentralsperspektiv**. Det gör att alltför mycket fokus hamnar på lokalfrågan, det vill säga var olika hälsocentraler ska vara belägna, vilka som ska slås ihop, vilka lämpliga byggnader som finns tillgängliga m m. Detta synsätt begränsar kreativiteten och leder ofta till lösningar när det gäller att komma med idéer om hur verksamheten kan organiseras på nya sätt.

För att ge personalen i primärvården en möjlighet att få tänka fritt, utan att bry sig om lokalfrågan, har därför, delvis, en omstart gjorts. Som en grund för arbetet finns fortfarande idéerna i rapporten *”Ny start Östersund”* (se mer under avsnitt 2). Men den arbetsgrupp som ska utforma förslagen till ny primärvårdsstruktur i Östersund, kommer därutöver att ta hänsyn även till utredningen av primärvårdsstrukturen i övriga länet och primärvårdens uppdrag i förhållande till specialistvården. Syftet är att få en helhetssyn på länets hälso- och sjukvård med utgångspunkt från patientens behov.

Tyngdpunkten i utredningen ligger på *hur* verksamheten kan organiseras, med nya arbetssätt och med användning av ny teknik, för att kunna möta länsinvånarnas behov av primärvård på kort och lång sikt. Vilka konsekvenser som utredningsförslagen får, när det gäller eventuella behov av andra lokaler än nuvarande, blir det sista steget i detta utvecklingsarbete. Förslagen kommer att utformas med förankring hos primärvårdens personal och med tillvaratagande av synpunkter från länets befolkning. De ska också innehålla analyser av risker och konsekvenser, samt grundas på detaljerade ekonomiska kalkyler. En strävan i utredningsarbetet är att ta tillvara på exempel från både hälsocentraler i Jämtlands län och andra platser, där man har organiserat arbetet på ett väl fungerande sätt.

1.2 Om denna rapport

Syftet med denna rapport är försöka ge en bild av vissa aspekter som påverkar primärvården och hur primärvården i Jämtlands län ser ut. Det rör sig framför allt om faktorer som direkt påverkar primärvårdens ekonomi, t ex bemanningsstruktur. Vad som inte diskuteras i rapporten, är frågor

kring primärvårdens måluppfyllelse när det gäller tillgänglighet och kvalitet. Båda dessa områden har naturligtvis stor betydelse både för primärvårdens patienter och ekonomi. Om tillgängligheten till och kvaliteten på vården är bristfällig får det konsekvenser både för patientens hälsa och landstingets ekonomi, ofta i form av ökade kostnader hos specialistvården. Brister i tillgängligheten medför även att landstinget kan gå miste om prestationsbaserade statsbidrag.

Uppföljning och beskrivning av måluppfyllelse när det gäller tillgänglighet och vårdkvalitet finns utförligt beskrivet i det hälsovalsbokslut¹ som hälsovalskansliet på Jämtlands läns landsting upprättar varje år och ingår därför inte i denna rapport. Utgångspunkten är att förslaget på ny primärvårdsstruktur måste bidra till att primärvården klarar av att uppfylla målen för verksamheten. Det är en grundförutsättning för utredningsarbetet.

I denna rapport visas ett antal diagram baserade på statistik från landstingets vård-, personal- och ekonomisystem med tidsserier från år före införande av det obligatoriska vårdvalet 2010 till och med 2013. För att det inte ska komma med förändringar till följd av att t ex verksamheten i Hötting har tagits över av privata vårdgivare, har de hälsocentraler som blivit privata plockats bort från statistiken före 2010. Detsamma gäller enheter som tillhört primärvården och senare överförts organisatoriskt till annat område i landstinget, till exempel Kvinnohälsan.

2 TIDIGARE UTREDNINGAR OCH POLITISKA BESLUT

Primärvården i Jämtlands läns landsting har vid ett flertal tillfällen tidigare varit föremål för utredningar och politiska beslut. Här följer en sammanfattning av några av de större ärendena de senaste åren:

År 2007 gav landstingsfullmäktige beredningen för vård och rehabilitering i uppdrag att göra en översyn om hur primärvården i Jämtlands läns landsting skulle kunna *utvecklas, organiseras och finansieras fram till år 2015 oavsett driftsform*. Utredningsgruppen träffade både representanter för befolkningen och besökte hälsocentraler runt om i länet för att lyssna på synpunkter. I utredningen², som blev klar 2008, slogs sex huvudprinciper fast:

- *Närhetsprincipen*. Patienten ska vara i fokus och vården ska ges så nära hemmet som möjligt med beaktande av medicinsk service och samhällsekonomi.
- *Samordning*. Mellan primärvård, kommun och specialistvård med fokus på patientens behov.
- *Ekologiskt hållbar*. Patientens miljöpåverkan ska vara så liten som möjligt. Det innebär bl a att även patienternas resor ska beaktas i verksamheten.
- *Folkhälsofrämjande*. Genom att ha medborgarna i centrum ska arbetet med insatser för förbättrad folkhälsa och förebyggande vård öka inom primärvården.
- *Anpassningsbar verksamhet*. Primärvården ska anpassas efter förändringar i befolkningsunderlag, medicinska behov eller ekonomiska förutsättningar.

¹ Årsbokslut 2013 Hälsoval. 686/2013

² Primärvårdens uppdrag och struktur. Slutrapport, version 7, Beredningen för vård och rehabilitering. LS/306/2007.

- *Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet.* Genom tydliga kvalitets- och resultatmätt ska det vara möjligt att följa upp att verksamheten i primärvården bedrivs enligt landstingsfullmäktiges uppdrag

Principerna ingick sedan i det förslag till *Ny konkurrensneutral organisation för den landstingsdrivna primärvården* som landstingsfullmäktige beslutade om 2009-11-24—25, när landstinget stod inför att införa det fria vårdvalet 2010.

Mot bakgrund av att landstinget hade haft stora ekonomiska underskott under några år, igångsattes 2009 ett omställningsarbete för att landstinget skulle nå en ekonomi i balans. Budgeten för länets hälsocentraler minskades i samband med omställningsarbetet och införandet av den fria hälsovalet med över 26 miljoner kronor, varav en stor del avsåg Östersundsområdet.

Vintern 2011 och våren 2012 tillsattes en arbetsgrupp med representanter från olika personalkategorier i primärvården Östersund. Syftet var att komma fram med ett antal idéer som skulle kunna leda till besparingar och bidra till att skapa attraktivare arbetsplatser. Arbetet dokumenterades i rapporten "*Ny start Östersund*". Den innehöll ett antal idéer kring organisation, teknik, möjliga hopslagningar av hälsocentraler m m. Med utgångspunkt från *Ny start Östersund* fick landstingsdirektören, vid landstingsstyrelsens möte i december 2012, i uppdrag att ta fram en genomförandeplan för sammanslagningar, samlokaliseringar eller nya geografiska placeringar för hälsocentralerna i Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit. I februari 2013 beslutade landstingsfullmäktige att lokaliseringar av hälsocentraler inom Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit, får förändras genom sammanslagningar, samlokaliseringar eller nya geografiska placeringar och att landstingsstyrelsen efter fördjupad utredning och analyser av konsekvenser får besluta om förändringar av antal hälsocentraler och deras geografiska placering inom Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit.

I april 2013 beslutade landstingsstyrelsen att en samordning av Odensala och Torvalla hälsocentraler skulle ske som ett första steg och i augusti beslutades att båda hälsocentralerna skulle placeras i Odensala. Renovering och upprustning av tandvårdens före detta lokaler i Odensala pågår för fullt. Hälsocentralen i Torvalla är numera en hälsomottagning, d v s inte bemannad med läkare.

I oktober 2013 fattade landstingsstyrelsen beslut³ om att användningen av stafettläkare skulle upphöra inom två år från beslutstidpunkten. Det innebär att användandet av stafetter ska vara avskaffat före oktober 2015.

I december 2013 presenterades en rapport⁴ för landstingsstyrelsen om primärvården i Östersund. Den innehöll en analys av befolkning, hälsocentraler och infrastruktur i Östersund, samt möjliga lokaler för framtida hälsocentraler i staden. Dessutom innehöll rapporten en sammanställning av idéerna från primärvården Östersunds utvecklingsarbete i *Ny start Östersund*. Inför det fortsatta arbetet med att ta fram förslag på struktur för primärvården i Östersund fanns även ett dokument som kallades "*Målbild för struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun*". Detta dokument är ett slags checklista med ett antal punkter som ska behandlas i utvecklingsarbetet, till exempel samordning av verksamheter, större nyttjande av IT-teknik m m.

³ § 243 Plan för anveckling av stafettläkare inom primärvården (LS/1314/2013)

⁴ Struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun. LS/1758/2012.

3 JÄMTLANDS LÄN – PRIMÄRVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR

3.1 Befolkningsstruktur och befolkningsutveckling

3.1.1 En tillbakablick

I beredningen för vård och rehabiliterings utredning konstaterades att Jämtlands län har ett relativt stort antal hälsocentraler i förhållande till både folkmängden och resten av Sverige. Ungefär hälften av länets befolkning bor i eller i närheten av Östersund. Resten av befolkningen bor mycket utspritt i länet. För att kunna uppfylla *närhetsprincipen* har landstinget sedan en lång tid tillbaka satsat på att ha en väl utbyggd primärvård, som ska klara en stor andel av länsinvånarnas vårdbehov. En struktur med många och små hälsocentraler medför större kostnader för lokaler och personal jämfört med andra landsting. Den genomsnittliga hälsocentralen i Jämtlands län har 5 508 listade patienter, jämfört med ca 8 000 hos en genomsnittlig svensk hälsocentral. Hälsocentralerna ute i länet har i genomsnitt endast 3 645 listade patienter, medan motsvarande siffra för hälsocentralerna i Östersundsområdet uppgår till 10 167. Förutom att det medför högre kostnader att driva små hälsocentraler, innebär det en större sårbarhet, då sjukfrånvaro eller vakanser kan göra det svårt att upprätthålla verksamheten.

Tabell 1: Förändring av folkmängden i Jämtlands län och länets kommuner 2008 - 2013

	Folkmängd 2013	Förändring 2008-2013 antal	Förändring 2008-2013 i %	Förändring gruppen 0-64 år	Förändring gruppen 65 år -
Ragunda	5 458	-223	-3,9%	-260	37
Bräcke	6 559	-450	-6,4%	-567	117
Krokom	14 643	319	2,2%	-67	386
Strömsund	11 984	-548	-4,4%	-731	183
Åre	10 420	161	1,6%	32	129
Berg	7 160	-373	-5,0%	-472	99
Härjedalen	10 281	-364	-3,4%	-533	169
Östersund	59 956	1042	1,8%	-471	1513
Jämtlands län	126 461	-436	-0,3%	-3069	2633

Förutsättningarna för att bedriva primärvård på grund av gles bebyggelse har försämrats ytterligare sedan vård- och rehabberedningens rapport skrevs. Länets befolkning har sedan 2008 minskat med 436 personer. Om siffran delas upp på länets kommuner så har befolkningen i de fem kommuner som haft en negativ befolkningsutveckling minskat med 1 958 personer. Samtidigt har tre kommuner ökat sin befolkning med 1 522 personer. Med undantag av Åre kommun så har det skett en centralisering mot Östersundsområdet. Om man tittar på utvecklingen ännu längre bakåt i tiden – 30 år – blir det tydligt att de senaste fem åren är en direkt fortsättning på en mer långvarig trend av centralisering mot Östersundsområdet och en allt större andel äldre i befolkningen.

Tabell 2: Förändring av folkmängden i Jämtlands län, Östersunds kommun och resten av länet 1983-2013

	Hela länet	Östersund	Övriga länet
	Antal	Antal	Antal
Gruppen 0-64 år	-10 589 -9,8%	119 0,2%	-10 708 -17,6%
Gruppen 65 år -	2 104 8,0%	3 532 40,8%	-1 428 -8,0%
Totalt	-8 485 -6,3%	3 651 6,5%	-12 136 -15,4%

Antalet hälsocentraler i Jämtlands län har minskat de senaste decennierna. Fortfarande finns dock flera riktigt små hälsocentraler kvar, med antalet listade patienter understigande 2 000 personer. Vilka hälsocentraler som är i drift baseras snarare på vilka hälsocentraler man har lyckats bemanna med fasta läkare, än på ett aktivt ställningstagande till hur stort befolkningsunderlag som krävs för att åstadkomma en verksamhet som både är kostnadseffektiv och klarar viss personalfrånvaro. Primärvården har dock hanterat sådana frågor kring bemanning och kostnadseffektivitet genom att organisera verksamheten i så kallade *närvårdsområden*. Inom ett närvårdsområde ingår flera hälsocentraler, där läkare och patientflöden styrs mellan enheterna för att anpassa bemanning och arbete utifrån efterfrågan.

3.1.2 Kommande år

Enligt den befolkningsprognos som redovisas i LUP ekonomi, kommer trenden fortsätta även framåt i tiden. Det innebär att länets befolkning förväntas minska med ca 7 700 personer fram till 2032 samtidigt som gruppen över 65 år beräknas öka med nästan 4 000 personer. Ökningen av gruppen äldre än 65 år beräknas ske både i Östersund och ute i länet. Denna utveckling får betydelse för primärvården som kommer att få ta hand om vårdbehoven för allt fler äldre. Antalet *mest sjuka äldre*, enligt Socialstyrelsens definition⁵, en grupp som har omfattande behov av sjukvård, uppgår till 9 procent av den del av befolkningen som är 65 år eller äldre. Av samma åldersgrupp har 2 procent behov av både omfattande sjukvård och omsorg, vilket innebär att det samarbete som landstinget har med kommunerna kring denna grupp, kommer att behöva utvecklas ytterligare.

Tabell 3: Prognostiserad förändring av folkmängden i Jämtlands län, Östersunds kommun och resten av länet 2013 – 2027 (Källa: Demografen Lund)

	Hela länet	Östersund	Övriga länet
	Antal	Antal	Antal
Gruppen 0-64 år	-11 146 -11,4%	-3 407 -7,1%	-7 739 -15,4%
Gruppen 65 år -	3 920 13,8%	2 445 20,1%	1 475 9,0%
Totalt	-7 226 -5,7%	-962 -1,6%	-6 264 -9,4%

I prognosen har ingen hänsyn tagits till den befolkningsökning i länet som skedde 2013 som en följd av ökat flyktingmottagande. Storleken på flyktingmottagandet utgör en osäkerhetsfaktor i prognosen. Vilka effekter det ger på längre sikt, beror på i vilken omfattning flyktingarna stannar

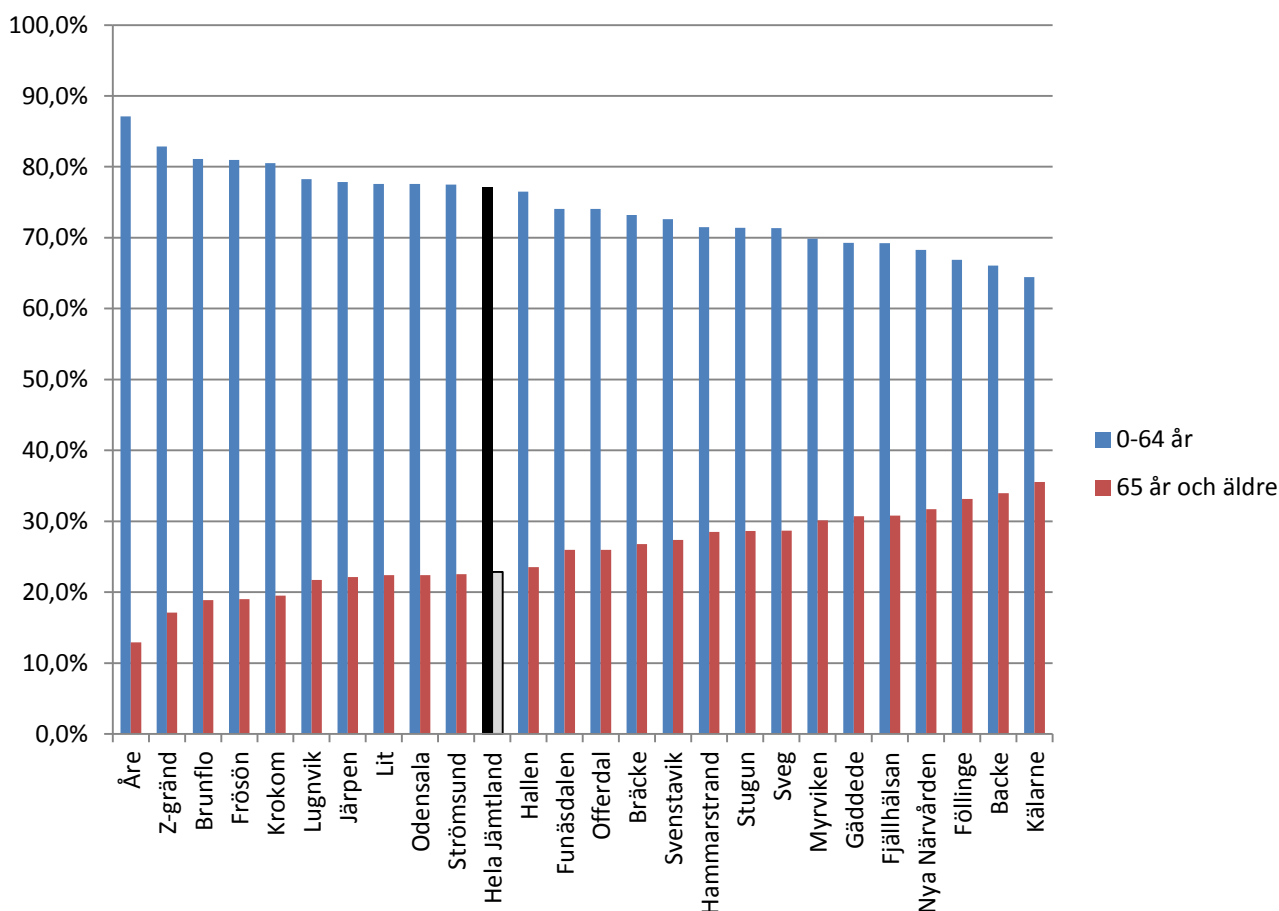
⁵ De mest sjuka äldre, avgränsning av gruppen. Socialstyrelsen.

i länet eller flyttar till storstadsregionerna. De orter i Jämtlands län som tar emot flyktingar, växlar över tiden. Behovet av primärvård i olika delar av länet kommer därför också att variera. Detta är en faktor som utredningen om en ny primärvårdsstruktur måste ta hänsyn till.

3.2 Patientstruktur

Som visades i föregående avsnitt finns det skillnader i befolkningsutvecklingen mellan olika delar av länet. Det finns även stora skillnader vad gäller åldersfördelningen bland de listade patienterna per hälsocentral. I den fasta ersättning per listad patient som varje hälsocentral får för sitt uppdrag, utgör den viktade ålderskomponenten 75 procent. Skillnaden i åldersstruktur visas i nedanstående bild.

Bild 1: Fördelning på patienter upp till 64 år respektive 65 år och äldre på listade patienter per hälsocentral hösten 2014



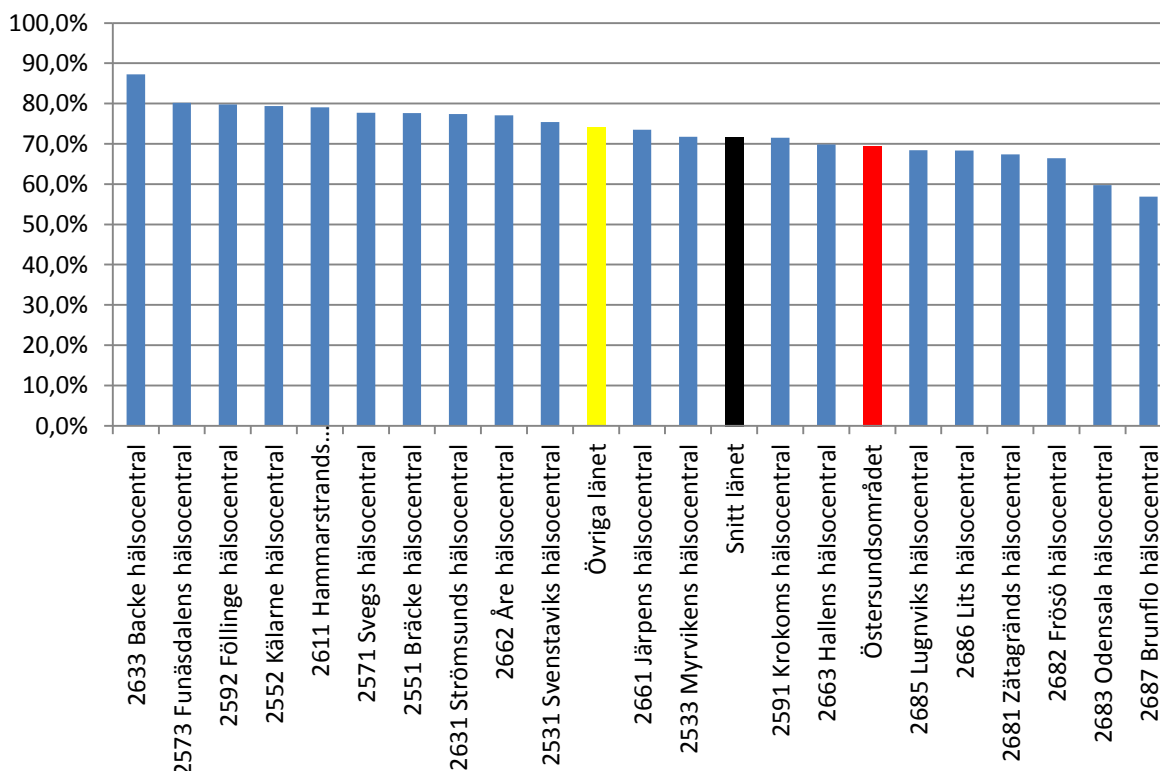
De övriga 25 procenten i hälsocentralens kapiteringsersättning, utgörs av en komponent som avser att mäta socioekonomiska skillnader, d v s skillnader i utbildningsnivå, arbetslöshet m m. Dessa komponenter ligger inte bara till grund för den ersättning per patient som varje hälsocentral får, utan är också av betydelse när hälsocentralen fastställer vilken bemanning som

krävs för att utföra uppdraget. Det finns också en glesbygdsfaktor för att kompensera de vårdenheter som har långt till Östersunds sjukhus och därför får ökade kostnader för sjukresor.

Om man tittar på hur stor andel av varje hälsocentrals listade patienter som besöker sin hälsocentral, finns även där variationer. (Se bild på nästa sida). Det är ganska tydligt att andelen som besöker sin hälsocentral i Östersundsområdet är betydligt mindre än på många andra ställen i länet. Det kan ha flera förklaringar. En är att det återspeglar åldersstrukturen i Östersundsområdet, som har en väsentligt lägre andel över 65 år, 19,9 procent, jämfört med till exempel Backe hälsocentral, vars motsvarande andel uppgår till 33,9 procent. Förra året fick Backe hälsocentral besök av 87,3 procent av sina listade patienter. Äldre personer har normalt större vårdbehov.

Om man arbetar i Östersund och bor på annan ort är det lätt till hands att man besöker en hälsocentral som ligger i Östersund i närheten av sin arbetsplats. Bland de som arbetar i Östersund finns det många som pendlar från orter som har hälsocentraler. En annan förklaring kan vara att en del av de listade patienterna istället går direkt till akutmottagningen på Östersunds sjukhus eller till annan del av specialistvården.

Bild 2: Andel i procent av varje hälsocentrals listade patienter som besökte sin hälsocentral 2013, beräknat på totala öppenvårdsbesök 2013 i den landstingdrivna primärvården

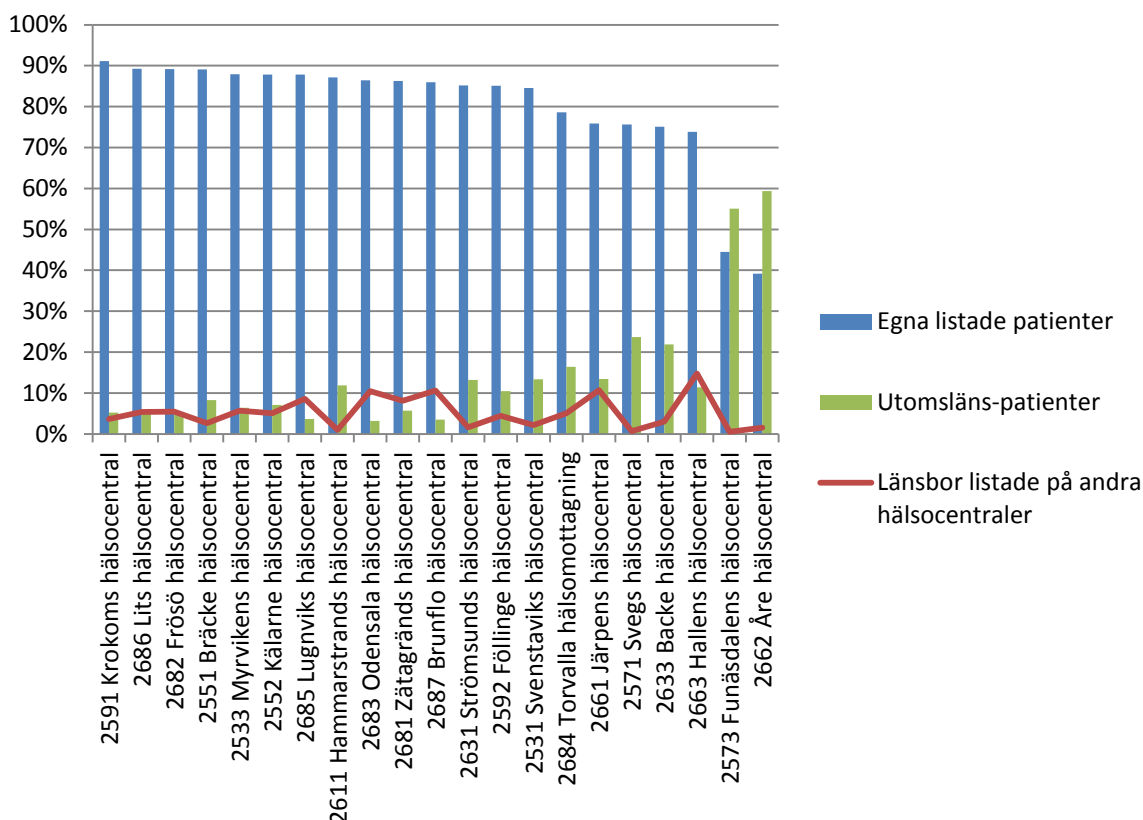


Hälsocentralerna får dock inte bara besök av sina listade patienter. Följande bild visar den procentuella fördelningen av de patienter som besöker respektive hälsocentral på:

- egna listade patienter
- patienter listade på annan hälsocentral i länet
- patienter från andra län och andra länder.

Bilden visar att patientstrukturen har en utpräglad turistprofil med många utomlänbesök i Åre och Funäsdalen.

Bild 3: Fördelning av varje hälsocentrals patienter på egna listade, listade från andra hälsocentraler i länet samt utomlänspatienter, beräknat på totala öppenvårdsbesök 2013 i den landstingdrivna primärvården

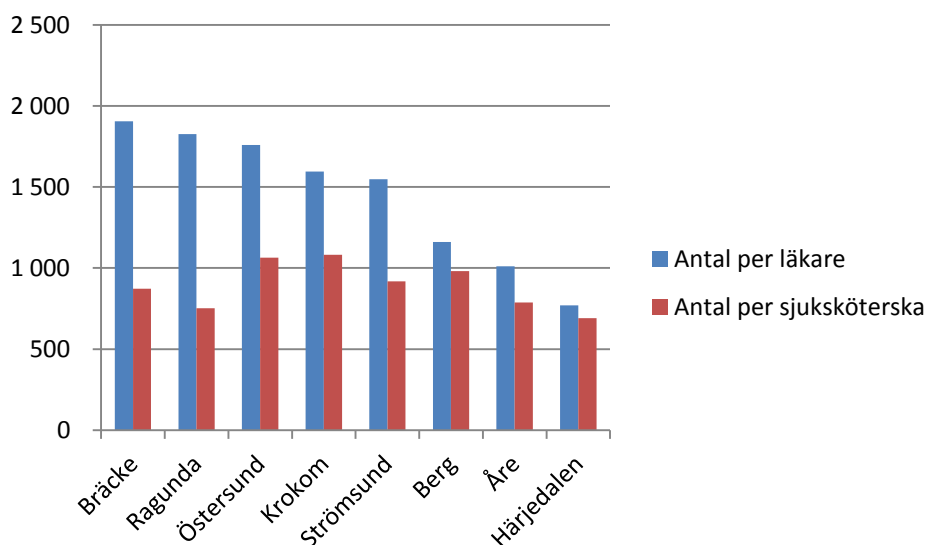


3.3 Personalstruktur och hälsocentraler

Antalet listade patienter per läkare respektive sjuksköterska varierar också en hel del över länet. Där antalet patienter per läkare är allra störst – Bräcke och Ragunda – kompenserar man för detta genom att ha relativt sett färre patienter per sjuksköterska. Dessutom har hälsocentralerna i dessa områden andra personalkategorier som har ett mer begränsat antal patienter.

Siffrorna baseras på budgeterade tjänster, vilket innebär att vissa av tjänsterna periodvis kan vara vakanta och ge ett högre tryck på dessa hälsocentraler än vad diagrammen visar. Åre och Härjedalen har ett relativt lågt antal listade patienter per läkare respektive sjuksköterska, vilket speglar att de måste bemanna hälsocentralerna för att klara av ett betydligt större antal patienter än de listade, som visades tidigare i bild 3.

Bild 4: Antal listade patienter per personalkategori, baserat på budgeterade tjänster, den landstingsdrivna primärvården

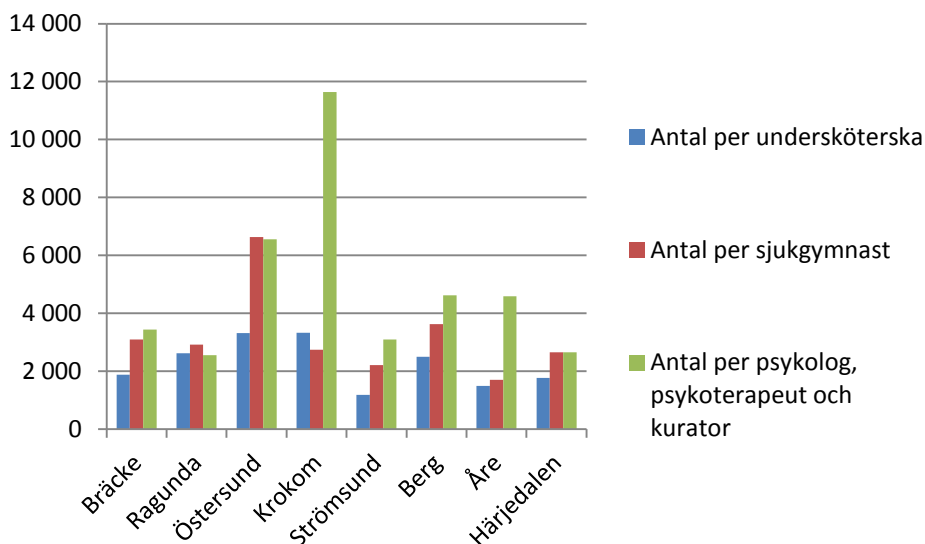


En annan faktor som påverkar bemanningen av läkare m fl per listad patient är hur mycket vård de listade patienterna bedöms behöva. Åldersfaktorn och den socioekonomiska faktorn i kapiteringsersättningen avser att indikera detta. Det går därför inte att sätta upp en generell bemanningsnorm, t ex x listade patienter per läkare, som den "rätta" bemanningen. Istället måste man utgå från patientstrukturen på den enskilda hälsocentralen.

När man tittar på antalet listade patienter per andra personalkategorier blir variationerna betydligt större. Listade patienter per psykosocialt team, eller de yrkeskategorier som arbetar med patienter med psykisk ohälsa, varierar stort mellan de olika orterna⁶. Det finns flera förklaringar till

⁶ Det bör påpekas att det 2013 fanns ca 5 tjänster som psykiatrisjuksköterska som också arbetar med patientgruppen med psykisk ohälsa. Deras besök fångas inte upp i statistiken, men bör påverka den endast marginellt.

Bild 5: Antal listade patienter per personalkategori, baserat på budgeterade tjänster, den landstingsdrivna primärvården



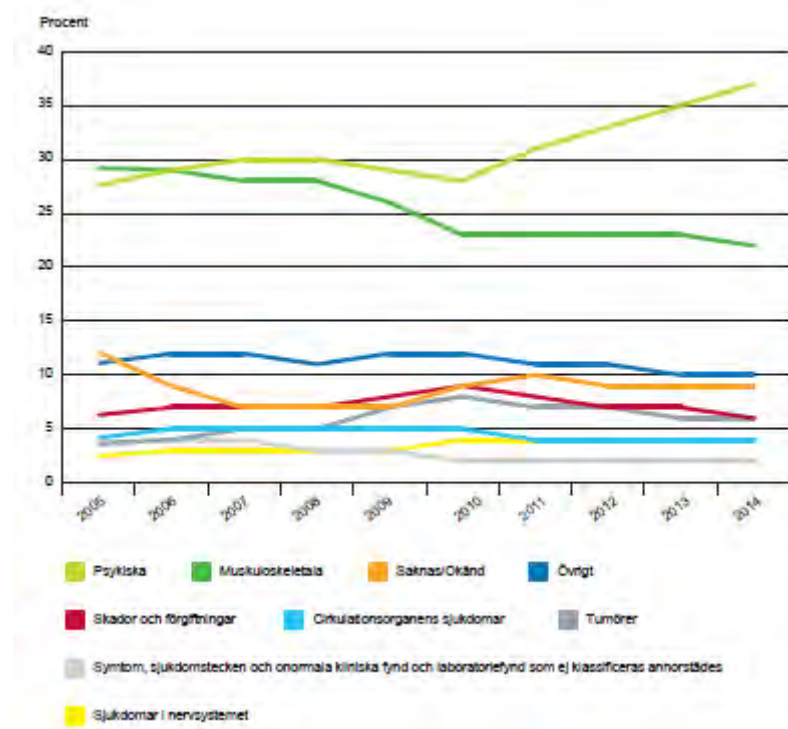
de stora skillnaderna mellan hälsocentraler på olika orter. Personalgruppen består av relativt få tjänster, ca 23 budgeterade tjänster totalt för den landstingsdrivna primärvården. Det innebär att vissa hälsocentraler köper tjänsterna av andra hälsocentraler, både landstingsdrivna och privata och kan då ha en lägre egen bemanning. Det omvända kan också ske, att hälsocentraler säljer tjänster till de privata.

I Östersunds och orterna i närheten av Östersund vänder sig vissa patienter direkt till barn- och ungdomspsykiatri eller vuxenpsykiatri inom specialistvården. Ungdomsmottagningen, som inte är inräknad i statistiken i bilden, kan i viss utsträckning ta hand om en del av de yngre patienterna med psykisk ohälsa. För övrigt kan det vara så att skillnaderna i bemanning beror på skillnader i psykisk ohälsa eller att det på vissa hälsocentraler är läkare som i första hand tar hand om denna patientgrupp. För att kunna avgöra det skulle djupare undersökningar behövas.

Mellan 20 och 40 procent av befolkningen⁷ har i undersökningar uppgett att de lider av psykisk ohälsa. Det handlar till största delen om lindrigare depressioner och ångesttillstånd eller varierande problem av psykosocial karaktär, ofta i kombination med missbruk. Av primärvårdens besök, i landet som helhet, utgörs mellan 15 och 20 procent av personer som söker vård för problem som rör psykisk ohälsa. Diagnoser inom detta område är den vanligaste orsaken till sjukskrivningar och de är växande. Patienter med olika former av psykisk ohälsa kan tas om hand på olika sätt inom primärvården och det är därför viktigt att ta hänsyn till det i utformningen av förslag till ny struktur för primärvården.

⁷Socialstyrelsen

**Bild 6: Olika diagnosers andel av pågående sjukdomsfall i december 2013
(källa:Försäkringskassan 2014)**



När det gäller sjukgymnastiken avviker framför allt Östersundsområdet med ett betydligt större antal listade patienter per sjukgymnast. Landstinget har avtal med 28 privata sjukgymnaster, varav 19 stycken är verksamma i Östersunds kommun. Om de tas med i beräkningarna sjunker antalet listade patienter per sjukgymnast till 2 163 i Östersund, vilket ligger i nivå med övriga länet.

3.3.1 Arbetssätt som innebär omfördelning mellan olika yrkeskategorier

Brist på läkare har sedan tidigare lett till att primärvården ändrat arbetssätt så att andra yrkeskategorier tar hand om vissa hälsoproblem. En bra metod vid införande av nya arbetssätt, som både involverar primärvårdspersonal och till exempel personal vid sjukvårdsrådgivningen, är att utforma ett flödesschema och sedan följa detta. Ett sådant exempel som har tillämpats i flera andra landsting⁸ innebär att patienter hänvisas till och kan boka tid direkt hos sjukgymnaster för att få hjälp med sina sömnproblem. Först i ett nästa steg, om det blir nödvändigt, träffar patienten en läkare.

Jämtlands läns landsting har infört en liknande lösning för artrospatienter genom att skapa en *artrosskola* (Se avsnitt 3.4).

⁸ Bland annat i Gävleborg och Jönköpings läns landsting.

3.3.2 Kompetensförändringar

Förändringar i vem som gör vad på en hälsocentral, kan även baseras på höjning av kompetensen hos olika yrkesgrupper, så att de kan ta över vissa arbetsuppgifter från andra. Sådana satsningar görs i flera av norrlandstingen. I Västerbottens län startades till exempel hösten 2013 en magisterutbildning för sjuksköterskor i omvårdnad med inriktning mot glesbygd. Enligt Peter Berggren, distriktsläkare vid sjukstugan i Storuman och chef för Glesbygdsmedicinskt centrum, ger utbildningen ”en fördjupning och breddning av det som ingår i en distriktsköterskas kompetens. Glesbygdsjuksköterskan kommer att få mer av akutsjukvård och diagnostik. Hon ska kunna ta beslut, sy ihop sår och röntga skelett för att ta några exempel”⁹.

3.3.3 Teknikutveckling

Utvecklingen av distansoberoende teknik lyfts fram som ett satsningsområde i den långsiktiga planen för god ekonomisk hushållning. Distansoberoende teknik ger större möjligheter för läkare och annan sjukvårdspersonal att rådfråga personal på annan hälsocentral eller inom specialistvården. Men det handlar även om möjlighet till kontakt på distans mellan patient och vårdpersonal. Landstinget har redan startat ett sådant projekt om ett *virtuellt hälsorum*, där en patient på distans kan få kontakt med läkare eller annan sjukvårdspersonal för att diskutera sin hälsa, sända över provtagningsvärden, t ex blodtryck m m. Större nyttjande av sådan teknik innebär att primärvården kan bli mindre beroende av att ha en viss bemanning på en viss geografisk plats och ska beaktas i utredningen.

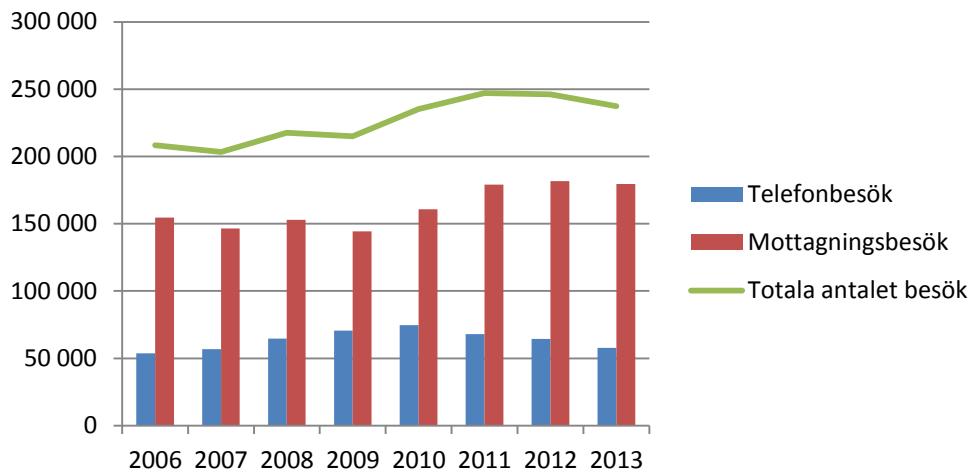
3.4 Utveckling av öppenvårdsbesök

Antalet läkarbesök totalt i Jämtlands län ökade svagt fram till 2009. Det var läkarnas telefonbesök som ökade. Samtidigt minskade mottagningsbesöken något. Fler telefonbesök var en anpassning till att människor sökte vård i större utsträckning, samtidigt som primärvården inte hade möjlighet att utöka bemanningen. Under samma period ökade även besöken till distriktsköterskorna och besöken till andra personalkategorier, t ex sjukgymnasterna.

Från 2009 till 2013 ökade besöken till läkarna med ca 10 procent. Det var mottagningsbesöken som ökade med 25 procent, samtidigt som telefonbesöken minskade med nästan 20 procent. Undantaget var 2013, då läkarbesöken totalt minskade till följd av stafettläkarstoppet.

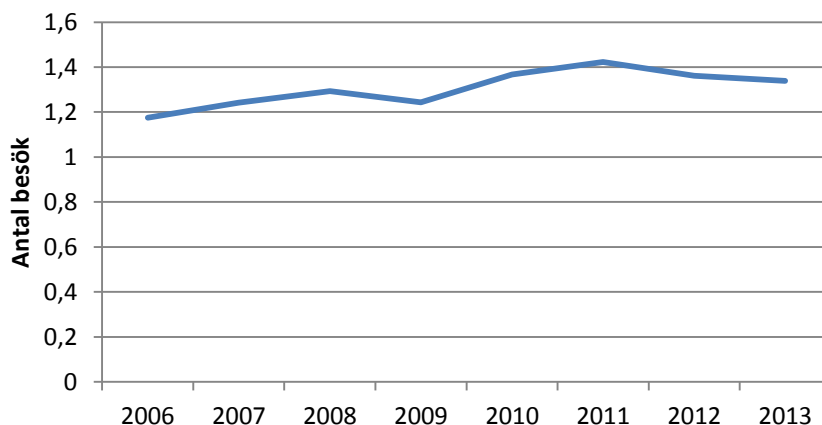
⁹ <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2013/Nr-5-2013-5/pecialister-pa-glesbygd/>

Bild 7: Antalet läkarbesök i den landstingsdrivna primärvården



En trolig förklaring till ökningen är att många av de vakanser som uppstod när ett antal läkare lämnade primärvården 2010, ersattes med stafettläkare. Eftersom stafettläkare inte har några andra åtaganden, hinner de med fler patientbesök. Detta verkar också bekräftas om man sätter besöken i relation till utförd tid för både anställda läkare och stafettläkare, som visas i nästa bild.

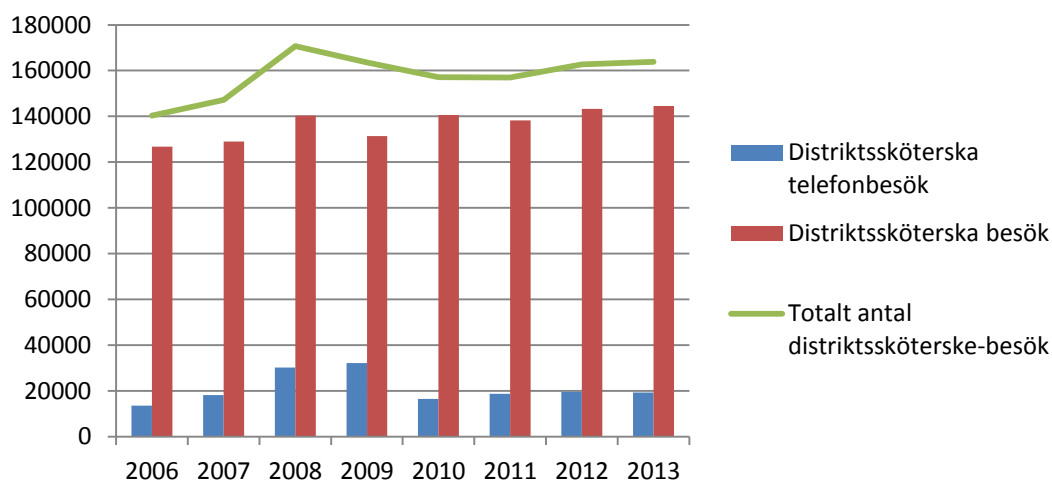
Bild 8: Antalet läkarbesök per timme utförd tid för både anställda läkare och stafettläkare, landstingdrivna primärvården



Att uppnå så många besök som möjligt är dock inget självändamål. Färre och längre besök, där flera hälsoproblem hanteras samtidigt, kan vara bättre för patienten och dessutom medföra lägre kostnader för sjukresor.

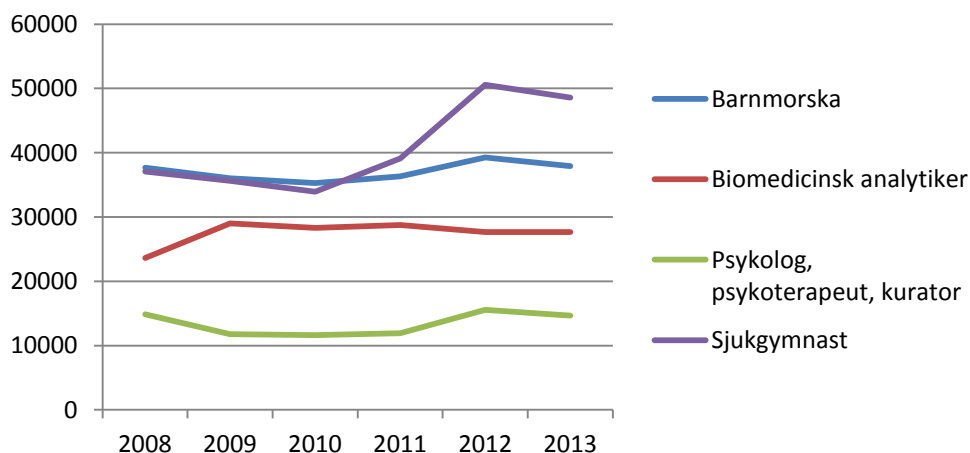
Distriktssköterskebesöken ökade med nästan 17 procent över perioden, varav telefonbesöken med 42 procent och mottagningsbesöken med 14 procent.

Bild 9: Antalet distriktssköterskebesök i den landstingsdrivna primärvården



En del av ökningen av distriktssköterskebesöken¹⁰ kan förklaras med en medveten strävan att fler lindrigare hälsoproblem ska tas om hand av distriktssköterskor. Läkarna får då mer tid till att ta hand om patienter med större behov.

Bild 10: Antalet öppenvårdsbesök i den landstingsdrivna primärvården



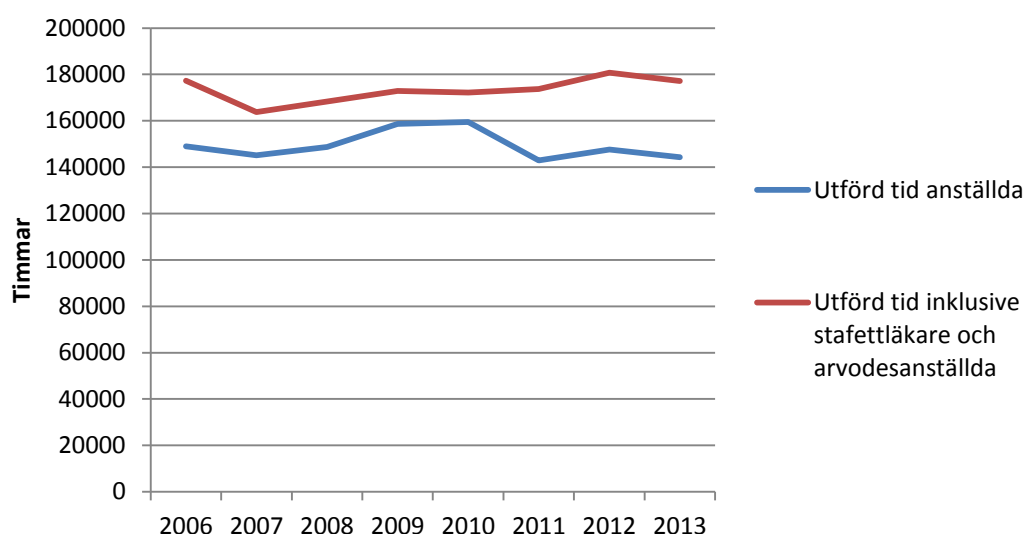
Bland öppenvårdsbesöken för de personalkategorier som visas i bilden ovan avviker sjukgymnastikbesöken markant från övriga. En del i förklaringen är artrosskolan som är ett nytt resurseffektivt sätt att ta hand om artrospatienter. Eftersom det rör om en aktivitet i grupp vid flera tillfällen kan det ersätta en stor mängd individuella besök. Resultaten har varit mycket goda och innebär att många patienter inte behöver besöka läkare utan lär sig att själva hantera sin sjukdom.

¹⁰ Den stora minskningen av telefonbesök mellan 2009 och 2010 beror på att reglerna för hur telefonbesöken ska registrerats har skärpts.

3.5 Utförd tid

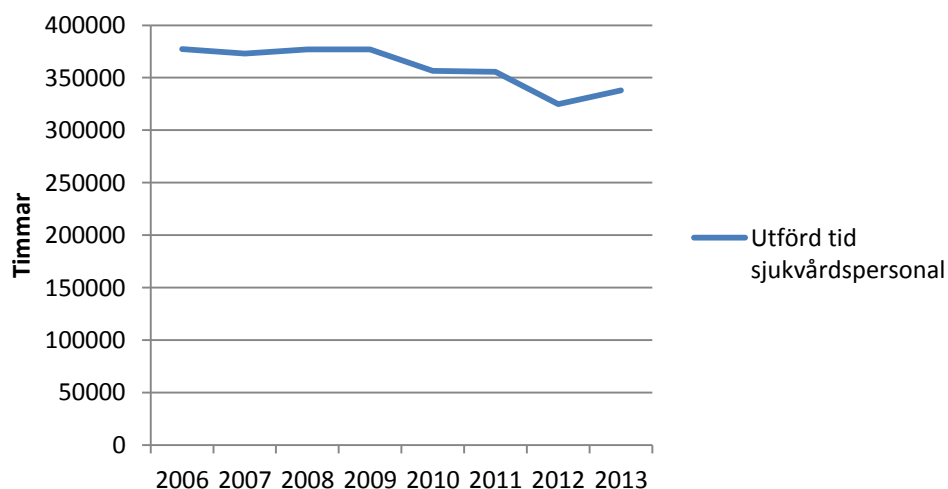
Utan bemanning med stafettläkare skulle den utförda tiden för läkare ha minskat sedan 2006. Med hjälp av stafettläkare hamnade den utförda tiden på samma nivå som 2006.

Bild 11: Utförd tid för fast anställda läkare i den landstingsdrivna primärvården samt stafettläkare och arvodesanställda



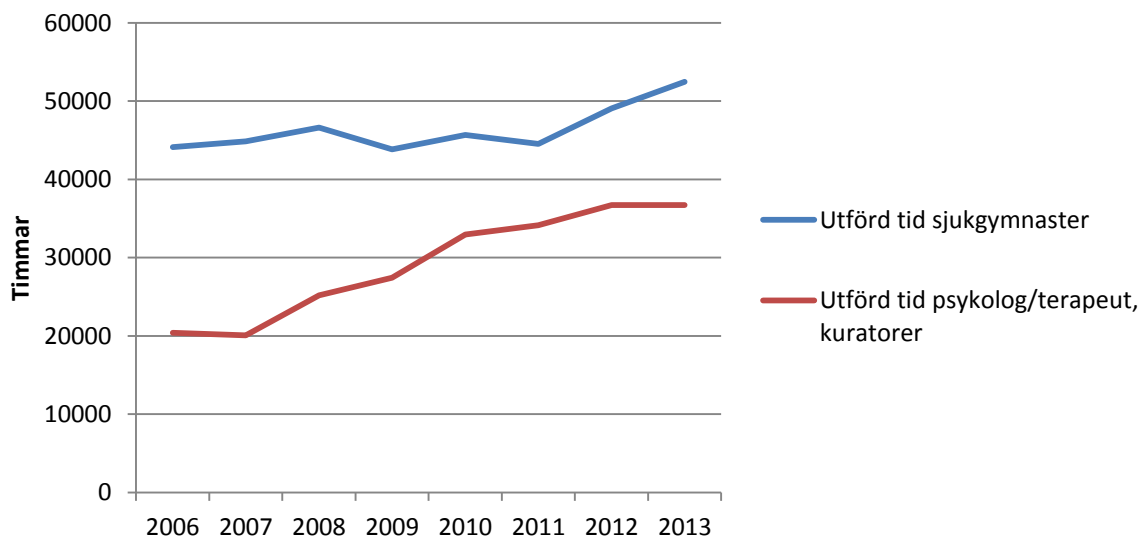
På grund av det sätt som informationen visas på, i det system som siffrorna hämtas från, har det inte varit möjligt att ta fram utförd tid på enbart distriktssköterskor för perioden 2006-2013. Om hela gruppen barnmorskor, distriktssköterskor, undersköterskor, biträden och liknande sjukvårdspersonal slås ihop, visar det sig att den utförda tiden har minskat sedan 2006. Det var framför allt i samband med omställningsarbetet 2010, då ett tjugofemtal tjänster försvann, som antalet timmar minskade extra mycket.

Bild 12: Utförd tid för barnmorskor, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, biträden med flera sjukvårdspersonal i den landstingsdrivna primärvården



Den utförda tiden ökade under perioden med 19 procent för sjukgymnaster och 80 procent för gruppen psykolog, psykoterapeut och kuratorer. Mätt i timmar är dessa grupper små i förhållande till läkare och sjuksköterskor. Ökningen inom gruppen psykologer, psykoterapeuter och kuratorer motsvarar ca 10 tjänster och kan kopplas ihop med den allmänna utvecklingen av psykisk ohälsa.

Bild 13: Utförd tid för sjukgymnaster och gruppen psykologer, psykoterapeuter, kuratorer



3.6 Primärvårdens ekonomiska situation

3.6.1 I en nationell jämförelse

Om kostnaderna för primärvården i Jämtlands län jämförs med övriga landsting så hamnar landstingets kostnader för primärvård i den övre halvan, ca 8 procent över rikssnittet. I rapporten "Öppna jämförelser 2013"¹¹ påpekas att "kostnadsjämförelsen är grov, då primärvårdens vårdkontakter inte speglar hela primärvårdsinsatsen." Dessutom fångar måttet inte in hur lång tid en vårdkontakt tar. "Det spelar stor roll för utfallet om en vårdgivare strävar efter att ta upp flera av patientens hälsoproblem vid ett och samma (då längre) besök, eller om man istället föreslår patienten flera och kortare besök." Detta stämmer in på förhållandet i primärvården i Jämtlands län. Patienterna i länet har många gånger en, i nationell jämförelse, lång resväg till sin hälsocentral och primärvården väljer därför ofta att behandla flera hälsoproblem vid samma tillfälle. Denna strävan bidrar även till att begränsa kostnaderna för sjukresor, som är mycket stora i Jämtlands läns landsting.

¹¹ Öppna jämförelser 2013, Hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen och SKL

Bild 14: Kostnad per viktad vårdkontakt i primärvård, 2012, hemsjukvård och läkemedel inom förmånen exkluderade, Källa: Öppna jämförelser



Med hänsyn till primärvårdens struktur med många små hälsocentraler är det helt enligt förväntningarna att kostnaderna primärvården i Jämtlands län är högre än genomsnittet i riket.

Primärvården i Jämtlands län har dessutom ett betydligt bredare uppdrag än på många andra håll i landet. På flera hälsocentraler har man t ex röntgenverksamhet, akutsjukvård, gipsning, transfusioner m m. Det innebär att primärvården utför ett antal åtgärder som man i många andra län skulle ha utförts på ett sjukhus.

Läkarförbundet har nyligen gjort en översyn¹² över den utveckling inom primärvården som skett efter att det obligatoriska vårdvalet infördes 2010. Bland annat tar man upp primärvårdens kostnadsandel av den totala hälso- och sjukvården. I rapporten sägs: ” I diskussionen om hälso- och sjukvården utveckling ses det som en sanning att uppgifter och resurser successivt förts över från specialiserad vård till primärvård. Läkarförbundets bearbetningar av SKL:s statistik visar att kostnadsandelarna för vårdens olika huvudområden varit oförändrade under 2000-talet. I den mån uppgifter har förts över från den specialiserade vården till primärvården har det således inte fått effekten att primärvårdens andel av resurser och kostnader också ökat.”

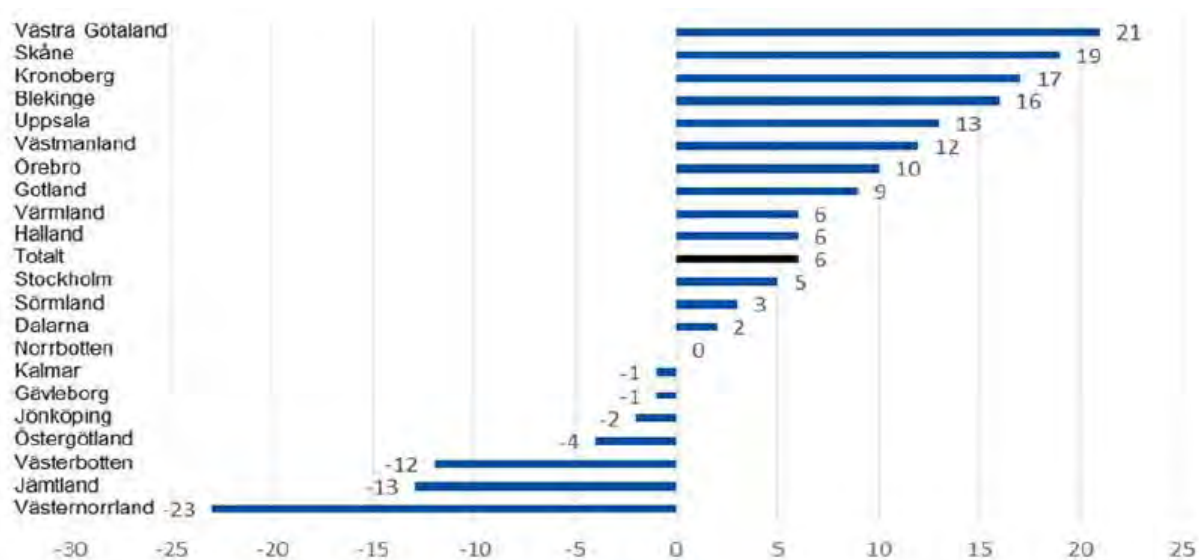
På samma sätt som i övriga Sverige, har arbetsuppgifter överförts från specialistvården till primärvården i Jämtlands län utan att centrumet tillförts mer resurser. Primärvården kan även få fler besök och ökade kostnader, om verksamheter inom specialistvården försöker minska sina kostnader genom att exempelvis vakanshålla tjänster. Om primärvården ska kunna arbeta med

¹² Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval, Rapport, april 2014, Sveriges läkarförbund

kostnadskontroll och effektiviseringar är det nödvändigt att man kan påverka vilka arbetsuppgifter som överförs från specialistvården. I utredningsarbetet bör ingå att hitta en metod för att hantera dessa och liknande frågor som rör gränssnittet mellan primär- och specialistvård.

Även om primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna varit i stort sett oförändrad på en nationell nivå, har stora förändringar skett om siffran delas upp på samtliga landsting.

Bild 15: Förändring av primärvårdens andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2002-2012, exkl. läkemedel i öppen vård och primärvårdsansluten hemsjukvård (andel 2012 som procentandelen av 2002). Källa: Sveriges läkarförbund



Storstadsregionerna Västra Götaland och Skåne har således byggt ut sin primärvård det senaste decenniet, medan andelen primärvård av total hälso- och sjukvård har minskat i de norra delarna av landet. I rapporten kommer man inte med någon förklaring till denna utveckling men spekulerar i att det kan ha att göra med tillgången till läkare. Om ett landsting i utgångsläget har en relativt stor andel primärvård påverkar rimligen också utvecklingen.

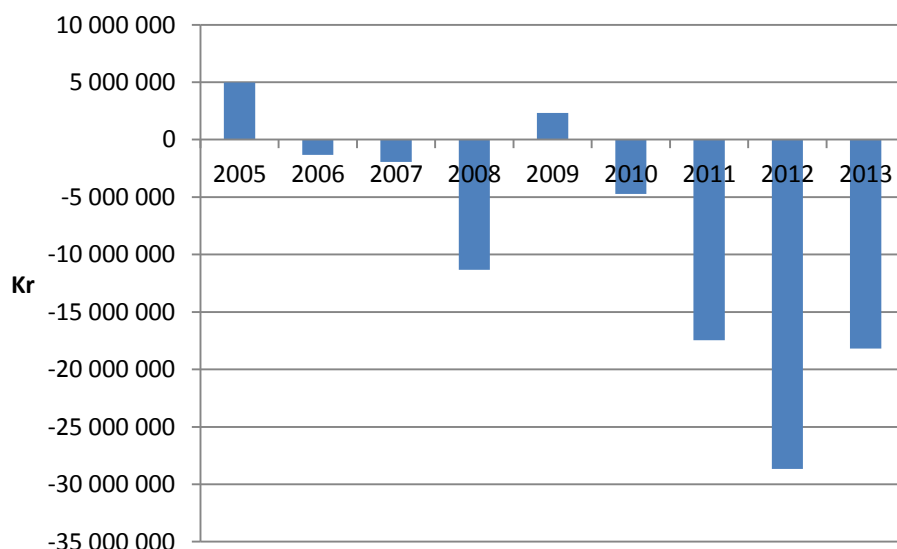
3.6.2 Kostnader för stafettläkare

Primärvården har under en lång tid varit beroende av stafettläkare för att bemanna läkartjänster, vilket medfört fördyringar av verksamheten. Trots detta avvek primärvårdens resultat endast marginellt från noll, under det första decenniet av 2000-talet (med några få undantag).

Primärvården satsade aktivt på att rekrytera ST-läkare för att långsiktigt säkra försörjningen av läkare, vilket ledde till fallande kostnader för stafettläkare fram till 2011 (med undantag för 2008). I samband med *omställningsarbetet 2009-2010* och införandet av det fria vårdvalet 2010, minskades budgeten för primärvårdens hälsocentraler med över 26 miljoner kronor, varav en stor del föll på Östersundsområdet. De arbetsuppgifter som primärvården skulle sluta göra, enligt utprioriteringsförslagen i omställningsarbetet, var inte av den karaktären att de ledde till realiserade besparingar i den omfattning som beräknats. (Arbetsuppgifterna utfördes inte av några

få personer, utan som en liten del av arbetstiden för många olika medarbetare.) I ett försök att ändå anpassa verksamheten till den mindre budgetramen beslutades om neddragningar av ett antal tjänster. Omställningsarbetet innebar även att ett antal arbetsuppgifter som tidigare utförts inom specialistvården överfördes till primärvården, utan att motsvarande resurser medföljde.

Bild 16: Primärvårdens resultat åren 2005-2013



Länets distriktsläkarförening framförde att *"Dålig arbetsmiljö i Jämtlands läns primärvård hotar patientsäkerheten och kan leda till läkarflykt."*¹³ Så skedde också. Missnöje med arbetssituationen ledde till att ett antal fast anställda läkare slutade 2010 och påföljande år. Primärvården lyckades inte ersätta alla de uppkomna vakanserna med fast anställda läkare, utan nyttjade istället stafettläkare i högre grad, något som ledde till kraftigt ökade kostnader. Även andra personalgrupper upplevde en försämring av arbetsmiljön. Efter inspektioner av Arbetsmiljöverket ställdes krav på landstinget att åtgärda arbetsmiljöproblemen, vilket ledde till viss återbemanning.

Om stafettläkarkostnaderna¹⁴ delas upp på Östersundsområdet och övriga länet blir det tydligt att en förändring skedde från 2010 och framåt. Fram till och med 2010 följde stafettläkarkostnaderna en fallande trend (med undantag för 2008) både i Östersundsområdet och i övriga länet. Från 2010 och framåt ökade åter stafettläkarkostnaderna kraftigt och det var i Östersundsområdet, som blev av med flest läkare, som den största ökningen skedde.

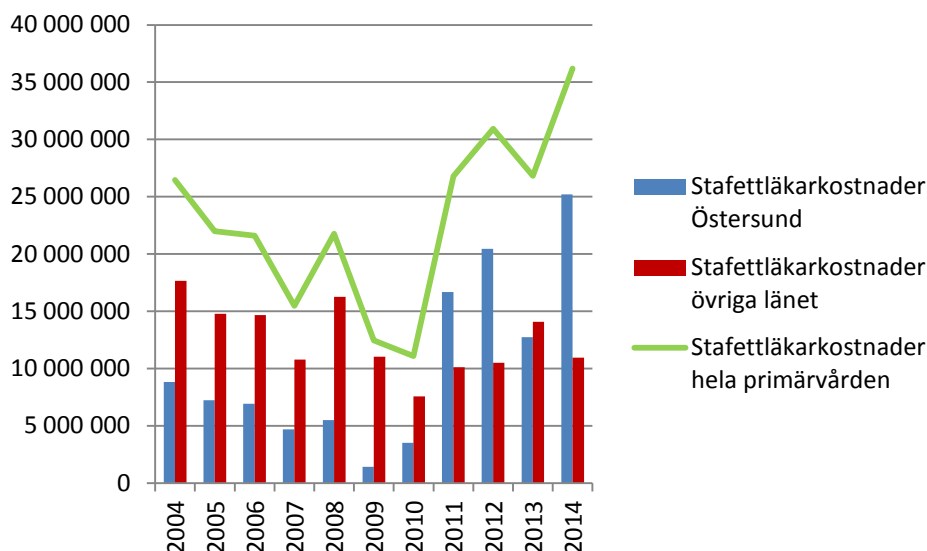
Under sommaren 2013 infördes ett stopp för anlitande av stafettläkare i Östersundsområdet, vilket ledde till att ytterligare läkare lämnade primärvården, de flesta av dem tänkta som ersättare för de läkare som går i pension under kommande år. Inom primärvården prövade man under 2013 att ersätta externa stafettläkare med interna stafettläkare, d v s anställda läkare som under särskilt avtal valt att arbeta som interna stafetter. Det var tolv läkare som under sammanlagt 2 084

¹³ Pressmeddelande, *Dålig arbetsmiljö i Jämtlands läns landsting hotar patientsäkerheten och kan leda till läkarflykt.*
LS/1185/2010

¹⁴ Siffrorna är rensade från de hälsocentraler som nu ersatts av privata för att få en korrekt jämförelse över tiden.

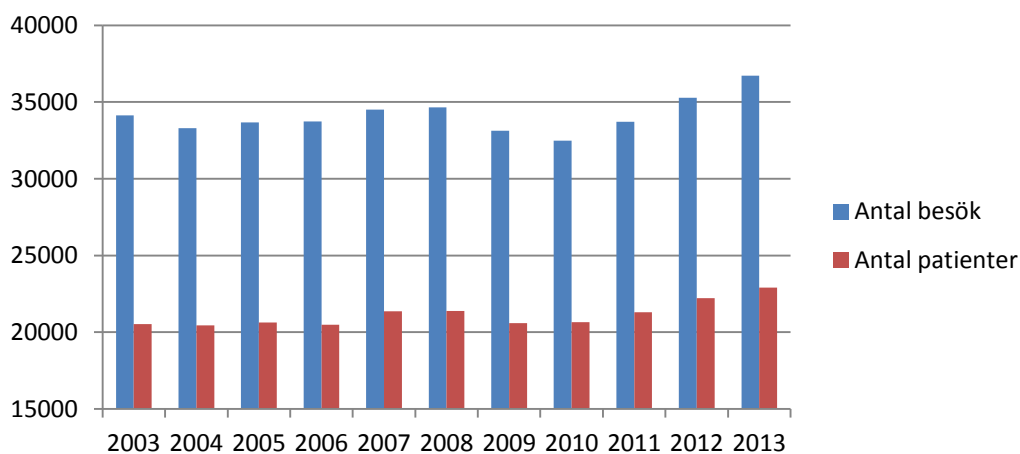
timmar arbetade på detta sätt. I relation till summan av arbetade timmar som utfördes av interna stafetter, arvodesanställda läkare och externa stafettläkare uppgick det till ca 6 procent.

Bild 17: Utvecklingen av stafettläkarkostnader inom primärvården 2003-2013, samt prognos 2014



Det ligger nära till hands att anta att den kraftiga ökningen av besök på akutmottagningen på Östersunds sjukhus från 2010 och framåt hänger samman med minskningen av antalet distriktsläkare samma period och stafettläkarstoppet i Östersund sommaren 2013. Från att ha pendlat kring ett snitt på ca 33 700 besök per år perioden 2003-2011, ökade besöken med över 3 000 besök eller 9 procent på bara två år. Då besök på akutmottagningen kostar mer än besök hos primärvården leder det ett ineffektivt nyttjande av landstingets resurser.

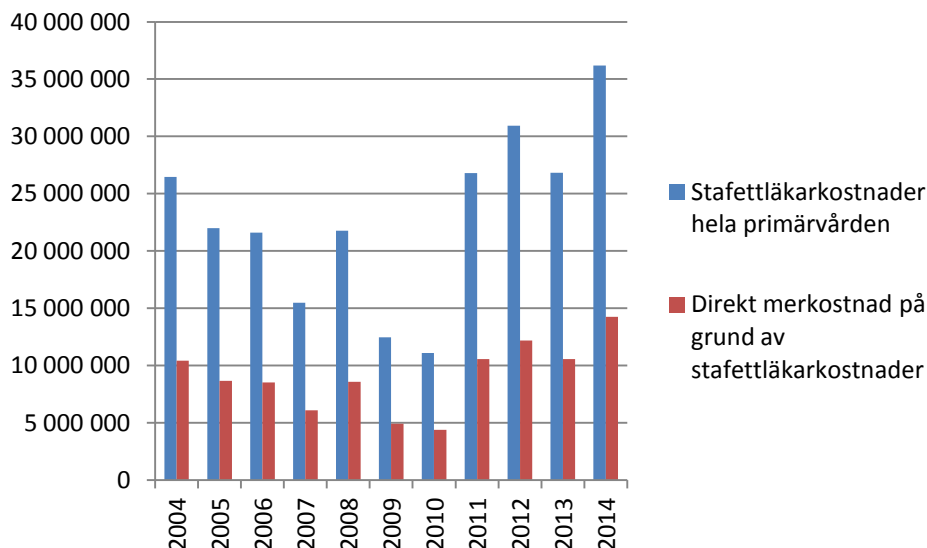
Bild 18: Antal besök och antal patienter på akutmottagningen 2003-2013



Stafettläkare anlitas framför allt för att ersätta vakanser som primärvården inte lyckats fylla med fast anställda läkare. Därför kan inte de *totala* stafettläkarkostnaderna betraktas som en

besparingspotential, för det fall som landstinget lyckas rekrytera distriktsläkare. Landstinget betalar bara stafettläkarna för den tid de faktiskt är på plats och arbetar. Dessutom kan de i större utsträckning än de fast anställda läkarna arbeta direkt med patientarbete. Därför brukar man, som en tumregel, räkna med att en stafettläkare hinner med ca 40 procent fler besök än en fast anställd läkare. Med direkt merkostnad avses den kostnad som uppstår för att betala för en stafettläkare istället för att betala lön till en fast anställd läkare. Sedan brukar man även räkna med ökade kostnader till följd av mer provtagning, fler remisser till sjukhuset och fler missar i de dagliga rutinerna, det vill säga ökade kostnader på grund av att kontinuiteten saknas, då stafettläkare normalt inte följer sina patienter under en längre tid.

Bild 19: Primärvårdens totala stafettkostnader och merkostnad för stafettläkare jämfört med fast anställda läkare 2004-2013, prognos 2014

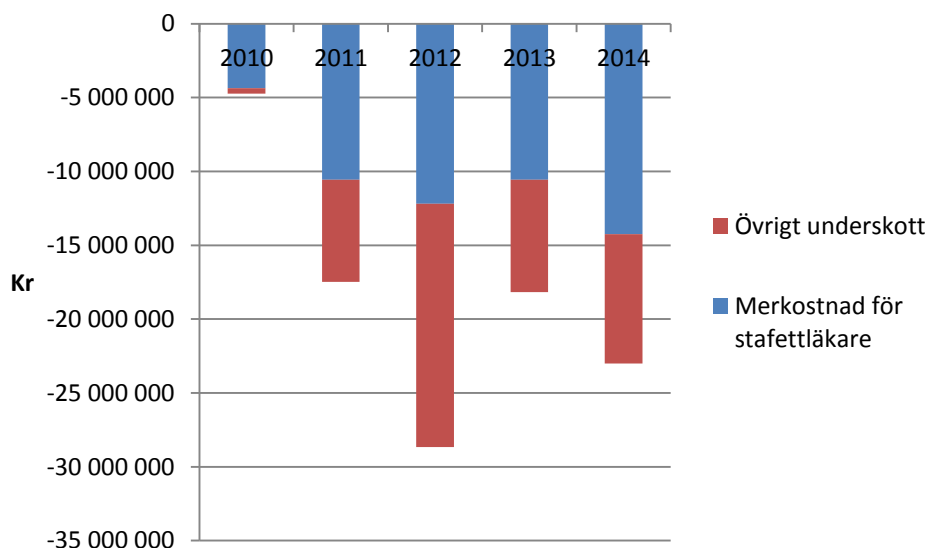


Om man antar att dessa indirekta och mer svårångade kostnader går jämnt upp¹⁵ med den grovt skattade siffra på 40 procent fler besök för stafettläkare, som ibland brukar användas, blir den maximala besparingspotentialen av att rekrytera fast anställda läkare de ca 65 procent mer de kostade per timme utförd tid 2013. Då har kostnaderna för de fast anställda läkarna baserats på alla kostnader för dem som bokförts på de personalkategorier som berörs¹⁶. Resultatet visas i nästa bild:

¹⁵ Enligt SKL blir den totala kostnaden för hyrläkare dubbel så stor om man räknar in kostnader för kvalitetsbrister och kostnader för onödig administration, varför det bör vara rimligt att anta att de 40 procenten fler besök "äts upp" av andra kostnader.

¹⁶ Personalkostnader baserade på olika läkarkategorier sorterade på *pgrupp* i Divern.

Bild 20: Primärvårdens underskott 2010-2013, prognos 2014 uppdelat på del av underskottet orsakat av stafettläkarkostnader och övrigt underskott



Det innebär att: Ifall inga andra förändringar av primärvårdens verksamhet sker, kommer det att kvarstå en ekonomisk obalans, även om alla stafettläkare ersätts av fast anställda läkare. Obalansen är i storleksordningen 5 – 15 miljoner kronor för centrum primärvård.

3.6.3 Kostnader för sjukresor

Även om sjukresekostnaderna är förhållandevis höga för primärvården i Jämtlands län jämfört med många andra län, utgjorde de 2013 endast 1,8 procent av primärvårdens nettokostnader (9,9 miljoner kronor). Vid eventuella förslag till förändringar av primärvårdsstrukturen, som innebär ökade sjukresekostnader, måste denna kostnadsökning ställas mot beräknade besparingar till följd av strukturförändringen.

3.7 Rekrytering av läkare

I förslaget till förändringar av primärvårdsstrukturen i Jämtlands län, måste hänsyn tas till vad som krävs för att kunna rekrytera läkare till primärvården.

3.7.1 Rekryteringssituationen i landet

Enligt en prognos från Socialstyrelsen väntas antalet specialister i allmänmedicin minska med totalt 32 procent fram till år 2025. I en rapport från Läkarförbundet¹⁷ har läkarbemanningen i primärvården undersökts. I sin analys av Socialstyrelsens prognos, antar de att den prognostiserade minskningen är en följd av den höga medianåldern i specialiteten, som var 56 år 2013. Vidare konstaterar de att specialisttjänstgöringen inte har dimensionerats utifrån beräknade

¹⁷ Läkarförbundets undersökning av primärvårdens bemanning, mars 2013.

pensionsavgångar. Samtidigt som andelen som är äldre än 55 år uppgår till ca 55 procent utgör gruppen upp till 44 år bara ca 16 procent. Det faktum att den yngsta gruppen är så liten kommer i sig att leda till en framtida brist, såvida inte läkare kan rekryteras från annat håll.

Läkarförbundets undersökning, som baserades på enkäter till landets alla hälsocentraler (svarsfrekvens 98,5 procent) visade på att det saknades ca 1 400 heltidsarbetande läkare i primärvården för att nå det mål som riksdagen fastställt för år 2008.¹⁸

Det antal ST-läkare som var i tjänst i primärvården då undersökningen gjordes var otillräckligt för att kunna täcka det framtida behovet av specialistläkare i primärvården. Den beräknade bristen baserades på att det genomsnittliga antalet listade patienter per läkare i Sverige var 1 942 hösten 2012. Motsvarande siffra för den landstingsdrivna primärvården i Jämtlands län är hösten 2014 ca 2 000 patienter per läkare, om bara de bemannade tjänsterna räknas med. Ifall siffran beräknas på budgeterade tjänster, det vill säga inklusive vakanser, som ofta ersätts med stafettläkare, hamnar det genomsnittliga antalet patienter per läkare på ca 1 500 patienter.

Tabell 4: Statistik över listade patienter per läkare

Siffror från Läkarförbundets undersökning hösten 2012	Antal listade patienter per läkare
Genomsnitt Sverige samtliga hälsocentraler ¹⁹	1 942
Ca 25 procent av hälsocentralerna	1 600 eller färre
Ca 20 procent av hälsocentralerna	2 400 eller fler
Jämtlands län	1 584

Siffror hösten 2014 Jämtlands län	Antal listade patienter per läkare
Landstingsdrivna primärvården, antal listade per bemannad tjänst enligt budget	2 000
Landstingsdrivna primärvården, antal listade per budgeterad tjänst inklusive vakanser	1 500

Det motsvarar den norm som Läkarförbundet har satt upp som eftersträvaransvärd. I rapporten skriver man också att ”För att anpassa vårdutbudet till befolkningens möjligheter att tillgodose sina vårdbehov har ansetts att primärvården bör ha en betydligt högre läkartäthet i de glesare befolkade delarna av landet än i övriga delar.” Precis som citatet beskriver är antalet listade patienter per läkare lägre än rikssnittet i Jämtlands län för att primärvården ska klara av det betydligt bredare uppdrag man har jämfört med många andra mer tätbefolkade län med flera sjukhus.

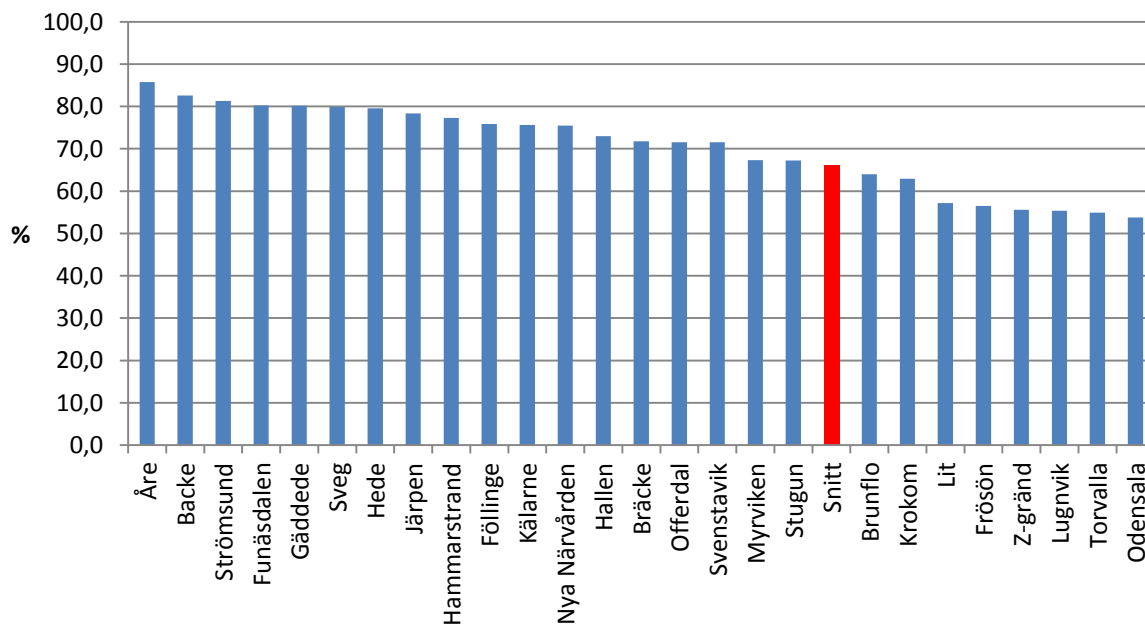
Uppdragets bredd, det vill säga hur stor andel av en befolknings behov av hälso- och sjukvård som en hälsocentral klarar av att tillgodose, kan mätas med nyckeltalet *täckningsbidrag*. Täckningsgraden definieras som andelen primärvårdsbesök av det totala antalet öppenvårdsbesök hos en given befolkning, i det här fallet antalet listade patienter per hälsocentral. I Jämtlands län har primärvården en täckningsgrad på i genomsnitt 66 procent. Inom länet varierar

¹⁸ Målet innebar att antalet specialister i allmänmedicin skulle öka med 170 per år fram till år 2010. Läkarförbundet räknade fram att ökningen skulle leda till att det fanns 1 500 patienter i snitt per läkare år 2010. Detta baserades på befolkningsprognoser från 1998. Antalet specialister ökade inte med 170 per år. Dessutom skulle antalet ha behövt öka ännu mer, eftersom verklig befolkningsstorlek blev närmare 300 000 fler än enligt prognosen. Det motsvarar ett ytterligare behov av nästan 200 läkare.

¹⁹ Hösten 2012 fanns 1 160 hälsocentraler i landet, varav 41 procent var privata.

täckningsgraden och inte oväntat så är det hälsocentraler som har långt till östersunds sjukhus som har den högsta täckningsgraden.

Bild 21: Täckningsgrad för primärvården i Jämtlands län sorterat efter ort inklusive privata



I Stockholm och andra tätbefolkade län med många sjukhus är det här siffrorna betydligt lägre.

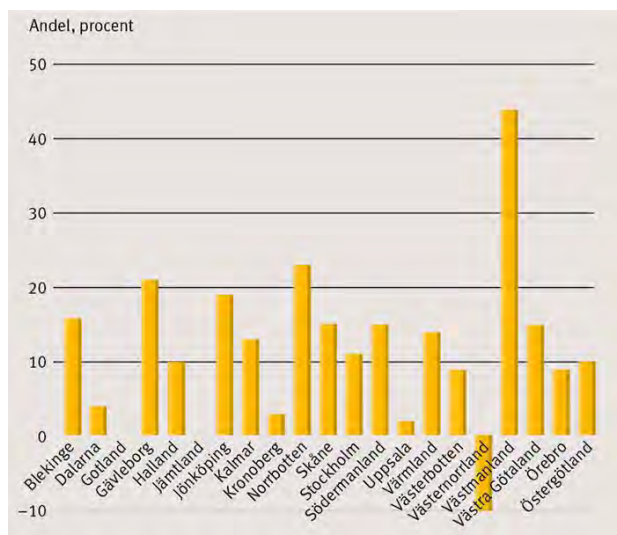
Några fakta från undersökningen:

- Det fanns 4 784 specialtläkare i den svenska primärvården hösten 2012, varav 85 procent var fasta och 15 procent arbetade på vikariat längre än en månad.
- 5 procent av dessa hade annan specialitet än allmänmedicin.
- 8 procent var 65 år eller äldre. För Jämtlands län var siffran 5 procent.
- En vanlig tisdag hösten 2012 tjänstgjorde 949 personer som stafettläkare vid landets hälsocentraler. Huvuddelen (71 procent) var allmänläkare och 20 procent var ännu inte färdiga specialister.
- Jämtlands läns landsting hade mer än dubbelt så hög användning av stafettläkare som genomsnittet i landet.
- Det fanns 1 863 ST-läkare i allmänmedicin vid landets hälsocentraler hösten 2012.

I rapporten sägs också att, om hälsocentralernas uppdrag skulle vara detsamma även 2017, skulle antalet ST-läkare behöva öka med 50 procent. När läkarförbundet följde upp förändringen av antal ST-läkare i allmänmedicin ett år senare²⁰ hade antalet ökat med 227 personer eller 12 procent. Variationen var dock stor inom landet. Behovet i utgångsläget är naturligtvis olika, t ex uppgav Hallands och Stockholms län att de hade tillräckligt med ST-läkare för att klara situationen fem år framåt. Jämtlands läns landsting hade en ökning med en person enligt primärvårdens bokslut 2013.

²⁰ Läkartidningen 25-26/2014

Bild 22: Förändringen av antal ST-läkare i allmänmedicin hösten 2012 till hösten 2013 i procent (källa: Sveriges läkarförbund)



Fortfarande är dock ökningen långt ifrån tillräcklig för att primärvården i Sverige ska kunna nå en balans 2017.

3.7.2 Rekryteringssituationen för Jämtlands läns landsting

Det har varit brist på specialister i allmänmedicin under lång tid och det är inget nytt att Jämtlands läns landsting måste konkurrera med övriga län vid rekryteringen. Lönen för distriktsläkare i Jämtlands län ligger redan på en högre nivå än rikssnittet. Medianlönen 2013 var 69 530 kronor jämfört med 68 800 kronor i riket.

Det är därför med annat landstinget måste konkurrera och det mest uppenbara är att uppnå arbetsplatser med en bra arbetsmiljö.

Med tanke på risken för att inte lyckas få tag på varken fast anställda läkare eller stafettkläkare i framtiden, en situation som uppstått på vissa håll redan nu, bör landstinget fortsätta utveckla arbetssätt som den tidigare nämnda *artrosskolan*. Ju fler hälsoproblem som andra yrkesgrupper kan ta hand desto mer tid får läkarna för de patienter vars behov endast de kan ta hand om. Landstinget har även problem att på vissa håll rekrytera annan personal, t ex sjuksköterskor.

3.7.3 Attraktiva arbetsplatser

Vad landets distriktsläkare uppfattar som en god arbetsmiljö har bland annat kartlagts genom flera enkätundersökningar²¹ som Svenska Distriktsläkarförbundet gjort. Faktorer som distriktsläkarna anser vara viktiga för en god arbetsmiljö kan sammanfattas med ”bra arbetskamrater, avgränsat uppdrag och avsatt tid för administration”. Där nämns att det är viktigt med

²¹ Den goda arbetsplatsen, praktiska råd för en god arbetsplats. Svenska Distriktsläkarförbundet. 2013

tydlig ansvarsfördelning och individanpassad arbetsfördelning. Man vill kunna påverka mängden patienter på mottagningen och kunna variera patienttiden beroende på diagnos etc. Variation i arbetet innebär att man inte vill ha enbart "snuvpatienter" och heller inte enbart tunga multisjuka patienter. Att kunna påverka övergripande beslut som rör verksamheten på arbetsplatsen är också viktigt. Och det framhålls att nivån på fortbildningen anses otillräcklig och "*Fortbildning blir ofta lågprioriterat när arbetsbelastningen är hög.*"

Arbetsuppgifter som ligger utanför kärnuppgifterna eller sådana som inte uppfattas som viktiga för professionen leder till stress. Likaså att behöva utföra uppgifter som man uppfattar inte behöver göras eller borde göras av någon annan, så kallade *illegitimate tasks*. Hur arbetet organiseras mellan olika personalgrupper inom primärvården är därför av stor betydelse för att kunna åstadkomma en god arbetsmiljö och mer attraktiva arbetsplatser.

Med tanke på att tillgången till distriktsläkare, enligt prognosen beräknas minska, bör möjligheten att utforma bra arbetsplatser vara en viktig del vid utformningen av förslag på primärvårdsstruktur.

Det är naturligtvis inte bara läkargruppen som är viktig för att kunna åstadkomma en bra primärvård. Skälet till att fokus i den här rapporten till viss del har legat på läkargruppen är att fast anställda läkare förbättrar möjligheten att få till en god arbetsmiljö även för övriga personalkategorier. Förekomsten av många olika stafettläkare ger mycket extraarbete för annan personal och det blir svårt att kunna utveckla rutiner och arbetssätt när det kommer nya personer ofta. Många av de faktorer som anses viktiga för läkargruppen är dessutom viktiga även för övrig personal.

4 PRINCIPERNA FÖR PRIMÄRVÅRDEN

Närhetsprincipen – att vården ska ges så nära hemmet som möjligt med beaktande av medicinsk säkerhet och samhällsekonomi – har varit vägledande för primärvården i Jämtlands län under en lång tid. De förutsättningar som fanns när nuvarande primärvårdsstruktur planlades har dock förändrats en hel del under de senaste decennierna. Befolkningsunderlaget är ett annat, med betydligt färre invånare utanför några mils omkrets kring Östersund. Infrastrukturen har genomgått omfattande förändringar, från många, spridda mindre centra med affärer och samhällsservice, till färre och större handelsplatser. Denna utveckling har skett parallellt med utbyggnad av vägar och kollektivtrafik. Människor har successivt vant sig vid längre transporter för att göra sina ärenden. Samtidigt finns nu möjligheter, genom distansberoende teknik, att få tillgång till en hel del vård utan att behöva befinnas sig på samma plats som vårdgivaren. Närhetsprincipen har därmed fått en något annorlunda innebörd.

Principen om *samordning* mellan olika delar av vården, respektive landstinget och kommunerna, "*för bättre helhetsyn och ökad patientnytta*", har eftersträvat länge och arbetet med att förbättra samordningen måste fortsätta. Oklarheter kring vem som ska göra vad i vården av en patient orsakar ofta brister i vårdkedjan. I förbättringar av samordningen ingår därför att tydliggöra vem som ska göra vad för patienten. I förlängningen leder det till att primärvårdens uppdrag tydligare måste definieras, vilket också ingår i den fortsatta utredningen.

Principen att primärvården i Jämtlands län ska vara *ekologiskt hållbar* med en så liten negativ miljöpåverkan som möjligt gäller fortsatt. Även i detta sammanhang ger den distansoberoende tekniken stora möjligheter som kommer att tas tillvara.

Primärvårdens uppgift att *främja folkhälsan och förebygga ohälsa* kvarstår också. Vid sidan om de ”patientskolor” man på många håll redan infört för att lära patienter hantera sina sjukdomar och bedriva egenvård, utvecklas även på detta område allt mer teknik som stöd, t ex i form av appar som gör det möjligt för individen att hålla koll på sin hälsa.

Med detta arbete, som ingår i den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning, kommer en förändring att ske som följer principen om att anpassa verksamheten ”*efter förändringar i befolkningsunderlag, medicinska behov eller ekonomiska förutsättningar*”.

Principen om att primärvårdens verksamhet ska vara uppföljningsbar och utvärderingsbar gäller även fortsättningsvis

5 NÄSTA STEG

Den arbetsgrupp som startats för att utforma förslag till ny primärvårdsstruktur har lagt upp följande plan för arbetet:

Analyskedet har redan inletts och kommer att fortsätta under hösten. Det innebär bland annat omvärldsbevakning för att hitta goda exempel där på hur en god primärvård kan bedrivas på andra håll i landet och utomlands. Det innebär även att hitta exempel på utvecklade arbetssätt i Jämtlands län.

Arbetet kommer att diskuteras och synpunkter och idéer tas upp på primärvårdsdagarna den 16-17 oktober då primärvårdens personal samlas. Ytterligare möten med olika personalgrupper planeras under slutet av 2014 och januari 2015. Syftet är både att ta tillvara idéer och förankra förslag hos personalen.

Via olika fora och medier (möten, chattar, enkäter och liknande) kommer även synpunkter från länsinvånare och patienter att inhämtas under samma period.

En rapport med förslag till ny struktur för primärvården Östersund kommer enligt planen att presenteras på styrelsen i maj.

Förslaget till struktur för primärvården i övriga länet kommer sedan att presenteras i slutet av 2015.

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

2014-10-17

Dnr LS/1493/2014

Folkbildningsrådet
Namn/avd
Gatuadress
Postnummer ORT

Begäran om utbetalning av statsbidrag för Birka och Bäckedals folkhögskolor till Jämtlands läns landsting

Riksdagen beslutade den 27 maj 2014 att Jämtlands läns landsting från och med den 1 januari 2015 ska få överta det regionala utvecklingsansvaret enligt lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län (SFS 2010:630). Ansvaret för de regionala utvecklingsfrågorna har sedan år 2011 legat i det regionala samordningsorganet Regionförbundet Jämtlands län. Ansvaret för Birka och Bäckedals folkhögskolor har sedan 2012 legat i Regionförbundet och statsbidragen till skolorna har utbetalats till förbundet. Till följd av riksdagens ovannämnda beslut kommer största delen av verksamheten, inklusive folkhögskolorna, i Regionförbundet att den 1 januari 2015 överförs till Jämtlands läns landsting, som från och med 2015 kommer att kallas Region Jämtland Härjedalen. Regionförbundet kommer att upphöra.

Jämtlands läns landsting begär på grund av detta att de statliga bidragen till Birka och Bäckedals folkhögskolor från och med den 1 januari 2015 utbetalas till Jämtlands läns landsting. Adress och organisationsnummer framgår nedan.

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTINGSSTYRELSE

Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Landstingsdirektör



Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen

Version: 2

Ansvarig: Regionstyrelsen

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-10-22- 23	Nyutgåva	Landstingsfull- mäktige	2013-10-22— 23
2.	2014-	Revidering	Landstings- styrelsen	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Vad är internkontroll	4
1.1.1	Skillnad mellan uppföljning och internkontroll	5
1.1.2	Reglemente för internkontroll	5
2	INTERNKONTROLL INOM REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	6
2.1	Kontrollmål inom Region Jämtland Härjedalen	6
2.2	Definitioner av kontrollmål	6
3	ORGANISATION AV INTERNKONTROLL.....	7
3.1	Regionfullmäktige	7
3.2	Regionstyrelsen	7
3.3	Nämnderna	7
3.4	Regiondirektören och förvaltningschefer	8
3.5	Stabschefer	8
3.6	Centrum-, områdes- och enhetschefer	8
3.7	Övriga medarbetare	8
4	RISKBEDÖMNING OCH KONTROLLAKTIVITETER.....	8
4.1	Årscykel över arbetet med internkontroll	10
5	UPPFÖLJNING OCH ÅTERRAPPORTERING	10
5.1	Regelbunden uppföljning	11
6	IFYLLNADSANVISNINGAR	11
6.1	Risikkarta	11
6.2	Internkontrollplan	11

1 INLEDNING

1.1 Vad är internkontroll

Internkontroll handlar om att ha ordning och reda, att veta att det som ska göras blir gjort och att det sker på ett effektivt och säkert sätt. För ett landsting finns lagkrav på internkontroll (Kommunallagen) där det framgår att det är *landstingsstyrelsen som har ansvar för att leda och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter samt att ha uppsikt över landstingets verksamhet (KL 6:1 och 6:3).*

Det ramverk som användes i Sverige inom såväl offentlig som privat verksamhet är den så kallade COSO-modellen som utvecklats av The Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO). Sammanfattningsvis beskrivs modellen enligt nedan:

Internkontroll är definierad som en process, utförd av en organisations styrelse, ledning och annan personal och utformad för att ge rimlig försäkran om att målen uppfylls inom följande kategorier:

- Effektivitet och produktivitet i verksamheten.
- Tillförlitlig finansiell rapportering.
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.

Internkontroll består av fem sinsemellan beroende komponenter:

Kontrollmiljö

Kontrollmiljön anger tonen i en organisation och påverkar kontrollmedvetenheten hos dess medarbetare. Faktorer inom kontrollmiljön innefattar integritet, etiska värden, kompetensen hos medarbetarna i organisationen, fördelning av ansvar och befogenheter samt ledningens ageranden i olika sammanhang.

Riskbedömning

Varje organisation möter många olika risker av externt och internt ursprung som måste värderas. Riskbedömningen är identifieringen och analysen av relevanta risker för att uppnå målen och utför basen för att bestämma hur riskerna ska hanteras.

Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteter är de riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att ledningens direktiv genomförs. De bidrar till att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas för att hantera risker för att alla organisationens mål inte uppnås. Kontrollaktiviteter äger rum i hela organisationen, på alla nivåer och i alla funktioner.

Information och kommunikation

Relevant information måste identifieras, fångas och förmedlas i en sådan form och inom en sådan tidsram att de anställda kan utföra sina uppgifter. All personal måste få ett klart budskap

från den högsta ledningen att ansvaret för intern styrning och kontroll måste tas på allvar. De anställda måste förstå sin egen roll i det interna styr- och kontrollsystemet samt hur enskilda aktiviteter påverkas andras arbete.

Övervakning, uppföljning och utvärdering

Interna styr- och kontrollsystem behöver övervakas, följas upp och utvärderas – en process som bestämmer kvaliteten på systemets resultat över tiden. Löpande övervakningsåtgärder och uppföljningar äger rum under verksamhetens gång. Det inkluderar normala lednings- och övervakningsaktiviteter och andra åtgärder som personalen vidtar när de utför sina arbetsuppgifter.

1.1.1 Skillnad mellan uppföljning och internkontroll

Styrning handlar mycket om att på ett tillfredsställande sätt besvara frågorna

- Vad vill vi (mål, uppdrag)?
- Blir det som vi vill (uppföljning)?

För att kunna besvara den första frågan behövs tydliga mål, tydliga regler och anvisningar, dokumenterade rutiner och så vidare inom verksamheten. Svaret på den andra frågan kräver uppföljning av om verksamheten når sina uppställda mål, följer regler, anvisningar med mera.

Internkontroll behövs för att ge ansvarig styrelse och nämnd en möjlighet att, utöver ordinarie uppföljning, kunna genomföra ytterligare kontroller för att säkerställa att verksamheten når sina mål, följer regler m.m. Intern kontroll har ett förebyggande syfte. Genom att på ett tidigt stadium identifiera risker som kan leda till skador, både ekonomiska, mänskliga och i form av förlorat förtroende från medborgarna, kan kontrollåtgärder införas för att förhindra/begränsa sådana negativa konsekvenser. Det skapar även trygghet för de anställda eftersom det minskar risken för att misstanke om oegentligheter uppstår.

En väl fungerande internkontroll kännetecknas av att den bedrivs inom viktiga, och vid grundligt genomförd riskanalys utvalda, områden. Vid behov ska den dessutom leda till att de åtgärder som krävs för att säkerställa organisationens måluppfyllelse genomförs.

1.1.2 Reglemente för internkontroll

Detta reglemente beskriver vad internkontroll vid Region Jämtland Härjedalen omfattar och vilka regler som styr, styrelsens/nämndens mål med kontrollen, organisation av samt hur den följs upp. Här framgår också ansvarsområden för arbetet med internkontroll.

2 INTERNKONTROLL INOM REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2.1 Kontrollmål inom Region Jämtland Härjedalen

I figuren nedan visas hur processen för internkontroll ser ut vid Region Jämtland Härjedalen och som utgår från de kontrollmål som anges i COSO-modellen. Internkontrollen utgår från styrelsens, nämndernas verksamhetsplaner och till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser.

		Styrning	Riskbedömning	Åtgärder och kontroller
Målnivåerna	Strategiska och operationella mål	Vad vill vi? Hur ska vi ta oss dit?	Vad kan gå fel?	Hur säkerställer vi att det inte går fel?
	Information om verksamheten och finansiell rapportering	Vilka är kraven på vår rapportering?	Vad kan gå fel?	Hur kan vi säkerställa att det inte går fel?
	Lagar och regelverk	Vilka är relevanta?	Vilka risker finns för att vi inte följer dem?	Hur kan vi säkerställa att det inte går fel?

2.2 Definitioner av kontrollmål

Effektivitet och produktivitet i verksamheten

Innebär att verksamheten bedrivs enligt de mål, verksamhetsplaner och riktlinjer som regionfullmäktige, styrelse och nämnderna har fastställt och att uppföljning och kontroll görs gentemot dessa. Det innebär också att ha kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet samt att säkerställa att fattade beslut verkställs och följs upp i förhållande till fastställda mål och verksamhetsplaner.

Tillförlitlig finansiell rapportering

Innebär att styrelsen och nämnderna ska ha tillgång till en ändamålsenlig och tillförlitlig redovisning av verksamhetens prestationer och kvalitet samt övrig relevant information om verksamheten och dess resursanvändning.

Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler

Innefattar att lagstiftning såväl som Region Jämtland Härjedalens interna regelverk samt ingångna avtal med olika parter följs.

3 ORGANISATION AV INTERNKONTROLL

I detta avsnitt presenteras hur Region Jämtland Härjedalen organiserar arbetet med internkontroll. Här framgår de ansvarsområden som gäller vid framtagande, fastställande och uppföljning av internkontrollplanerna. Det ska finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa. Internkontroll inbegriper även att medarbetarna inom verksamhetsområdet har den kompetens som uppgifterna kräver samt att samtliga arbetar i enlighet med regionens värderingar. Nedan följer de ansvarsområden som gäller vid fastställandet av internkontrollplanen.

3.1 Regionfullmäktige

Det är fullmäktige som ger uppdrag till regionstyrelsen. I fullmäktiges ansvarsprovning är bedömningen av internkontrollen en viktig del som t.ex. talar om hur regionstyrelsen och övriga nämnder utövat styrning av verksamheten. Till sin hjälp har fullmäktige revisorer, som på fullmäktiges uppdrag, ska pröva om styrelse, nämnder och utskott har en tillräcklig internkontroll.

Styrelse och nämnder har ett självständigt ansvar för internkontroll och ska själva, utöver den granskning av den internkontroll som fullmäktiges revisorer utför, årligen informera fullmäktige om resultatet av genomförda kontroller enligt internkontrollplanen samt brister i internkontrollen som upptäckts på andra sätt.

3.2 Regionstyrelsen

Styrelsen har ett särskilt uppdrag i att leda och samordna regionens angelägenheter och ha uppsikt över att regionens verksamhet bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Regionstyrelsen har därmed det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god internkontroll samt att denna utvecklas utifrån regionens kontrollbehov. Regionstyrelsen ska årligen fastställa en internkontrollplan för kommande verksamhetsår. Regionstyrelsen ska därefter, under verksamhetsåret, löpande följa upp den upprättade internkontrollplanen samt avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs. Regionstyrelsen har även ansvaret för att regionens styrdokument är aktuella och att informera regionfullmäktige om resultatet av internkontrollen via informationsärenden. Slutligen ska regionstyrelsen, vid behov, utvärdera regionens samlade system för internkontroll och besluta om förändringar av densamma.

3.3 Nämnderna

Nämnderna har, som anges i 6 kap 7 § kommunallagen ansvar för den interna kontrollen inom sina respektive verksamhetsområden. Nämnden ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen, det vill säga varje nämnd ska årligen fastställa en egen internkontrollplan. Varje nämnd har också en skyldighet att löpande följa upp internkontrollen inom nämndens verksamhetsområde samt avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade och genomförda i

de fall där så krävs. Respektive nämnd ska även årligen rapportera resultatet av sin internkontroll till regionstyrelsen.

3.4 Regiondirektören och förvaltningschefer

Regiondirektören/förvaltningschef ska se till att alla verksamheter följer regionövergripande handlingsplaner, verksamhetsplaner, regler och policys samt att återrapportering av internkontrollens resultat löpande sker. Vidare har regiondirektören/förvaltningschef ansvar för att analysera resultatet, föreslå förbättringsåtgärder samt halvårsvis presentera en rapport för regionstyrelsen/nämnden om resultatet av internkontrollen (vad som gjorts samt resultat av genomförda aktiviteter avseende internkontrollen).

3.5 Stabschefer

Stabschefer ska, tillsammans med utsedd tjänsteman, årligen genomföra risk- och väsentlighetsanalyser i syfte att ta fram ett underlag för kommande verksamhetsårs internkontrollplan, inklusive ansvarig för den granskning som ska göras och när granskningen ska rapporteras. Resultatet av gjorda risk- och väsentlighetsanalyser ska dokumenteras och redovisas för regiondirektören. Därutöver ska centrum- och stabschefer rapportera brister i internkontrollen till närmaste chef.

3.6 Centrum-, områdes- och enhetschefer

Centrum-, områdes- och enhetschefer ansvarar för att handlingsplaner och verksamhetsplaner följs samt att övriga medarbetare har vetskap om dem. Vidare ska områdes- och enhetschefer ansvara för att de anställda arbetar att uppnå verksamhetens resultat. Därutöver ska de genast rapportera brister i internkontrollen enligt gällande rutin för avvikelshantering.

3.7 Övriga medarbetare

Övriga anställda är skyldiga att följa fastställda handlingsplaner och verksamhetsplaner i sin arbetsutövning. Därutöver ska de genast rapportera brister i internkontrollen enligt gällande rutin för avvikelshantering.

4 RISKBEDÖMNING OCH KONTROLLAKTIVITETER

Här beskrivs hur riskbedömning ska användas i arbetet med att ta fram en internkontrollplan.

Riskbedömningen utgör grunden för internkontrollplanen och ska genomföras inför upprättandet av internkontrollplanen. Riskbedömning är en process där det ingår:

- Kartläggning
- Uppskattning av konsekvens och sannolikhet

- Aktiviteter för att bearbeta riskerna

Vid kartläggningen görs en granskning över vilka brister som finns i processer, rutiner m.m. och hur sannolikt det är att ett fel uppstår till följd av dessa brister. Därefter tas ställning till vilken konsekvens felet kan ge i verksamheten – *i vilken utsträckning leder felet till att regionen inte kan uppnå fastställda mål och vilken skada kan felet leda till?* Med skada avses här såväl ekonomisk skada och personskador men även skada på medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården. Vid konsekvens- och sannolikhetsanalysen är det viktigt att de identifierade bristerna vägs mot kontrollkostnaden. Detta för att inte kostnader ska bli orimligt stora i förhållande till möjlig skada.

Att identifiera och analysera risker ska vara en ständigt pågående process då riskbedömningen är tänkt att föregripa risker och här ska såväl interna som externa faktorer beaktas som kan tänkas inverka negativt inom nämndernas respektive verksamhetsområde.

Med riskanalysen som grund tas därefter fram vilka planerade aktiviteter/åtgärder som behövs för att minimera riskerna och göra att regionen kan nå sina uppsatta mål.

Aktiviteter/åtgärderna ska vara strukturerande (ej sporadiska) och ska dokumenteras i internkontrollplanen tillsammans med ansvarig person. Kontrollaktiviteterna kan vara av olika slags karaktär:

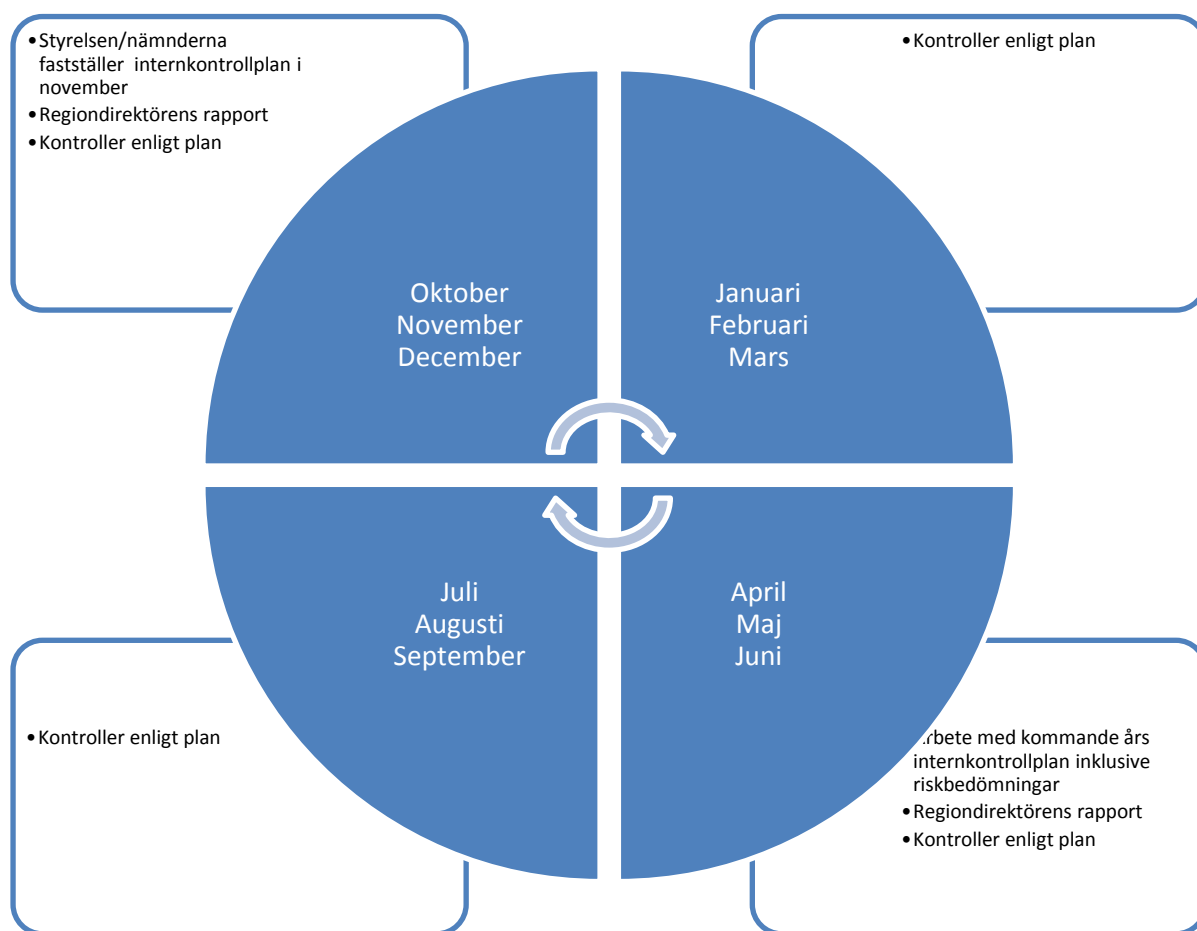
- Löpande uppföljningar (t.ex. mätningar)
- Punktinsatser (t.ex. stickprov, enkäter)
- Övervakande funktioner och rutiner (t.ex. logguppföljning)

Regiondirektören/förvaltningschef presenterar årligen de olika verksamheternas framtagna internkontrollpunkter utifrån gjord riskbedömning, inklusive ansvarig för uppföljning samt datum för uppföljning. Regionstyrelsen/nämnderna tar därefter ställning till vilka områden som ska följas upp under kommande verksamhetsår. Internkontrollplanen fastställs på avsedd mall (se bilaga 2) senast i oktober varje år. Internkontrollplanen är ett levande dokument och ska således hållas öppet för redigering utifrån styrelsens/nämndernas regelbundna uppföljningar. I internkontrollplanen ska ingå:

- Inom vilket område finns risken
- Vilken är risken
- Vad kan risken få för konsekvens
- Vilka åtgärder/kontrollmoment som ska ingå
- Riskbedömning enligt riskkarta
- Vem ansvarar för att utföra uppföljningen
- När ska rapportering ske

4.1 Årscykel över arbetet med internkontroll

Varje stabschef ska senast i maj månad ha genomfört risk- och väsentlighetsanalyser inom det egna verksamhetsområdet genom att använda sig av riskkartan (bilaga 1) samt dokumenterat sina ställningstaganden i mallen för internkontrollplanen. I samband med styrelsens och nämndernas sammanträde i november fastställs kommande års internkontrollplan (bilaga 2).



Figuren ovan illustrerar när de olika momenten ska färdigställas. Internkontrollplanen ska vara ett levande dokument som löpande följs upp under verksamhetsåret.

5 UPPFÖLJNING OCH ÅTERRAPPORTERING

Internkontrollplanen ska löpande följas upp under verksamhetsåret. Respektive stabschef ansvarar för att beslutade kontroller sker. Eventuella större avvikelser ska rapporteras enligt gällande avvikelshantering. De regelbundna uppföljningarna dokumenteras och lämnas till föredragande tjänsteman som sammanställer materialet till styrelsens/nämndens sammanträden.

5.1 Regelbunden uppföljning

Regiondirektören/förvaltningschefen ska halvårsvis lämna en rapport till regionstyrelsen om resultatet av internkontrollen. Rapporten ska innehålla noteringar om samtliga internkontrollpunkter, vad eventuella åtgärder har gett för resultat samt förslag på ytterligare åtgärder som kan stärka den interna kontrollen.

Styrelsen/nämnden ska, vid sina sammanträden, besluta om eventuella åtgärder i de fall där internkontrollen visar att något område behöver förstärkas.

I kallelsen till styrelsen/nämnden ska framgå att internkontroll kommer att behandlas under sammanträdet. En uppdaterad internkontrollplan, samt i vissa fall dokumentation från gjorda uppföljningar, ska alltid bifogas kallelsen för att styrelsens eller nämndens ledamöter ska kunna förbereda sig samt för att främja allmänhetens insyn i regionens verksamhet.

Ärendet internkontrollplanen ska följa ordinarie ärendeberegningsprocess och beslut redovisas i protokollet.

6 IFYLLNADSANVISNINGAR

6.1 Riskkarta

Riskkartan (bilaga 1) ska användas som ett stöd vid risk- och väsentlighetsanalyserna som ska genomföras på stabsnivå eller motsvarande i de olika nämnderna. Kartan är uppdelad i olikfärgade och numrerade fält där risker som bedöms små och med ringa konsekvenser för verksamheten får låga tal medan risker som är mer troliga att inträffa och som får större konsekvenser för verksamheten erhåller större tal och därför borde tas ut som kontrollpunkter i internkontrollplanen.

6.2 Internkontrollplan

De kontrollområden som bedöms intressanta att gå vidare med efter den inledande riskanalysen ska därefter föras in i internkontrollplanen. Här ska anges aktuell risk som ska följas upp. Under rubriken konsekvens ska den aktuella risken kort förklaras – en mer exakt beskrivning av vilken negativ konsekvens risken medför. Därefter förs riskbedömningen in tillsammans med det tal som finns i riskkartan.

Internkontrollplanen ska också innehålla förslag på åtgärder och/eller kontrollmoment som ska genomföras för att minska de aktuella riskerna. Slutligen ska planen innehålla en ansvarig tjänsteman som ansvarar för att kontrollerna genomförs samt tidpunkt för uppföljning.

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

2014-10-16

LS/1477/2014

Mall internkontrollplan

Område

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering

Område

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering

Område

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering

--	--	--	--	--	--

Område

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering

Område

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering

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

2014-10-16

LS/1477/2014

Riskkarta för internkontroll

K4 Mycket allvarlig	4	8	12	16
K3 Allvarlig	3	6	9	12
K2 Mindre allvarlig	2	4	6	8
K1 Ringa	1	2	3	4
Konsekvens/ Sannolikhet	S1 Mycket liten	S2 Liten	S3 Stor	S4 Mycket stor

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

2014-10-16

LS/1481/2014

Regionstyrelsens internkontrollplan 2015

Medarbetare

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Information från ledningen når inte alla medarbetare	Medarbetare arbetar inte efter aktuella mål	Informationsflödeskartläggning för att upptäcka stopp i informationskedjan	9	Chef kommunikationsstaben	Halvårsvis
Planeringsprocess enligt styrmodellen följs inte	Otydlig styrning vilket ger bl.a. ger svårighet att få mål och ekonomi att gå ihop	Kontrollera att planeringsprocessen följs. Planer beslutas i tid	12	Chef beställarenheten	Halvårsvis

Verksamhetsresultat

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering
Fakturor och underlag innehåller inte tillräcklig information för beslut om utbetalning	Felaktiga utbetalningar kan ske.	Kontroll av fakturaunderlag. Är underlaget tillräckligt	12	Ekonomidirektör	Halvårsvis

Felaktiga direktupphandlingar sker	Upphandlingspolicyn efterlevs inte. Felaktiga/mer kostsamma produkter kan upphandlas	Följ upp direktupphandlingar och kontrollera att upphandlingspolicy följts	8	Chef beställarenheten	Halvårsvis
Brist på beslut om åtgärder vid uppföljning av deltagande i kvalitetsregister	Försämrade medicinsk kvalitet för patient	Följ upp fattade beslut och resultat av dessa	8	Chef hälso- och sjukvårdsstaben	Halvårsvis

Patient

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering
Det finns en underrapportering av avvikelser	Försämrade vårdkvalitet, ökade kostnader för regionen, felaktigheter kan ej rättas till	Kontrollera och följ upp gjorda avvikelser/enhet. Följ upp utbildningsinsatser	16	Chef patientsäkerhetsenheten	Halvårsvis
Ingen patientansvarig läkare finns utsedd i prioriterade patientgrupper	Långa ledtider i sjukvården, patienten risker att hamna utanför vårdkedjan	Följ upp att rutiner för patientansvariga läkare följs kopplat till prioriterade patientgrupper	6	Chef hälso- och sjukvårdsstaben	Halvårsvis

Samhälle

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering
Underlag till beslut följer inte rutiner om konsekvensanalyser	Beslut kan fattas på felaktiga grunder	Kontrollera att beslut innehåller konsekvensanalyser	9	Kanslichef	Halvårsvis
Ingen säkerställd kompetens för märkningspliktiga	Det går ej att säkerställa en säker hantering av märkningspliktiga	Följ upp att utbildningar genomförts för enheter som finns med i	9	Chef säkerhet och krisberedskap och miljö	Halvårsvis

kemikaliehantering	kemikalier	kemikaliehanteringssystemet. Genomför stickprov av hantering efter utbildning			
--------------------	------------	---	--	--	--

Delegationer

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning	Ansvarig	Rapportering
Beslut enligt delegationsbestämmelser fattas ej som delegationsbeslut	Beslut fattas i strid med gällande delegationsbestämmelser, överskridande av befogenhet.	Kontrollera att alla delegationsbeslut kommit till styrelsen.	8	Kanslichef	Halvårsvis



Patientsäkerhetsstrategi

Version: 1

Ansvarig: Maria Omberg

2014-10-06

Dnr: LS/1410/
2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-06	Nyutgåva	Landstingsstyrelsen	2014-11-05, § XX

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Bakgrund	4
1.1.1	Termer och definitioner	5
2	PATIENTSÄKERHETSSTRATEGI	5
2.1	Vision	5
2.2	Målområden	5
2.2.1	God patientsäkerhetskultur i vården	6
2.2.2	Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas	7
2.2.3	Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder	8
2.2.4	Patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling	9
2.2.5	Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver	9
3	UPPFÖLJNING	10

1 INLEDNING

Syftet med strategin är att beskriva den långsiktiga inriktningen för patientsäkerhetsarbetet inom landstinget/regionen i och med att den nationella satsningen på patientsäkerhet avslutats 2014. Utgångspunkt är patientsäkerhetslagen (PSL), Socialstyrelsens förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet, SKL:s ramverk för patientsäkerhet, resultat och erfarenheter från patientsäkerhetsöverenskommelserna 2011-2014, Socialstyrelsens lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014 samt landstingets styrande dokument.

1.1 Bakgrund

Patientsäkerhet betraktas allmänt som det viktigaste kvalitetsområdet inom hälso- och sjukvården men trots detta visar undersökningar att över 100 000 personer skadas årligen i svensk hälso- och sjukvård. Skador som medför lidande för den enskilda patienten och extra vård dygn på sjukhus. Socialstyrelsens nationella studie av vårdskador 2008 visade att närmare 9 % av de patienter som vårdas på sjukhus inom somatisk vård får en undvikbara skada, en vårdskada. Strukturerad journalgranskning 2012-2013 visar att vid 15 % av vårdtillfällena drabbades en patient av skada. Mer än hälften av skadorna var övergående men 44 % krävde förlängd sjukhusvistelse och 5,3 % av skadorna gav en bestående skada eller bidrog till att patienten avled. Skadorna bedöms undvikbara i 60-70% av fallen. Vårdrelaterade infektioner, fall, trycksår och skador orsakade av läkemedel svarade för över hälften av de identifierade skadorna. Vid strukturerad journalgranskning vid Östersunds sjukhus ligger förekomsten av vårdskador på samma nivå som andra länssjukhus i landet.

Patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården regleras i patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) Syftet med lagen var att stärka patientsäkerheten och därigenom minska antalet vårdskador. I lagen framhålls vårdgivarnas ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och patienternas möjlighet att delta i detta arbete. Formella krav på kvalitet beskrivs i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Inom hälso- och sjukvården har det sedan början av 1990-talet funnits ett krav på att avvikelserapporteringssystem där personalen själv identifierar och rapporterar skador som drabbat patienter. Under de senaste åren har det visat sig att antalet skador som personalen rapporterar är mycket litet i jämförelse med vad som kan upptäckas med strukturerad journalgranskning.

I Sverige har landstingen och regionerna arbetat tillsammans med Sveriges kommuner och landsting (SKL) för att öka patientsäkerheten. Parterna startade 2008 ett gemensamt arbetat med satsningar på ett antal åtgärder med målet att minska antalet vårdskador. Patientsäkerhetskulturmätningar har genomförts och pekat på tydliga förbättringsområden. Resultaten för Jämtlands läns landsting (JLL) är bland annat ett behov av att stärka ledningens engagemang för patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetsöverenskommelserna har inneburit en god start på patientsäkerhetsarbetet och JLL har vid SKL:s fortlöpande utvärdering av patientsäkerhetsberättelserna kunnat visa på förbättringar i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Socialstyrelsen bedömer att skador inom somatisk sjukhusvård kan ha minskat något mellan 2012 och 2013, från 15,4 till 15 %, bland annat som ett resultat av de nationella patientsäkerhetsöverenskommelserna från 2011 och

framåt. Andra insatser av stor betydelse för patientsäkerheten är bland annat förbättringsarbete inom ramen för ”Bättre liv för sjuka äldre” och satsningar inom nationell E-hälsa, nationell läkemedelsstrategi.

1.1.1 Termer och definitioner

Patientsäkerhet handlar ytterst om skydd mot vårdskada, som enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökad vårdbehov eller avlidit definieras som en allvarlig vårdskada.

Strukturerad journalgranskning är en granskningsmetod av patientjournaler som gör det möjligt att identifiera och dra lärdomar av vårdskador och tillbud som annars kanske inte skulle ha uppmärksammats. Metoden strukturerad journalgranskning går ut på att söka efter nyckelinformation i patientjournalerna, så kallade triggers, som kan tyda på att det förekommit avsteg från det förväntade vårdförloppet

2 PATIENTSÄKERHETSSTRATEGI

2.1 Vision

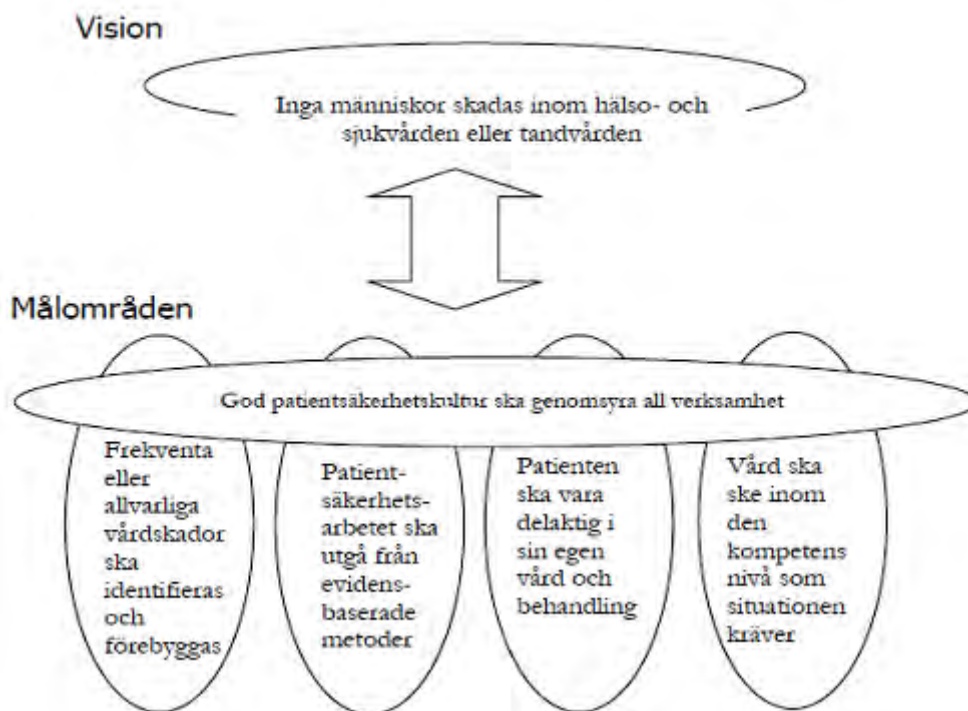
Visionen är att inga människor skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Detta innebär att samtidigt som åtgärder vidtas för att förhindra vårdskador, måste hälso- och sjukvårdssystemet utformas med hänsyn till insikten om att människor kan göra misstag och att vårdskador därför är svåra att helt kunna undvikas.

2.2 Målområden

Till visionen knyts fem långsiktiga och patientfokuserade målområden

- God patientsäkerhetskultur ska genomsyra all verksamhet
- Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas
- Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder
- Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling
- Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Patientsäkerhetsarbete inom Jämtlands län



2.2.1 God patientsäkerhetskultur i vården

Med patientsäkerhetskultur avses värderingar och förhållningssätt som påverkar patientsäkerheten. Grunden till en god patientsäkerhetskultur är att all personal är medveten om och vaksam på de risker som kan uppstå, och att kulturen i verksamheten tillåter en öppen diskussion om risker och tillstånd som påverkar patientsäkerheten. För att medarbetare ska vilja, våga och tillåtas diskutera frågor om säkerhet är det viktigt att ledningen för en vårdverksamhet skapar förutsättningar för detta. Tydliga, kända och accepterade regler, riktlinjer och rutiner som tillämpas av alla medarbetare i en verksamhet utgör grunden för en patientsäkerhetskultur och därmed för att säkerställa patientsäkerheten i en verksamhet.

Ledarskapet är centralt för patientsäkerhetskulturen. Ledarskap handlar om att mobilisera uppmärksamhet, resurser och metoder mot särskilda mål, värden eller resultat. En kontinuerlig minskning av vårdskador kräver tydlighet och uthållighet bland alla ledare, från första linjen till den politiska ledningen. Kulturella förändringar och ständiga förbättringar kommer ur hur ledare agerar; genom sina åtagande, uppmuntran och medkänsla.

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för att säkerställa patientsäkerheten i verksamheten. All yrkesverksam hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren. Vårdgivaren ska utreda händelser som har medfört eller kunde ha medfört en vårdskada. Två viktiga förutsättningar för att kunna fullgöra detta är att verksamheten har fungerande rutiner och en patientsäkerhetskultur som gör att medarbetarna

kan och vågar rapportera de avvikelser som observeras. En god patientsäkerhetskultur omfattar även att verksamheten använder den kunskap som vårdpersonalen rapporterar för att förhindra att liknande tillbud eller vårdskador uppstår.

Strategier

- Stärka patientsäkerhetskulturen genom att tydliggöra ledares, chefers och personalens individuella ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.
- Säkerställa att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tillämpas.
- Säkerställa kopplingen mellan patientsäkerhetskultur och vårdskador.
- Mäta patientsäkerhetskulturen och omsätta resultatet i åtgärder.

2.2.2 Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas

För att kunna minska antalet frekventa eller allvarliga vårdskador krävs att vårdgivaren har kontroll över resultat i sin verksamhet. Det ska finnas lättillgängliga rapporteringssystem för risker och inträffade skador samt en ständig granskning av verksamheten för att identifiera förbättringsområden.

Den vanligast förekommande vårdskadan (40 %) är Vårdrelaterade infektioner (VRI). Cirka en tredjedel av alla VRI bedöms möjliga att förebygga. Det finns många olika orsaker till att en VRI uppstår. En orsak är att infektioner överförs till patienter via personalens händer och kläder. För att minimera denna risk ska all vårdpersonal som har kontakt med patienter alltid följa fastlagda basala hygienrutiner och klädregler.

Som nummer två bland vårdskadorna återfinns läkemedelrelaterade skador, där allvarliga vårdskador inträffar i samband med ordination, iordningsställande och administration av läkemedel. Läkemedelsfel i övergångar mellan olika vårdenheter är en av de allra vanligaste bristerna i vården. Att verka för en rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens är även viktigt för att säkerställa behandlingsmöjligheter i framtiden. Trycksår är en vårdskada som förorsakar många patienter ett stort och onödigt lidande. Användningen av trycksårsförebyggande åtgärder är därför avgörande för att minska förekomsten av trycksår.

Hälso- och sjukvården och tandvården utvecklas ständigt organisatoriskt och genom tillkomsten av nya medicinska metoder, nya medicintekniska produkter, nya läkemedel och nya IT-lösningar. Detta är i grunden positivt eftersom det innebär att fler sjukdomar kan behandlas mer framgångsrikt. Dock finns inte alltid kunskap om vilka eventuella risker som är förenade med nya behandlingarna eller produkter. För att skapa säkra vårdmiljöer behöver införandet av ny teknik kompletteras med en säkerhetsbedömning av hur tekniken eller det tekniska systemet är anpassat till den befintliga tekniken. Även behovet av kompetens för att hantera och underhålla den nya tekniken behöver analyseras.

För att skapa säkra vårdövergångar behövs ett kontinuerligt förbättringsarbete när det gäller att tillämpa gemensamma rutiner för samverkan i vårdkedjan vid utskrivning från slutenvård och övergång till annan vård eller omsorg.

När fler patienter läggs in på en vårdavdelning än den har kapacitet att ta hand om kan det uppstå risker för patienterna. En sådan situation kan också leda till att patienter utlokaliseras, det vill säga vårdas på avdelningar som inte har den kunskap om patientens sjukdom som behövs för att kunna ge en säker vård. Mätningar av överbeläggningar kopplat till risker och inträffade händelser ger information om förbättringsmöjligheter.

Strategier

- Identifiera risker och vidta åtgärder för att förebygga frekventa och allvarliga vårdskador.
- Öka kunskapen och regler, riktlinjer och rutiner och förbättra följsamheten
- Öka kunskapen om vårdskador och risker inom länet i samverkan med kommunerna, privata vårdgivare med flera.

2.2.3 Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder

Ett kunskapsbaserat patientsäkerhetsarbete innebär för patient och närstående en kunskap om och tillit till, att vården arbetar med att förebygga och minska risker. Patient och närståendes erfarenheter, synpunkter och förslag bidrar till en säkrare vård. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska arbeta utifrån evidensbaserade kunskapsunderlag och riktlinjer. De har en skyldighet att rapportera och följa upp risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. För ledningen på olika nivåer innebär ett kunskapsbaserat patientsäkerhetsarbete att skapa en struktur och förutsättningar för en patientsäkerhetskultur som stödjer systematiskt patientsäkerhetsarbete, att systematiskt följa upp och utvärdera arbetet samt att kontinuerligt samla in, analysera och agera på rapporter om risker för vårdskador eller händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Den högsta strategiska ledningen ska svara för en systematisk uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet och att arbeta för att integrera patientsäkerhet i kompetensutveckling, arbetsmiljö, ekonomi, IT och e-hälsa. Detta ställer krav på effektiva metoder för kontinuerlig övervakning av risker (som till exempel avvikelshantering och strukturerad journalgranskning), analys av händelser som medfört risker (händelseanalys) och identifiering och analys av risker kopplade till en process eller verksamhet som till exempel en ny behandlingsmetod eller vid en organisationsförändring (riskanalys).

Kunskap om metoder samt vilka metoder som bäst passar en viss organisation eller situation brister idag. Även effekterna av de metoder som används idag inom svensk hälso- och sjukvård behöver utvärderas

Strategier

- Satsa på forskning och utveckling av metoder för patientsäkerhetsarbetet, med speciell hänsyn till patientsäkerhet inom olika vårdformer, vårdens övergångar och patientmedverkan.
- Utveckla lokala uppföljningssystem för existerande metoder i hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete.
- Genomföra effektutvärderingar av nya metoder för patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

2.2.4 Patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling

Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. För att patienten ska kunna känna sig delaktig i sin egen vård och behandling är det viktigt att patienten blir sedd och lyssnad på och känner att behandlaren använder sig av den kunskap och erfarenhet som patienten förmedlar om sitt hälsotillstånd och även använder sig av denna information i den fortsatta behandlingsplaneringen. I information om metoder ingår även vilka biverkningar och risker som finns, förväntade effekter eller följdverkningar av olika behandlingsmetoder. En patient som är aktivt delaktig kan lättare medverka till att uppnå målen för vården och behandlingen och förebygga säkerhetsrisker.

Patienternas upplevelse av vården avspeglas i olika nationella patientenkäter som ger vårdgivare värdefull information om brister och förbättringsbehov. Patientenkäterna fångar upp information som ofta har betydelse för patientsäkerheten. När en patient har drabbats av en vårdskada är vårdgivaren skyldig att snabbt ta en kontakt för att tillsammans med patienten gå igenom omständigheterna i det enskilda fallet.

Strategier

- Skapa delaktighet genom att på ett enkelt och begripligt sätt involvera den enskilda patienten i beslut som rör hälsotillstånd, vård- och behandlingsalternativ samt risker.
- Ta tillvara patientens kunskap och erfarenhet i vårdens alla nivåer och som underlag inför förbättringsarbete och övergripande beslut.
- Säkra att chefer, vårdpersonal och patienter har kännedom och informerar om patientens rättigheter

2.2.5 Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Yrkeskompetens är en mycket viktig förutsättning för säker vård. Patientsäkerhet skapas även genom ett systematiskt arbetssätt i vardagen. En grundförutsättning för patientsäkerhet är att det finns tillräckligt med personal med tillräcklig kompetens för att utföra grunduppgifterna och att de anställda ges bra förutsättningar för sitt arbete. För att säkerställa kompetensutveckling hos vårdpersonalen behövs styrdokument om fortbildning för personal som omfattar yrkeskompetens och riskhanteringskompetens. Vidare behöver andra kompetenser och färdigheter som krävs för en säkrare vård (kommunikationsförmåga och förmåga att arbeta i team) beskrivas och tränas på alla nivåer och i alla vårdverksamheter. Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver, korrekt utnyttjande av kompetens är viktigt för att säkra såväl arbetsmiljö som kvalitet genom hela vårdprocessen.

Strategier

Rätt kompetens vid rätt tillfälle genom hela vårdprocessen.

- Säkra yrkeskompetens och riskhanteringskompetens vid introduktion av ny personal samt kontinuerlig fortbildning.
- Säkra yrkeskompetens vid förändringar i vården, som till exempel vid införande av nya metoder, läkemedel, teknik och organisation

3 UPPFÖLJNING

Regionstyrelsens uppföljning sker inom ramen för styrelsens uppföljningsplan.



Regiondirektörens verksamhetsplan 2015-2017

Regiondirektörens verksamhetsplan innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmått för regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden. Målen utgår från övergripande mål i landstingsplan/regionplan 2015-2017 och mål i Regionstyrelsens verksamhetsplan 2015 och Vårdvalsnämndens verksamhetsplan 2015.

Innehåll

Uppdraget	3	Övergripande handlingsplaner i	
Regiondirektörens fokusområden	5	regiondirektörens verksamhetsplan	
Styrmodell	7	2015	20
Målområden och ledningssystem	8	Uppföljningsplan 2015	21
Verksamhetsstrategin	9	Bilagor	24
Mål och resultatmått	10	Bilaga 1: Politisk organisation och	
Samhälle	11	styrning	25
Patient.....	14	Bilaga 2: Styrmodellen.....	26
Medarbetare	16	Bilaga 3: Handlingsplanernas koppling	
Verksamhetsresultat	18	till strategiska mål och	
		framgångsfaktorer	29

Uppdraget

Regionen Jämtland Härjedalen har det övergripande ansvaret för länets hälso- och sjukvård och de regionala utvecklingsfrågorna. Organisationens mål utgår från regionens två visioner "God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län" respektive "En region att längta till och växa i". Regionens ledning ansvarar för att målen får genomslag i verksamheten.

Uppdrag

Region Jämtland Härjedalen ska tillhandahålla en tillgänglig och god vård som tillfredställer medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi. Region Jämtland Härjedalen ska, genom att samverka optimalt med andra aktörer, aktivt bidra till att de resurser som finns används effektivt.

Regionen ska särskilt under perioden utveckla forskning och innovation, utveckla primärvården och arbeta med förebyggande hälsa. Effektivitet ska eftersträvas genom god kvalitet och vårdproduktivitet och att arbeta för att uppnå en god ekonomisk hushållning.

Region Jämtland Härjedalen arbetssätt är lean. Det exemplifieras genom Leanhuset. Det vi ska skapa är *Bäst hälsa - utan väntan*. Våra grundstenar består i att ha koll på läget, att sätta patienten först, att samarbeta och skapa delaktighet, att ta bort slöserier och att ständigt arbeta med förbättringar. Det leder till att vi gör rätt från början och att vi har effektiva flöden.

Region Jämtland Härjedalen har två uppdrag, att utföra hälso- och sjukvård av hög kvalitet och att alltid förbättra vårt arbete. Det innebär att varje medarbetare både förväntas fullfölja sina yrkesspecifika uppgifter samt att arbeta med ständig förbättring. Forskning, utbildning och utveckling av verksamheten är, jämsides med att skapa förutsättningar för och praktiskt utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter, vårt huvuduppdrag.

Medarbetare i Region Jämtland Härjedalen sätter alltid patienten först och arbetar efter följande värdegrund: "Regionens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla

människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och dem regionen är till för."

Regiondirektörens uppgift

Regiondirektören har ett övergripande ansvar att se till att de övergripande mål som fastställs på politisk nivå inom regionen verkställs. I sin roll som förvaltningschef för styrelsen och vårdvalsnämndens förvaltning har direktören också ett särskilt ansvar för de mål och framgångsfaktorer som upprättas för deras verksamhetsområden¹. Det innebär bland annat att se till att mål inom följande områden får genomslag i verksamheten:

- Hälso- och sjukvård,
- Tandvård,
- Folkhälsa,
- Forskning och utveckling och
- Jämställdhet och mångfald.

Regiondirektören ska även bevaka måluppfyllelsen av de mål som utgår från regionstyrelsens ansvar att leda och samordna planering och uppföljning av regionens alla verksamheter och ekonomiska ställning.

Regiondirektörens verksamhetsplan

Utifrån regiondirektörens ansvar och uppgifter upprättas en verksamhetsplan som innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmått för regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden. Syftet med målen är att driva på och markera behovet av utveckling.

Förutom de mål som finns i planen ingår också målen i de övergripande handlingsplanerna som

¹ Vårdvalsnämndens verksamhetsplan fastställs under 2015.

upprättats. För 2015 finns 16 sådana handlingsplaner. Handlingsplanerna omfattar områden som behöver särskilt fokus kopplat till övergripande mål i regionplanen, regionstyrelsens verksamhetsplan och vårdvalsnämndens verksamhetsplan (fastställs i början på 2015).

Regiondirektörens verksamhetsplan innehåller också resultatmått som tillsammans med målen ska bidra till en väl underbyggd värdering av målopptyllelsen för respektive övergripande mål.

Verksamhetsplanen fastställs av regiondirektören och gäller för tre år men revideras varje år. Verksamhetsplanen med handlingsplanerna, är tillsammans med andra uppdragsbeskrivningar och överenskommelser, underlag som regionens centrumchefer, områdeschefer och enhetschefer har att följa i sin planering och uppföljning.

Uppföljning

Den uppföljning som görs av regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamheter utgår från mål, mätetal och aktiviteter i direktörens verksamhetsplan och mål och aktiviteter i handlingsplanerna. Det görs också uppföljning utifrån regionstyrelsens ansvar att leda och samordna regionens förvaltning samt ha uppsikt över nämndernas och de kommunala bolagens förvaltning.

Uppföljningen redovisas genom månadsrapporter, delårsbokslut, årsbokslut och genom särskilda redovisningar. I uppföljningsplan för regiondirektören samt i regionstyrelses och vårdvalsnämndens uppföljningsplaner och internkontrollplanen framgår vilka aktiviteter som ska genomföras för att följa upp verksamheten.

Regiondirektörens fokusområden

Utifrån de politiskt fastslagna övergripande målen i regionplan/landstingsplan 2015-2017 och framgångsfaktorer i regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner för 2015 har direktören valt att fokusera på fyra övergripande områden. Den fokuseringen är nödvändig för att samla regionens gemensamma krafter där de verkligen behövs. Fokuseringen är också nödvändig för att göra det konkret och tydligt för regionens medarbetare vad de i sitt dagliga arbete ska fokusera på.

Fokusområden 2015:

- Tillgänglighet till vård
- Mest sjuka äldre
- Attraktiv arbetsgivare
- Effektivitet = kvalitet och produktivitet

Tillgänglighet till vård

Region Jämtland Härjedalen ska vara lätt tillgänglig för alla i länet i behov av hälso- och sjukvård. Minska patientens väntan genom att uppfylla vårdgarantin.

Omhändertagande på akutmottagning ska kännetecknas av tidig och rätt bedömning samt beslut utan fördröjning. Andelen patienter på akutmottagningen som är klara inom 4 timmar ska öka. Region Jämtland Härjedalen ska ha effektiva processer som tryggar patientens behov av snabb bedömning och insatser.

Mest sjuka äldre

Region Jämtland Härjedalen ska ha en helhetssyn på patienten genom att planera långsiktigt och ha effektiva processer som tryggar patientens behov av information och insatser även efter ett slutenvårdstillfälle. Det görs genom effektiv vård, samverkan mellan centrum och med andra aktörer som till exempel kommunerna, god information och planering vid utskrivningen.

De mest sjuka äldres behov och tillgång till en god vård och omsorg ska vara ett prioriterat område. Regionen ska genom att skapa ett hållbart, handlingskraftigt och förebyggande arbetssätt ge den gruppen möjlighet till trygghet och självbestämmande. Antalet oplanerade

återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak för patienter 65 år och äldre ska minska.

Attraktiv arbetsgivare

Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor. Varje medarbetares kompetens ska tas tillvara och utvecklas. Alla ska synas, få återkoppling och stöd och få möjlighet att aktivt delta i utvecklingen av verksamheten. Regionens medarbetare ska ha tillgång till hälsofrämjande insatser, till exempel friskvård på arbetstid.

Parallellt med det ständigt pågående hälsofrämjande arbetet kommer regionen under våren 2015 att tillsammans med arbetsförmedlingen, försäkringskassan med flera starta ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska antalet sjukskrivningar.

Effektivitet = kvalitet och produktivitet

Med effektivitet menas hur väl målen uppnås i förhållande till de resurser som används. Det innefattar att resurserna ska användas på bästa sätt i varje del av verksamheten, liksom att de används till rätt saker så att det samlade resultatet på bästa sätt bidrar till målen. En ökad effektivitet kan innebära både att minska på resursslöseri och att omfördela resurser mellan olika delar av verksamheten.

Att kunna öka effektiviteten innebär olika aspekter; strukturella åtgärder, processutveckling, kvalitetsarbete, tillgänglighet, kostnadseffektivitet, hälsofrämjande arbete samt inte minst patientupplevelsen. Här är regionens arbete med Lean en viktig beståndsdel.

Ständigt bättre genom att:

- Förenkla och förkorta patientens väg till och genom hälso- och sjukvården.

- Införa standardiserade arbetssätt och nya samarbetsformer.
- Rätt kompetens i rätt tid på rätt plats.
- Behoven styr resursfördelningen
- Genomgripande produktions- och kapacitetsplanering på alla nivåer
- Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning
- Följa de övergripande handlingsplanerna som upprättats inom de områden som behöver särskilt fokus.

Styrmodell

I Region Jämtland Härjedalen ska det finnas en tydlig styrning med en röd tråd från de övergripande politiska målen till genomförande på verksamhetsnivå.

Regiondirektör och högsta tjänstemannaledning ansvarar för att de politiska målen får genomslag i verksamheten.

Politisk organisation och styrning

De förtroendevalda politikernas uppgifter är att ange mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till visionen och de uppsatta målen.

Regiondirektör och högsta tjänstemannaledning ska se till att åstadkomma resultat i linje med de politiska uppdragen och se till att de politiska målen blir konkreta aktiviteter i regionens verksamheter och förvaltning.

Regionstyrelsen, patientnämnden och regionala utvecklingsnämnden har egna förvaltningar med en förvaltningschef. Regionstyrelsens förvaltning servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden.

Förutom att regiondirektören har ett ansvar att se till att politiskt fastställda mål som rör regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden får genomslag i verksamheten ansvarar direktören också för tjänstemannastödet till regionstyrelsen, vårdvalsnämnden och gemensamma nämnden för upphandling av sjukvårdsprodukter m.m. Förvaltningschef för regionala utvecklingsnämnden och förvaltningschef för patientnämnden har motsvarande ansvar för de nämndernas verksamhetsområden.

Styrdokument

Politiker och tjänstemän inom Region Jämtland Härjedalen arbetar efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det ska finnas en tydlig röd tråd från de övergripande politiska målen till genomförande på verksamhetsnivå. Region Jämtland Härjedalen arbetar i huvudsak med följande styrdokument:

Länsövergripande styrdokument

Regional utvecklingsstrategi, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram m.fl.

Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

- **Policyer och strategier**, fastställs av regionfullmäktige. Revideras vid behov.
- **Långsiktiga utvecklingsplaner**, fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en 12-årsperiod. Revideras vart fjärde år.
- **Landstingsplan/Regionplan**, fastställs av regionfullmäktige och gäller för tre år. Revideras varje år.
- **Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och nämnderna**, fastställs i respektive styrelse/nämnd och anmäls till regionfullmäktige. Gäller för ett år.
- **Regiondirektörens verksamhetsplan**, fastställs av regiondirektören och anmäls till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Gäller för tre år. Revideras varje år.
- **Verksamhetsplan för nämndernas förvaltningschefer**, fastställs av respektive förvaltningschef och anmäls till berörd nämnd. Gäller för tre år. Revideras varje år.
- **Övergripande handlingsplaner**, fastställs av regiondirektör eller berörd förvaltningschef. Kan ha olika löptider men revideras varje år.
- **Verksamhetsplaner för Centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och för Områdena inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning**, fastställs av regiondirektör respektive förvaltningschef. Gäller för ett år.
- **Områdenas och enheternas verksamhetsplaner**, fastställs av närmast högre linjechef. Gäller för ett år.

I bilaga 2 finns en mer ingående beskrivning av styrmodellen för Region Jämtland Härjedalen och de olika styrdokumenterna.

Målområden och ledningssystem

Allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen, och därmed också målen, utgår från fyra områden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Mål- och resultatområdena bygger på de politiska beslut som fastställs i landstingsplanen/regionplanen.

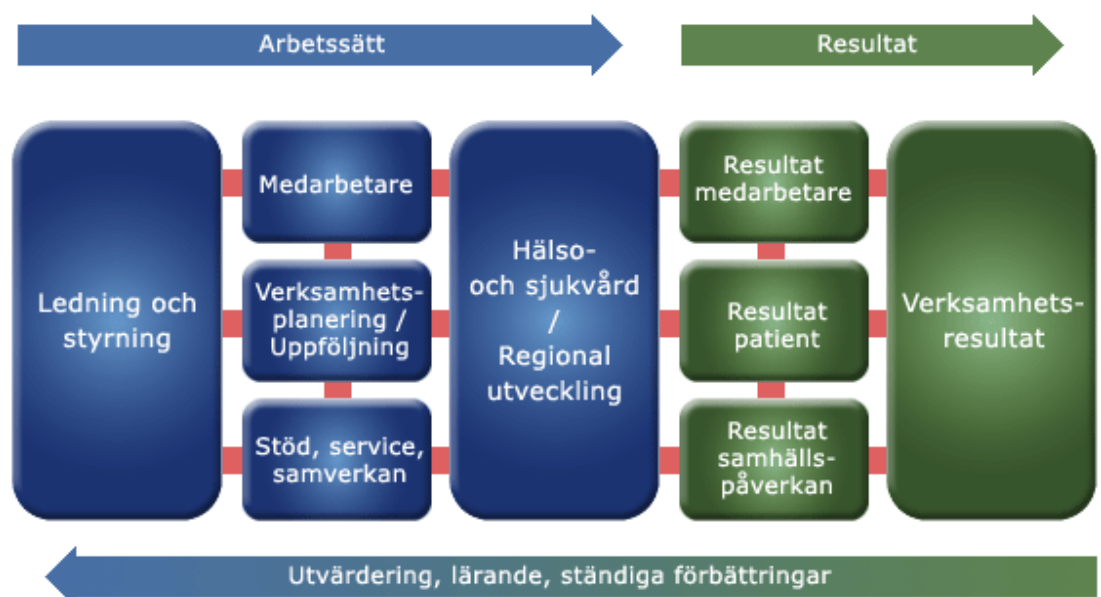
Ledningssystemet

Ledningssystemet består av fem arbetssätt (regionens sätt att arbeta) samt fyra resultatområden. Arbetssätten är att betrakta som lednings-, kärn- och stödprocesser. Processerna genererar, bland annat, de resultat som definieras inom respektive resultatområde.

I ledningssystemet framgår de övergripande "ramverk" som alla verksamheter har att förhålla sig till avseende lagar och styrande dokument samt med utgångspunkt från politiska beslut. Redovisande dokument som t.ex. rapporter från Nysam, miljöbokslut, patientsäkerhetsberättelser och ekonomirapporter m.m. finns också i ledningssystemet för att organisationen ska kunna arbeta med ständiga förbättringar. I landstingets ledningssystem har föreskrifter från Socialstyrelsen integrerats med fyra olika ISO-standarder för att ledningssystemet ska uppfylla kraven för

systematiskt kvalitetsarbete, informationssäkerhet, arbetsmiljö samt miljö.

Resultatdelen är uppdelad enligt ledningssystemets struktur och målsättningar utifrån landstingsplanen/regionplanen. Resultat gällande områdena patient, medarbetare och samhälle är den uppföljning som används av organisationen för att följa, förstå, förutse och förbättra organisationens prestationsförmåga utifrån övergripande mål. I område verksamhetsresultat redovisas strategiska utfall för organisationen som inkluderar både finansiella och icke finansiella resultat, investeringar och kapitalrelaterad information för att prognostisera och förbättra resultatutfall. Resultatanalyserna ligger till grund för ställningstaganden om och i så fall vilka åtgärder som ska vidtas för att nå målen. Genom att utvärdera resultatet av åtgärderna får verksamheten kunskap och erfarenheter för att höja kvaliteten och ständigt förbättra verksamheten.



Verksamhetsstrategin

En verksamhetsstrategi förverkligar själva verksamhetsidén (eller syftet) i en organisation. Den beskriver inte VAD organisationen skall göra men HUR organisationen skall göra det. Leans principer utgör grunden i verksamhetsstrategin och huset med dess beståndsdelar beskriver därför hur alla som arbetar eller har något uppdrag i regionen ska ta sig an uppgiften att förverkliga målen.

Regionens verksamhetsstrategi baserat på lean



Lean-huset är en visuell beskrivning av de beståndsdelar som verksamhetsstrategin står för. De olika delarna i Lean-huset har på olika sätt bäring på regiondirektörens målsättningar för 2015-2017. Huset kan ses som en symbol för hela vårt Leanarbete – det är allt vi gör och hur vi gör det. Huset kan också symbolisera Region Jämtland Härjedalen som gemensam organisation. Vi bor alla i samma hus och strävar mot samma mål.

Mål och resultatmått

I detta avsnitt beskrivs regiondirektörens övergripande prioritering av verksamheten 2015 i form av mål och resultatmått. De utgår från strategiska mål inom områdena samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat i landstingsplanen/regionplanen samt framgångsfaktorer i regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsplaner. Förutom de mål och resultatmått som finns angivna direkt under varje perspektiv ska för 2015 också mål och aktiviteter i de övergripande handlingsplaner som upprättats prioriteras. Vilka handlingsplaner som finns inom varje perspektiv framgår i slutet av varje avsnitt samt i bilaga 3.

Målen och mätetalen beaktar regionens övergripande mål om jämställdhet och jämlikhet. Där det är möjligt redovisas statistik uppdelat på kön. De övergripande handlingsplanerna innehåller också mål eller aktiviteter kopplade till jämställdhet- och jämlikhets perspektivet samt till perspektiven om barns rättigheter, miljö och konsekvensanalys.

Samhälle

Målområde samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra och omfattar exempelvis mål om folkhälsa, miljö och det regionala utvecklingsuppdraget.

Strategiska mål inom området samhälle

- Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt
- Resurseffektivt innovativt näringsliv
- Integration utifrån mångfaldens värde
- Jämställdhet och jämlika levnadsvillkor
- Ökad inflyttning och de demografiska utmaningarna
- En demokratisk region präglad av insyn och delaktighet
- Förbättrad psykisk hälsa*
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor*
- Goda samarbetspartners

** Från Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025 (Dnr LS/1972/2012)*

Det är främst övergripande målen från måldokumentet Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025 som inkluderas i denna verksamhetsplan. Övriga mål är framförallt kopplade till det regionala utvecklingsområdet och ingår i Regionala utvecklingsnämndens ansvarsområden. Några av målen har även koppling till regionstyrelsens verksamhetsområden, exempelvis mål inom område Miljö.

Mål och resultatmätt inom målområde Samhälle

(alla resultat redovisas totalt respektive uppdelat på män och kvinnor)

Strategiskt mål: Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmätt			Källa	Rapport-ering
		2015→2017				
Hälsofrämjande metoder och förebyggande insatser	Minskad antibiotikaförskrivning. <u>Öppenvård</u>: minskning av antal recept per 1000 invånare jämfört 2014 Utgångsvärde 14-08-31: totalt 271 recept/1000 inv. Långsiktigt mål högst 250 recept/1000 inv. Könsuppdelad statistik går ej att ta fram <u>Slutenvård</u>: minskad antibiotikarekvirering inom alla kliniker /enheter Utgångsvärde 14-08-31 landsting: totalt 53258 DDD. Könsuppdelad statistik går ej att ta fram	250 Recept / 1000 inv.	250 Recept / 1000 inv.	250 Recept / 1000 inv.	Diveport	Månad
		Minska antal DDD jämfört utfall helår 2014	Minska antal DDD jämfört utfall helår 2014	Minska antal DDD jämfört utfall helår 2014		

Strategiska mål: Förbättrad psykisk hälsa och Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmätt			Källa	Rapport-ering
		2015→2017				
Hälsofrämjande metoder och förebyggande insatser	Antal tobaksbrukare som är tobaksfria sedan minst 6 mån efter förebyggande insats. Utgångsvärde helår 2013 total: 36 Kvinnor 23 och 13 män.	Total: Lägst 42 blir tobaksfria	Total: Lägst 52 blir tobaksfria	Total: Lägst 70 blir tobaksfria	Diveport	Tertial
	Antal personer som är heltidssjukskrivna och deras sjukskrivningsdagar, ska minska i gruppen F30-39 (förstärknings - syndrom). Utgångsvärde helår 2013 total: 1053 personer (92605 dagar, 87,9 dagar/person)). Män: 322 stycken (27927 dagar, 86,7 dagar/person). Kvinnor: 731 stycken (64678 dagar, 88,5 dagar/person).	Heltidssjuk-skrivning: Färre personer och färre sjuk-skrivningsdag ar jämfört utfall 2013.	Heltidssjuk-skrivning: Total: högst 975 personer (78000 dagar, 80 dagar/person).	Heltidssjuk-skrivning: Total: högst 900 personer (675000 dagar, 75 dagar/person).	Diveport	Tertial
Hälsofrämjande metoder och förebyggande insatser	Antal personer som är heltidssjukskrivna och deras sjukskrivningsdagar, ska minska i gruppen M50-54 (andra ryggsjukdomar). Utgångsvärde helår 2013 total: 1181 personer (72632 dagar). Män: 518 stycken (29622 dagar)och kvinnor 663 stycken (43010 dagar).	Heltidssjuk-skrivning: Färre personer och färre sjuk-skrivningsdag ar jämfört utfall 2013.	Heltidssjuk-skrivning: Total: högst 975 personer (53625 dagar, 55 dagar/person).	Heltidssjuk-skrivning: Total: högst 900 personer (45000 dagar, 50 dagar/person).	Diveport	Tertial

Övergripande handlingsplaner inom perspektivet samhälle

Förutom de mål och resultatmått som anges ovan ska inom perspektivet patient även mål och aktiviteter i följande handlingsplaner prioriteras under 2015:

- Övergripande handlingsplan för arbetet med en jämlik och jämställd verksamhet 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för införandet av barnkonventionen 2015-2017
- Övergripande handlingsplan mot våld i nära relationer 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för nationella minoriteter 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för tillgänglighet 2015
- Övergripande handlingsplan läkemedel 2015 (inkl. Strama)
- Övergripande handlingsplan för suicidpreventivt arbete i Jämtlands läns landsting 2014-2016
(*omarbetas under hösten 2014*)
- Övergripande handlingsplan Bättre liv för sjuka äldre 2012-2014
- Övergripande handlingsplan e-hälsa 2014 (*ny utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan Miljö 2015
- Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2015
- Övergripande handlingsplan för attraktiv arbetsgivare 2015-2017
- Handlingsplan för utveckling av cancervården i Jämtlands läns landsting 2013-2015 (*omarbetas under 2015*)
- Handlingsplan för vård och omsorg i Glesbygd
- Handlingsplan för samverkan i Jämtlands läns landsting kring psykiska funktionsnedsättningar 2014-2016

I bilaga 3 finns en schematisk skiss över hur handlingsplanerna är kopplade till framgångsfaktorer (och utvecklingsområden) i regionstyrelsens verksamhetsplan.

Patient

Målområde patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård och omfattar exempelvis mål som handlar vårdens utveckling, medicinsk kvalitet och arbetssätt inom vården.

Strategiska mål inom området patient:

- Likvärdig och tillgänglig vård
- Vård efter behov och hälsofrämjande arbete
- Trygga patienter

Mål och resultatmått inom målområde Patient

(alla resultat redovisas totalt respektive uppdelat på män och kvinnor)

Strategiskt mål: Alla strategiska mål inom område patient enligt ovan

Framgångs faktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapport -ering
		2015→2017				
Prevention och hög kvalitet i vården	Andel diabetespatienter typ 2 (<75 år) med HbA1c >73 mmol/mol ska minska. HbA1c = variabel för att följa blodsockernivå långsiktigt. Målet är högst 10,2 % för 2014. Utgångsvärde 14-08-31; total: 10,8 %, kvinnor 9,8 %, män 11,5 %.	Total: 10,1% Kvinnor: 9,2 % Män: 10,2%	1 % lägre jämfört målvärde 2015.	1,25 % enheter bättre än målet 2015.	Nationella diabetes registret	Tertial
	Andel diabetespatienter, med HbA1c ≤ 52 mmol/mol ska öka. HbA1c = variabel för att följa blodsockernivå långsiktigt. Gäller diabetespatienter med sjukdomsdebut före 30 års ålder. Utgångsvärde 14-08-31; total: 17,5 %. Redovisas för män respektive kvinnor.	Totalt: Lägst 18 % av patienterna ska uppnå målvärde.	Totalt: Lägst 18,5 % av patienterna ska uppnå målvärde.	Totalt: Lägst 19 % av patienterna ska uppnå målvärde.	Nationella diabetes registret	Tertial
	Strokevård: Andel patienter som var ADL-oberoende* 3 månader efter akutfasen. (urval; personer som var ADL-oberoende före insjuknandet) Utgångsvärde 13-12-31: total: 84,8 %. Könsuppdelad statistik går ej att ta fram.	Totalt: 86 %	Totalt: 86 %	Totalt: 86 %	Nationella kvalitets registret stroke	Tertial
	Öka andel patienter (70 år och äldre) som får en screening med åtgärd och uppföljning. Gäller fall, trycksår och undernäring samt i förekommande fall munhälsa. Validerat instrument ska användas. Utgångsvärde 14-08-31: total 43,7 % fått screening. Andel kvinnor 44,6 % och män 42,8 %. Utgångsvärde 14-08-31: total: > 85 % andel med risk som fått planerad förebyggande åtgärd. Kvinnor >85 % och män >85 %.	screening 55 % Åtgärder Fortsatt > 85 % Uppföljning 70 %	screening 70 % Åtgärder Fortsatt > 85 % Uppföljning 75 %	screening 90 % Åtgärder Fortsatt > 85 % Uppföljning 80 %	Senior alert	Tertial

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapportering
		2015→2017				
Vårda patienter utifrån helhetsperspektiv	Brytpunktsamtal (dokumenterat i journal) för patienter som kan medverka. Utgångsvärde 14-08-31: 52,3 %. Andel kvinnor 49,6 % och män 55,2 %	60 %	65 %	70 %	Svenska palliativ registret	Tertial
Tillgänglig och säker vård	Andel ineliggande patienter inom somatisk vård med vårdrelaterad infektion Utgångsvärde 14-08-31: total 6,7 %, varav kvinnor 5,6 % och män 8,5 %	6 %	5 %	5 %	Manuell mätning	Månad
	Minska variation i tillgänglighet med bibehållen eller förbättrad medianväntetid avseende tid från remissbeslut till behandlingsstart (multidisciplinär konferens) för patienter med tjocktarms- och ändtarmscancer. Utgångsvärde helår 2012: tjocktarmscancer median 50 dagar (32-69 dagar) samt ändtarmscancer 69 dagar (32-101 dagar).	Kortare median väntetid jämfört utfall 2012			Utveckling	Tertial

Handlingsplaner inom perspektivet patient

Förutom de mål och resultatmått som anges ovan ska inom perspektivet patient även mål och aktiviteter i följande handlingsplaner prioriteras under 2015:

- Övergripande handlingsplan för arbetet med en jämlik och jämställd verksamhet 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för införandet av barnkonventionen 2015-2017
- Övergripande handlingsplan mot våld i nära relationer 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för nationella minoriteter 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för tillgänglighet 2015
- Övergripande handlingsplan patientsäkerhet utifrån nationella överenskommelsen samt uppföljning av vissa övergripande rutiner (*ny ska utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan läkemedel 2015 (inkl. Strama)
- Övergripande handlingsplan för suicidpreventivt arbete i Jämtlands läns landsting 2014-2016 (*omarbetas under hösten 2014*)
- Övergripande handlingsplan Bättre liv för sjuka äldre 2012-2014
- Övergripande handlingsplan e-hälsa 2014 (*Ny utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan Lean (*Utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan återinskrivningar inom 30 dagar 2015
- Övergripande handlingsplan miljö 2015
- Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2015
- Övergripande handlingsplan för attraktiv arbetsgivare 2015-2017
- Handlingsplan för utveckling av cancervården i Jämtlands läns landsting 2013-2015 (*omarbetas under 2015*)
- Handlingsplan för samverkan i Jämtlands läns landsting kring psykiska funktionsnedsättningar 2014-2016
- Handlingsplan för vård och omsorg i Glesbygd

I bilaga 3 finns en schematisk skiss över hur handlingsplanerna är kopplade till framgångsfaktorer (och utvecklingsområden) i regionstyrelsens verksamhetsplan.

Medarbetare

Målområde medarbetare ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, delaktighet och engagemang samt arbetsmiljöfrågor om omfattar exempelvis mål om arbetsmiljö, lärande och förnyelse.

Strategiska mål inom området medarbetare:

- Attraktiv arbetsgivare
- Utveckling genom forskning, lärande och förnyelse
- Hälsofrämjande arbetsmiljö
- En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens utmaningar

Mål och resultatmått inom målområde Medarbetare

(alla resultat redovisas totalt respektive uppdelat på män och kvinnor)

Strategiskt mål: Attraktiv arbetsgivare

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapportering
		2015→2017				
En attraktiv arbetsgivare som många vill arbeta för	Sänka sjukfrånvaron för medarbetare Utgångsvärde helår 2013: totalt; 6,9 %, kvinnor: 7,6 %, män: 4,8%	Totalt: 6,2 % Män: 4,5 % Kvinnor: 7,0 %	Totalt: 5,7 % Män: ≤4,5 % Kvinnor: 6,5 %	Totalt: 5,2 % Män: ≤4,5 % Kvinnor: 6 %	Diveport	Tertial
	Nyttjande av inhyrd personal och arvodesläkare ska minska Utgångsvärde helår 2013: 56,8 miljoner kr	Ej överstiga 2013- års utfall.	Minska 10 % jämfört utfall 2013	Minska 15 % jämfört utfall 2013.	Prodiver	Tertial

Strategiskt mål: En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens utmaningar

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapportering
		2015→2017				
En chefsroll med tydligt uppdrag	Daglig visuell styrning ska införas på vårdavdelningar och enheter.	50 % av alla vård-avdelningar	70 % av alla vård-avdelningar	80 % av alla vård-avdelningar	Månads rapport	
			50 % av alla enheter	80 % av alla enheter		

Handlingsplaner inom perspektivet medarbetare

Förutom de mål och resultatmått som anges ovan ska inom perspektivet medarbetare även mål och aktiviteter i följande handlingsplaner följas:

- Övergripande handlingsplan för Attraktiv arbetsgivare 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för arbete med jämlik och jämställd verksamhet 2015-2017
- Övergripande handlingsplan för e-hälsa 2014 (*Ny utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan för Lean (*Utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan för miljö 2015
- Övergripande handlingsplan informationssäkerhet 2015

I bilaga 3 finns en schematisk skiss över hur handlingsplanerna är kopplade till framgångsfaktorer (och utvecklingsområden) i regionstyrelsens verksamhetsplan.

Verksamhetsresultat

Målområde verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och omfattar såväl finansiella som icke finansiella resultat. Bland icke finansiella resultat ingår utfall för "stora" processer. Här samlas mål för viktiga processer, till exempel tillgänglighet till vård samt mål för finansiella utfall, till exempel nettokostnadsutveckling.

Strategiska mål inom området verksamhetsresultat:

- God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt
- Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv
- Effektiva processer

Mål och resultatmått inom område Verksamhetsresultat

(alla resultat redovisas totalt respektive uppdelat på män och kvinnor)

Strategiskt mål: God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapport- ering
		2015→2017				
Satsningar för god ekonomisk hushållning	Nettokostnadsutveckling Utgångsvärde nettokostnad 2014 baserat på augustiprognos.	1,9 %	0,8 %	1,7 %	Raindance	Månad

Strategiskt mål: Effektiva processer

Framgångsfaktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapport- ering
		2015→2017				
Ständiga förbättringar	Andel patienter på akutmottagningen som är klara inom 4 timmar. Utgångsvärde 14-08-31: 66 %. Andel besök med genomloppstid < 4 tim; kvinnor 65 % och män 68 %.	80	80	80	Diveport	Månad

Strategiskt mål: Koppling till alla strategiska mål inom område Verksamhetsresultat enligt ovan

Framgångs faktor	Mål och utgångsvärden	Resultatmått			Källa	Rapport-ering
		2015→2017				
Satsningar för god ekonomisk hushållning	7 - Bedömer primärvården att patienten behöver läkarkontakt ska sådant besök erbjudas inom högst sju dagar. Utgångsvärde 14-08-31: 94 % för landstingsdrivna hc och 94 % för privata utförare. Könsuppdelad statistik fr.o.m. 2015.	100 %	100 %	100 %	Diveport	Månad
	1) Väntande till besök och behandling inom specialiserad vård inom 60 dagar. Utgångsvärde 14-08-31: besök 62 % och behandling i genomsnitt 64 %. Könsuppdelad statistik fr.o.m. 2015. 2) Genomförda besök och behandlingar inom specialiserad vård inom 60 dagar (kömiljarden). Utgångsvärde 14-08-31 Besök i genomsnitt 68 %. Utgångsvärde 14-08-31: Behandling i genomsnitt 53 %. Könsuppdelad statistik fr.o.m. 2015.	70 % 70 %	75 % 75 %	80 % 80 %	Diveport	Månad
Ständiga förbättringar	Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak, 65 år och äldre ska minska. Utgångsvärde 14-08-31: total: 19,4 %, kvinnor 17,3 %, män 21,5 %. Mätetalet har ny definition fr.o.m. 2015.	Högst 19 %	Högst 18 %	Högst 17 %	Diveport	Månad

Handlingsplaner inom perspektivet verksamhetsresultat

Förutom de mål och resultatmått som anges ovan ska inom perspektivet verksamhetsresultat även mål och aktiviteter i följande handlingsplaner prioriteras:

- Övergripande handlingsplan för tillgänglighet 2015
- Övergripande handlingsplan för e-hälsa 2014 (*ny utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan för miljö 2015
- Övergripande handlingsplan informationssäkerhet 2015
- Övergripande handlingsplan för attraktiv arbetsgivare 2015-2017
- Övergripande handlingsplan återinskrivningar inom 30 dagar 2015
- Övergripande handlingsplan Bättre liv för sjuka äldre 2012-2014
- Övergripande handlingsplan för Lean(*utarbetas under 2015*)

I bilaga 3 finns en schematisk skiss över hur handlingsplanerna är kopplade till framgångsfaktorer (och utvecklingsområden) i regionstyrelsens verksamhetsplan.

Övergripande handlingsplaner i regiondirektörens verksamhetsplan 2015

Inom Region Jämtland Härjedalen upprättas inför varje år ett antal övergripande handlingsplaner för områden som särskilt behöver fokuseras på. För regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden är det regiondirektören som beslutar om vilka handlingsplaner som ska upprättas. Handlingsplanerna ingår också i direktörens verksamhetsplan.

För 2015 finns följande övergripande handlingsplaner:

- Övergripande handlingsplan för arbetet med en jämlik och jämställd verksamhet 2015-2017 (LS/1300/2014)
- Övergripande handlingsplan för barnkonventionen 2015-2017 (LS/1293/2014)
- Övergripande handlingsplan mot våld i nära relation 2015-2017 (LS/1301/2014)
- Övergripande handlingsplan för nationella minoriteter 2015-2017 (LS/1292/2014)
- Övergripande handlingsplan för tillgänglighet 2015 (LS/1303/2014)
- Övergripande handlingsplan patientsäkerhet utifrån nationella överenskommelsen samt uppföljning av vissa övergripande rutiner (LS/409/2013) (*Ny ska utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan läkemedel 2015 (inklusive strama) (LS/1393/2014)
- Övergripande handlingsplan för suicidpreventivt arbete i Jämtlands läns landsting (LS/1562/2013) (*Ny utarbetas under hösten 2014*)
- Övergripande handlingsplan för Lean (LS/xxxx/2014)(*Utarbetas under 2015*)
- Övergripande handlingsplan för återinskrivning inom 30 dagar 2015 (LS/391/2014)
- Övergripande handlingsplan för miljö 2015 (LS/1304/2014)
- Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2015 (LS/1398/2014)
- Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2015-2017 (LS/1363/2014)
- Övergripande handlingsplan för E-hälsa 2014 (LS/678/2013) (*Ny utarbetas under 2015*)
- Handlingsplan för utveckling av cancervården i Jämtlands läns landsting 2013-2015 (LS/1907/2014)
- Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd - Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd (LS/821/2014)
- Handlingsplan för samverkan i Jämtlands läns landsting kring psykiska funktionsnedsättningar 2014-2016 (LS/1365/2014)
- Bättre liv för sjuka äldre – strategi och handlingsplan 2012-2014 (LS/536/2013)

Handlingsplanerna beskriver vad som ska göras kopplat till mål i regionplan och styrelsens verksamhetsplaner och till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år. Målen och resultatmåttarna i handlingsplanerna ska hanteras på samma sätt som övriga mål som finns i regiondirektörens verksamhetsplan och vara utgångspunkter i centrumens och enheternas utvecklingsarbete och i deras verksamhetsplaner.

Uppföljningsplan 2015

Regiondirektörens uppföljningsplan omfattar aktiviteter som ska genomföras 2015 för att följa upp regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden utifrån de mål, mätetal och aktiviteter som finns beskrivna i regiondirektörens verksamhetsplan och i övergripande handlingsplaner.

Uppföljningsplanen är tillsammans med regionstyrelsens uppföljningsplan viktiga underlag för den redovisning som görs genom månadsrapporter, delårsbokslut, årsbokslut och andra verksamhetsuppföljningar och redovisningar. Regiondirektörens uppföljningsplan reglerar också den regionala ledningsgruppen (ledningsgrupp för hela organisationen) och regiondirektörens ledningsgrupp (ledningsgrupp för regionstyrelsens förvaltning) enligt beslutad arbetsordning för ledningsorganisationen (LS/15/2013).

Uppföljningsplan

Ledningsmöte	Översiktligt innehåll
Alla möten	- Föregående protokoll - Resultatuppföljning gentemot verksamhetsplanens mål
Under året	- Pulsmöten genomförs varje onsdag kl 07:55 - Hälso- och sjukvårdsstrategisk eftermiddag kl 14-16 genomförs varannan eftermiddag med områdeschefer - Goda exempel ur lean-perspektiv (följa ett förbättringsarbete på plats) - Genomföra fördjupning/tema genom att avsätta särskild avdelad tid - Utökad ledningsgrupp med områdeschefer (gäller Regiondirektörens ledningsgrupp)
Särskilda uppföljningspunkter under året	- Delårsbokslut och årsbokslut - Personalbokslut - Öppna jämförelser och motsvarande inom ramen för egenkontroll - Patientsäkerhet - Läkemedel - Miljöbokslut - Övergripande handlingsplaner som ingår i direktörens verksamhetsplan - Ledningens genomgång enligt SOFS 2011:9 (maj och oktober) - Fastigheter - Jämställdhet och jämlikhet - Riks- och regionvård
Regionstyrelse 8 januari	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
14 januari kl 9-16	
Regionstyrelse 20-21 januari	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
28 januari kl 9-16	
18 februari kl 9-16	
20 februari - Regional ledningsgrupp kl 9-16	
Regionstyrelse 24-25 februari	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
18 mars kl 9-16	
Regionstyrelse 25-26 mars	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
1 april kl 9 -16	
22 april kl 9-16	
Regionstyrelse 28-29 april	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
6 maj kl 9-16	
22 maj - Regional ledningsgrupp kl 9-16	
Regionstyrelse 26-27 maj	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen

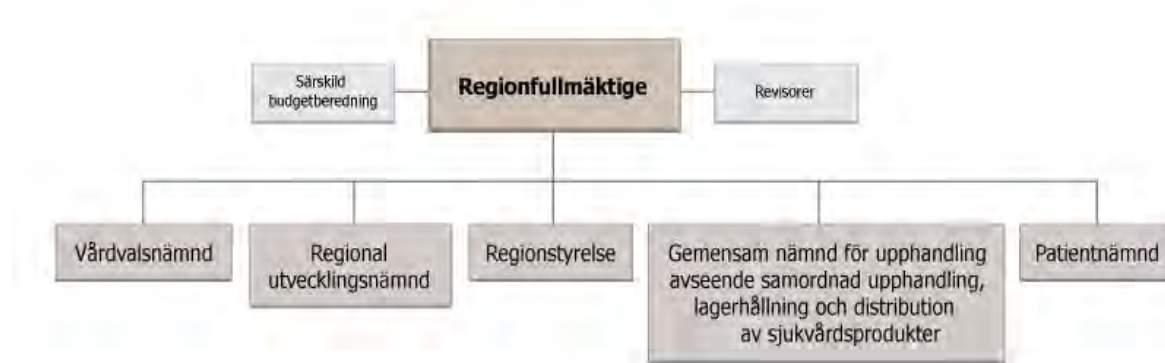
Ledningsmöte	Översiktligt innehåll
3 juni kl 9-16	
19 augusti kl 9-16	
Regionstyrelse 25-26 augusti	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
9-10 september kl 9-16	Planeringsdagar
25 september- Regional ledningsgrupp kl 9-16	
Regionstyrelse 29-30 september	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
7 oktober kl 9-16	
28 oktober kl 9-16	
Regionstyrelse 3-4 november	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
11 november kl 9-16	
13 november - Regional ledningsgrupp kl 9-16	
2 december kl 9-16	
Regionstyrelse 8 december	Enligt uppföljningsplanen för regionstyrelsen
16 december kl 9-16	

Bilagor

Bilaga 1: Politisk organisation och styrning

De förtroendevaldas roll är att ta ställning till och besluta om regionens övergripande mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. Vilka områden och särskilda sakuppgifter regionfullmäktige, regionstyrelsen och nämnderna har framgår av regionfullmäktiges arbetsordning och reglementen för styrelsen och nämnderna.

Politisk organisation för Region Jämtland Härjedalen från 1 januari 2015



Regionfullmäktige fastställer regionens vision och strategiskt övergripande mål. Fullmäktige beslutar också om ekonomiska ramar för verksamheten och fastställer budget för region Jämtland Härjedalen. Det är också fullmäktige som beslutar hur stor landstingsskatten ska vara och vilka avgifter och taxor regionen ska ta ut.

Regionstyrelsen och de olika nämnderna har tillsammans regionfullmäktiges uppdrag att verkställa fullmäktiges beslut. De fastställer verksamhetsplaner med framgångsfaktorer som utgår från de strategiska målen kopplat till deras ansvarsområden.

Regionstyrelsen är regionens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela regionens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsens uppgifter ingår bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdsnämndens ansvar) samt att arbeta med frågor om folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.

Vårdsnämnden utför beställning av hälso- och sjukvård och tandvård. Nämnden har också hand om frågor som rör lagen om läkarvård ersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik.

Regionala utvecklingsnämnden har hand om de regionala frågorna i samverkan med hela länet, det statliga tillväxtuppdraget och fungerar som regional kollektivtrafikmyndighet.

Patientnämnden har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och tandvårdspersonalen, samt förmedla information till patienterna.

Uppgifterna för **Gemensam nämnd för upphandling av sjukvårdsprodukter m.m.** är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.

Bilaga 2: Styrmodellen

Politiker och tjänstemän inom Region Jämtland Härjedalen arbetar efter en gemensam styrmodell. Det innebär att det finns en röd tråd i styrningen från de visioner och strategiska mål som tas i regionfullmäktige till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå.

Ansvarsfördelning

De förtroendevalda politikernas uppgifter är att ange mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. I fastställda reglementen framgår det vilka områden respektive nämnd eller styrelse ansvarar för och vilka särskilda sakuppgifter de har. Regiondirektör och högsta tjänstemannaledning ska se till att åstadkomma resultat i linje med de politiska uppdragen.

Regionstyrelsen, patientnämnden och regionala utvecklingsnämnden har egna förvaltningar med en förvaltningschef. Regionstyrelsens förvaltning servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden.

Styrdokument

Region Jämtland Härjedalen arbetar med två typer av styrdokument, dels styrdokument som tas fram för att styra verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen, dels ett antal länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. Exempel på länsövergripande styrdokument är Regional utvecklingsstrategi (RUS), Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik, Regionalt trafikförsörjningsprogram och Kulturplan.

Regionfullmäktige fastställer regionens övergripande mål genom följande styrdokument:

Policyer och strategier. Policyer anger regionens värderingar och förhållningssätt till något. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras.

Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP). De beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod inom områden med behov av längre

planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer.

Landstingsplan/Regionplan som innehåller strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod samt en budget för närmaste året. Utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Planen revideras varje år.

Regionstyrelsen och nämnderna upprättar var sin **verksamhetsplan med uppföljningsplan** och budget som fastställs av respektive styrelse/nämnd och anmäls till regionfullmäktige. Verksamhetsplanerna innehåller framgångsfaktorer kopplat till strategiska mål i landstingsplanen/ regionplanen. Framgångsfaktorerna markerar vad respektive nämnd eller styrelse bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige har beslutat om.

Med vägledning av framgångsfaktorerna identifieras **i Regiondirektörens verksamhetsplan** strategiskt viktiga utvecklingsområden för regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamheter i form av mål. Målen ska driva på och markera behovet av utveckling. Planen ska också innehålla resultatmål som tillsammans med målen ska bidra till en väl underbyggd värdering av måloppfyllelsen för respektive övergripande mål. Regiondirektörens verksamhetsplan fastställs av regiondirektören men ska anmälas till regionstyrelsen. Planen gäller för tre år men revideras varje år. För övriga nämnders verksamheter upprättas liknande verksamhetsplaner av respektive förvaltningschef.

Regiondirektörens verksamhetsplan med handlingsplanerna, är tillsammans med andra uppdragsbeskrivningar och överenskommelser, ett

underlag som regionens centrumchefer och verksamhetschefer har att följa i sin planering och uppföljning.

Centrumens verksamhetsplaner och verksamhetsplaner för områdena inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning.

Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning fastställs av regiondirektören. På samma nivå som centrumen finns för regionala utvecklingsnämndens förvaltning olika områden. De områdenas verksamhetsplaner fastställs av förvaltningschef.

Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan respektive verksamhetsplan för förvaltningschef för regionala utvecklingsnämndens förvaltning.

Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning,

fastställs av närmast högre linjechef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens och centrumens verksamhetsplaner samt från övergripande handlingsplaner.

Region Jämtland Härjedalen arbetar också med **övergripande handlingsplaner**.

Handlingsplanerna för regionstyrelsens förvaltning ingår i regiondirektörens verksamhetsplan och

upprättas inom områden som är i särskilt fokus kopplat till målen i landstingsplanen/regionplanen och styrelsens/ nämndernas verksamhetsplaner samt till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år.

Figuren på nästa sida ger en överblick över de olika styrdokumenterna.

Planering

För att verkställa grundidén med styrmodellen om att det ska finnas en röd tråd från de övergripande målen till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå sker planeringsarbetet med de olika dokumenten parallellt.

Uppföljning

Förutom policyer och planer utgör följande planeringsdokument underlag i regionens styrning:

- Behovsanalyser och sammanställning av planeringsförutsättningar i form av omvärldsbevakning, behovsanalys, rapporter, måluppfyllelse med mera
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter och Årsredovisningar
- Årsplanering för respektive nämnd
- Internkontrollreglemente och internkontrollplaner



Bilaga 3: Handlingsplanernas koppling till strategiska mål och framgångsfaktorer

Nedan redovisas vilken koppling de övergripande handlingsplanerna har till strategiska mål i regionplan samt till framgångsfaktorer i regionstyrelsens verksamhetsplan.

SAMHÄLLE	PATIENT	MEDARBETARE	VERKSAMHETSRESULTAT
Strategiska mål i Regionplan			
Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt Jämställdhet och jämlika levnadsvillkor En demokratisk region präglad av insyn och delaktighet Förbättrad psykisk hälsa Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor Goda samarbetspartners	Likvärdig och tillgänglig vård Vård efter behov och hälsofrämjande arbete Trygga patienter	Attraktiv arbetsgivare Hälsofrämjande arbetsmiljö Utveckling genom forskning, lärande och förnyelse En kompetensutveckling som understödjer omställning till framtidens utmaningar	God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämnt och jämställt Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv Effektiva processer
Framgångsfaktorer i regionstyrelsens plan			
Hälsofrämjande metoder och förebyggande insatser (A) Region Jämtland Härjedalen ska vara en aktiv aktör i samhället (B) Ökad delaktighet i en jämställd och jämlik organisation (C) Regionens organisation och arbetssätt (D)	Vårda patienter utifrån ett helhetsperspektiv (E) Prevention och hög kvalitet i vården (F) Tillgänglig och säker vård (G)	Strukturerat och långsiktigt arbete med kompetensförsörjning (H) En attraktiv arbetsgivare som många vill arbeta för (I) En chefsroll med tydligt uppdrag (J)	Verksamhet anpassad efter intäktsutveckling (K) Satsningar för god ekonomisk hushållning (L) Ständiga förbättringar (M)

Framgångsfaktorer i regionstyrelsens plan som har koppling till handlingsplan – bokstav anger vilken eller vilka framgångsfaktorer planen har mest koppling till				
	SAMHÄLLE	PATIENT	MEDARBETARE	VERKSAMHETS RESULTAT
Övergripande handlingsplan för arbete med en jämlik och jämställd verksamhet	C	E	H, J	
Övergripande handlingsplan Barnkonventionen	A	E		
Övergripande handlingsplan mot Våld i nära relation	A	F		
Övergripande handlingsplan för nationella minoriteter	A, B	E, G		
Övergripande handlingsplan Tillgänglighet (inklusive produktions- och kapacitetsplanering)	A, D	E, G		K, L, M
Övergripande handlingsplan Läkemedel (inkl. Strama)	A	F		
Övergripande handlingsplan Suicidpreventivt arbete	A	G		
Övergripande handlingsplan patientsäkerhet utifrån nationella överenskommelsen samt uppföljning av vissa övergripande rutiner		G		
Övergripande handlingsplan Lean (utarbetas under 2015)		F, G	J	K, L, M
Övergripande handlingsplan Återinskrivningar inom 30 dagar		E	M	
Övergripande handlingsplan Miljö	A, D	G		M
Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet	B, D	E, G	I	M
Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare	C, D	E, G	Alla framgångsfaktorer	M
Övergripande handlingsplan E-hälsa	D	G	I	
Handlingsplan för utveckling av cancervården i Jämtlands läns landsting	A, D	E, F, G		
Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd	A, D	E		M
Handlingsplan för samverkan i Jämtlands läns landsting kring psykiska funktionsnedsättningar	A	E, F, G		
Bättre liv för mest sjuka äldre – strategi och handlingsplan	A, C	E	M	

2012-12-11

Landstingsstyrelsen

§ 291 Begäran om uppskov - Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i hälso- och sjukvården (LS/1174/2012)

Ärendebeskrivning

Beredningen för vård och rehabilitering har begärt uppskov för återrapporering av uppdraget att "tillsammans med ytterligare landsting, föreslå SKL, i samarbete med andra relevanta aktörer, att förstärka stödet till medlemmarna i det folkhälso- och hälsofrämjande arbetet".

Utifrån landstingsstyrelsens beslut § 183, 2012-08-28 där beredningen för vård och rehabilitering föreslås att utföra uppdraget skulle uppdraget har återrapporaterats till landstingsstyrelsen vid dess sammanträde den 11 december 2012.

Beredningen meddelar att arbetet har påbörjats men att beredningen behöver förlängd tid för att utföra sitt uppdrag. Beredningen kommer att återrapporera när uppdraget är utfört.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag från beredningen för vård och rehabilitering, 2012-11-13, § 67

Landstingsdirektörens förslag

Landstingsstyrelsen medger begäran om uppskov och önskar återrapporering när uppdraget är utfört.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

Landstingsstyrelsen medger begäran om uppskov och önskar återrapporering när uppdraget är utfört.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2012-08-28

Landstingsstyrelsen

§ 183 Uppdrag till beredningen för vård- och rehabilitering avseende hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i hälso- och sjukvården (LS/1174/2012)**Ärendebeskrivning**

Utredningen om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i hälso- och sjukvården, LS/666/2010, som beredningen för vård och rehabilitering utfört på fullmäktiges uppdrag, ligger till grund för Landstingsfullmäktiges beslut 19-20 juni 2012 att ge landstingsstyrelsen i uppdrag att "tillsammans med ytterligare landsting, föreslå SKL, i samarbete med andra relevanta aktörer, att förstärka stödet till medlemmarna i det folkhälso- och hälsofrämjande arbetet", § 134, punkt 4.

Beredningens utredning visar bland annat att det finns behov av mer kunskap om och modeller för att mäta hälso- och sjukvårdens effekter på hälsan och de svårigheter som finns att styra resurser eller fokusera mål efter en behovsbeskrivning i befolkningen. Livsstilsrelaterad ohälsa och psykisk ohälsa är exempel på två områden där det finns behov av att utveckla metoder för förebyggande arbete som kan användas i hälso- och sjukvården. De metoder för förebyggande arbete som är tillgängliga och har vetenskapligt stöd behöver tillämpas i större utsträckning i den hälsofrämjande hälso- och sjukvården än vad som görs idag.

Genomgående är screening av levnadsvanor, medvetandegörande och rådgivning om levnadsvanor kostnadseffektiva metoder. Hur insatserna bäst ska utformas och vilka målgrupper som de i första hand bör riktas till återstår att undersöka. Införande av nya arbetssätt bör därför oftast ske i kombination med forskningsinriktad utvärdering. (*Förbygga eller bota? Om kostnadseffektiva metoder inom hälso- och sjukvård.* Författare: Lars Hagberg, Inna Feldman, Susann Jansson, Bo Simonsson, Jahngir Khan, Eira Erlingsson. Publicerad: 2004.)

Sjukvården kan inte ensam vända på det livsstilsinriktade sjukdomsmönstret. För det krävs samlade insatser från hela samhället. Problemen måste angripas på flera nivåer. För att hälso- och sjukvården ska kunna bidra till en bättre folkhälsa så måste samarbetet stärkas med kommunerna och andra viktiga aktörer på området. En sådan viktig aktör är Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Ett kongressuppdrag för SKL är att förbundet ska stödja medlemmarna i deras hälsofrämjande och förebyggande arbete för att öka välbefinnandet och långsiktigt minska behoven av vård och omsorg.

Landstingsstyrelsen anser att det utifrån beredningens sakkunskap och upprättade kontakter i ärendet är lämpligt att beredningen utför uppdraget att tillsammans med ytterligare landsting, föreslå SKL, i samarbete med andra relevanta aktörer, att förstärka stödet till medlemmarna i det folkhälso- och hälsofrämjande arbetet.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande

2012-08-28

Utöver beslut att förstärka stödet till medlemmarna beslutade landstingsfullmäktige också den 19-20 juni 2012, § 134 punkt 1-3, att landstingets arbete med Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i kommande strategier och budgetarbete ska utgå från kartläggning av hälsoläget och en behovsanalys för förbättrad hälsa i länet. Dessutom ska hälsoekonomisk analys ingå i beslut där det är möjligt att göra sådana. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska ha sin utgångspunkt i evidensbaserade metoder och metoder baserade på beprövad erfarenhet. Landstingsstyrelsen fick i uppdrag att bevaka utvecklingen av arbetet med att överbrygga hinder i folkhälsoarbetet och att delta i pilotprojekt eller andra försöksformer om möjlighet finns.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag från landstingsfullmäktige 2012-06-19—20 § 134

Landstingsdirektörens förslag

Landstingsstyrelsen föreslår beredningen för vård och rehabilitering

1. Beredningen för vård och rehabilitering utför uppdraget att tillsammans med ytterligare landsting, föreslå SKL, i samarbete med andra relevanta aktörer, att förstärka stödet till medlemmarna i det folkhälso- och hälsofrämjande arbetet.
2. Uppdraget ska återskötteras till landstingsstyrelsen vid dess sammanträde den 11 december 2012.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

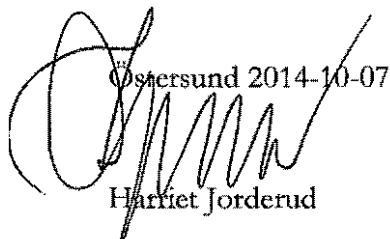
Landstingsstyrelsen föreslår beredningen för vård och rehabilitering

1. Beredningen för vård och rehabilitering utför uppdraget att tillsammans med ytterligare landsting, föreslå SKL, i samarbete med andra relevanta aktörer, att förstärka stödet till medlemmarna i det folkhälso- och hälsofrämjande arbetet.
2. Uppdraget ska återskötteras till landstingsstyrelsen vid dess sammanträde den 11 december 2012.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Till landstingsfullmäktige

Undertecknad anhåller härmed om omedelbart entledigande från uppdraget
som fullmäktige (ombud) för LÖF, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag.


Östersund 2014-10-07
Harriet Jorderud

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



**Kommunala referensgruppen inom
Region 2015**

2014-09-08

PROTOKOLLSUTDRAG**§ 34. Förslag på samverkansavtal mellan Region Jämtland Härjedalen
och länets kommuner om regional samverkan**

Dnr RS/2014-207

Regionförbundet Jämtlands län har sedan bildandet 2011 som en del i det regionala arbetet utfört uppdrag som övertagits från Kommunförbundet Jämtlands län. Många av dessa uppdrag handlar om regional samverkan såsom samarbetet mellan kommunerna och landstinget, framtagande av regionala strategier för utveckling, kommunikationer med mera. Några frågor har vara av mera primärkommunal art såsom familjerådgivning och forskning/utveckling. I och med att regionförbundets verksamhet övertas av landstinget, som kommer att bilda region med regionalt utvecklingsansvar, behövs en överenskommelse över de verksamheter som kommunerna anser att det finns fördelar med att regionen snarare än de enskilda kommunerna bedriver. På detta sätt skulle det samarbete som kommunerna haft under mycket lång tid i sitt kommunförbund kunna få en fortsättning utan att kommunerna antingen utför det enskilt eller bildar ett nytt samarbetsorgan.

Enligt bifogat förslag på överenskommelse omfattar överenskommelsen alla de verksamheter som regionförbundet idag bedriver med undantag av familjerådgivningen som är en lagstadgad kommunal verksamhet. På detta sätt blir det en kontinuitet i det regionala arbetet som regionförbundet bedrivit och utvecklat under sina fyra verksamhetsår. Det skapar också en större möjlighet för en fortsatt samverkan mellan kommunerna och regionen i det regionala arbetet. Samtidigt stärker det kommunernas inflytande i det nu utvidgade regionala ansvaret som Region Jämtland Härjedalen får.

För de uppgifter som regionen utför för kommunernas räkning ersätter kommunerna regionen med en summa som motsvarar regionförbundets nuvarande kostnader.

Överenskommelsen ska följas upp årligen i Regionens samverkansråd och enskilt med varje kommun.

Den kommunala referensgruppen har fått Styrgruppen för projekt Region 2015:s uppdrag att besluta om rekommendation om överenskommelse.

Utdragsbestyrkande

Beslutsunderlag

Överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner om regional samverkan

Samverkansavtal Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner om regional samverkan

Preliminär kostnadsfördelning för kommunerna

Tjänstemannaförslag

Kommunala referensgruppen för Region 2015 rekommenderar länets kommuner och Jämtlands läns landsting

Teckna överenskommelse enligt bilaga ”Samverkansavtal Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner om regional samverkan”.

YRKANDE

Gudrun Hansson yrkar att **§8 Ersättning** ska lyda ”Ersättning utgår med xx kronor per år beräknat enligt befolkningsmängd med start 1 november 2014.”.

PROPOSITION

Ordförande ställer proposition på G Hanssons yrkande och finner det antaget.

Kommunala referensgruppens beslut

Kommunala referensgruppen för Region 2015 rekommenderar länets kommuner och Jämtlands läns landsting

Teckna överenskommelse enligt bilaga ”Samverkansavtal Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner om regional samverkan”.

Överenskommelse om samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och XX kommun om regionalt samarbete

§1 Parter

Överenskommelsen om samverkan träffas mellan Region Jämtlands Härjedalen och xx kommun.

Likalydande avtal tecknas med samtliga kommuner i Jämtlands län.

§2 Kontraktshandlingar

För detta samverkansavtal gäller i denna paragraf angivna kontraktshandlingar, som är bifogade till detta avtal. Förekommer i kontraktshandlingarna mot varandra stridande bestämmelser gäller kontraktshandlingarna i angiven ordning.

1. Samverkansavtal (detta dokument)
2. Överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och xx kommun

§3 Giltighetstid

Samverkansavtal gäller från 2015-01-01 till 2017-12-31.

§4 Samverkansavtalets omfattning

Överenskommelsen om samverkan gäller den verksamhet som anges i ”Överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län”. Överenskommelsen omfattar regional utveckling inom Regionala utvecklingsstrategins (RUS) områden; a) kompetens och kunskapsutveckling, b) social inkluderande och ett sund liv och c) resurssnålare och effektivare. Överenskommelsen omfattar också generell regional utveckling. De olika områdenas innehåll är specificerade i bilaga.

Kommunerna kan därutöver, var och en för sig eller tillsammans teckna fler överenskommelser. Sådana överenskommelser knyts som underavtal till denna överenskommelse.

§5 Samverkansavtalets syfte

Syftet med en överenskommelse om samverkan mellan Region Jämtlands Härjedalen och Jämtlands läns kommuner är att tillsammans stärka den regionala utvecklingen med utgångspunkt från (RUS).

Regionen och kommunerna har gemensamma intressen inom framförallt områdena kompetens-utveckling och social välfärd. Dessutom finns det behov av att samla resurserna för generella regional utveckling för att skapa jobb, goda kommunikationer och en god miljö.

§6 Insyn

Regionen ska till kommunen lämna ut sådan information som begärs för att kunna bedöma om detta avtal fullföljs.

§7 Uppföljning

Överenskommelsen om samverkan ska följas upp årligen i Regionens samverkansråd och enskilt med xx kommun.

Avstämningsmått ska tas fram av Regionens samverkansråd under år 2015.

§8 Ersättning

Ersättning utgår med xx kronor per år beräknat enligt befolkningsmängd med start 1 november 2014.

Ersättningen justeras årligen från och med 2016 med Landstingsprisindex (LPIX).

Region Jämtland Härjedalen ersätts varje månad i förskott med en tolfedel av den överenskomna ersättningen. Betalning görs utan anmodan genom insättning på konto xx xxx

§9 Förlängning

Samverkansavtalet förlängs automatiskt med 3 år i taget om ingen part sagt upp avtalet.

§10 Uppsägning

Samverkansavtalet kan sägas upp av part senast 12 månader före avtalstidens utgång.

§11 Tvist

Tvister om tolkningen av detta avtal ska i första hand lösas inom Regionens samverkansråd.

Om parterna inte är överens om utförandet av uppdraget enligt detta avtal har kommunen rätt att hålla inne delar av eller hela ersättningen fram tills dess att en överenskommelse nåtts.

Innehållen ersättning ska högst vara 50 % av den ersättning som avser det omtvistade området. I överenskommelsen ska det framgå hur den innehållna ersättningen ska regleras.

§12 Tecknande

Avtalet tecknas i två original där part tagit var sitt.

§13 Kontaktpersoner

13.1 Region Jämtland Härjedalens kontaktperson

Namn	
Befattning	
Adress	
Postadress	
Telefon	
Mobiltelefon	
Fax	
E-post	

Ändring av kontaktpersoner skall omgående meddelas motpart skriftligen med uppgifter om ny kontaktperson.

13.2 XX kommuns kontaktpersoner

Namn	
Befattning	
Adress	
Postadress	
Telefon	
Mobiltelefon	
Fax	
E-post	

Ändring av kontaktpersoner skall omgående meddelas motpart skriftligen med uppgifter om ny kontaktperson.

Östersund den

..... den

.....

.....

Titel
Namnförtydligande

Titel
Namnförtydligande

James Winoy
Verksamhetsstöd
Tfn: 063-14 65 85
E-post: james.winoy@regionjamtland.se

2014-09-08
Dnr: RS/2014-207

Överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner om regional samverkan

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Kompetens och kunskapsutveckling	2
Aktiviteter.....	3
Socialt inkluderande och ett sunt liv	5
Aktiviteter.....	6
Resurssnålare och effektivare.....	7
Aktiviteter.....	7
Övergripande regional utveckling	8
Verksamhetsstöd	8

Bakgrund

I Jämtlands län har det i många år funnits en etablerad samverkan i frågor mellan kommunerna och mellan kommunerna och landstinget. Efter nedläggningen av kommunförbundet år 2011 har tyngdpunkten i detta samarbete legat på Regionförbundet Jämtlands län (som var ett kommunalt samverkansorgan). Förutom de verksamheter som regionförbundet ansvarat för har kommunerna och landstinget ett flertal avtal och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Från och med 2015 tar landstinget över de regionala utvecklingsfrågorna från regionförbundet, vilket då avvecklas. De kommunala frågorna som regionförbundet hanterat under de år som regionförbundet funnits har integrerats i det regionala arbetet tillsammans med regionförbundets övriga uppdrag. Denna integration har skapat en effektiv organisation och ett kraftfullt regional arbete och därigenom ett starkt stöd till kommunerna.

Ett väl fungerande samarbete mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen ger ett framgångsrikt regional utvecklingsarbete. Flertalet uppgifter för kommunerna och regionen har en inbördes koppling till varandra. Samverkan ger ett aktivt gemensamt engagemang och ansvarstagande i de regionala frågorna.

I detta dokument beskrivs den verksamhet som parterna avser att samverka om. De fyra samverkansområdena (utgående från RUS) är;

- ❖ kompetens och kunskapsutveckling
- ❖ sociala inkluderande och ett sunt liv
- ❖ resurssnålare och effektivare
- ❖ övergripande regional utveckling

De resurser som regionförbundet haft för sin verksamhet har kommit från landstinget, kommunerna, länsstyrelsen, staten och olika fonder. Det mesta av dessa medel är målstyrda vilket gör att det finns möjligheter att med olika kombinationer få till en effektiv verksamhet med högre måluppfyllelse. Det är nödvändigt för att kunna utveckla hela det regionala arbetet.

Kompetens och kunskapsutveckling

Kunskap, kompetens och livslångt lärande är viktigt i en region som vill växa och utvecklas. Utbildning av hög kvalitet är också viktigt om man vill locka människor att flytta hit, inspirera till nytt företagande och underlätta tillväxt.

Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är områden som har stor betydelse för den regionala utvecklingen och som kräver samverkan mellan alla inblandade aktörer såsom

skolhuvudmän, utbildningsföretag, universitet, näringsliv och samhälle. I takt med den globala samhällsutvecklingen har kraven på utbildningssystemet ökat och också blivit alltmer regionaliserat. Kommunerna var för sig är ofta för små för att svara mot efterfrågan, och samverkan är därför nödvändig inom en rad områden för såväl barn- och ungdomsskolan som vuxenutbildning och övriga delar inom det livslånga lärandet. Mot bakgrund av detta har regeringen gett tillväxtansvariga i regionerna uppdraget att inrätta regionala kompetensplattformar bl. a för att matcha efterfrågan av kompetens mot utbudet och genom bättre analyser kunna föreslå nödvändiga åtgärder mot obalanser på arbetsmarknaden till följd av demografi, näringsstrukturer och kompetensbrist.

I Jämtlands län finns en lång tradition av regional samverkan inom kompetensområdet. Regionförbundet har det statliga uppdraget avseende kompetensplattformen i länet och har sedan tidigare en viktig och central roll i samverkansarbetet mellan kommuner, arbetsförmedling, utbildningsanordnare, näringsliv m fl. Samverkan sker inom olika arenor, projekt och andra initiativ inom förskola, grundskola, gymnasium, vuxenutbildning/lärcentra, högre utbildning och även kompetensutveckling i arbetslivet.

Ett samverkansområde som dessutom vuxit alltmer på senare tid är mottagning av nyanlända och integration av flyktingar och övriga inflyttade.

Från 2011 har de tidigare kommunala samverkansområdena som fanns i Kommunförbundet integrerats med tidigare landstingsverksamheter. Inom kompetensområdet har det främst skett med Europa Direkt och folkhögskolorna Birka och Bäckedal men även verksamheter som Mid Sweden European Office och arbetet kring framtagandet av RUS och strukturfondsprogrammen har bidragit till att ge mervärden och synergieffekter till nytta för kompetensområdet på såväl kommunal som regional nivå. Nya uppdrag har också tillkommit såsom kompetensplattformen och olika uppdrag inom integrationsområdet.

Sammantaget är det en styrka att på detta sätt samordna insatserna och koppla ihop dem med det regionala tillväxtarbetet och de strategier och finansiering som finns på EU- och nationell nivå. Kopplingen till de kommunala strategierna och operativa insatserna blir i sammanhanget en avgörande framgångsfaktor och det är därför viktigt att behålla och vidareutveckla de ovan nämnda samverkansområdena.

Aktiviteter

I dagsläget är samverkan organiserad i ett antal verksamheter inom regionförbundets område för kompetens och utbildning.

Dessa delar hålls samman under det i RUS prioriterade området: **”Kompetens och kunskapsutveckling”**. Under detta område finns även regeringsuppdraget avseende den regionala

kompetensplattformen som grund med koppling till tillväxtarbetet och regional utveckling. En viktig del i arbetet är att samordna och samverka med kommunerna kring behovsstyrda utvecklingsprojekt med stöd från EU:s fonder och nationella medel. De medel kommunerna bidrar med växlas delvis upp i de olika utvecklingsprojekt som man enas om.

I området "Kompetens och kunskapsutveckling" ingår:

- **Kompetensplattformen.** Analyser, statistik och trendspaning kring nuvarande och kommande kompetensbehov samt för mobiliseringen av arbetskraftsutbudet. Utförandet sker på såväl regional som kommunal nivå vilket ger kommunerna underlag och stöd i sina analyser och utredningar i skolfrågor och kring kompetensförsörjning. Kompetensplattformen driver och upprätthåller arenor för dialog mellan näringsliv, samhälle och utbildningsutbud. En viktig uppgift är att i samverkan med kommunerna initiera nya utbildningar och utvecklingsprojekt med stöd från t ex strukturfonderna.
- **Barn och utbildning.** Fokus ligger på planering, samordning och utveckling av gemensamma frågor i regionen för förskola, grundskola och gymnasieskola. Verksamheten samordnar och ger service till BUZ (barn och utbildning i Jämtlands län) och RUN (regionala utvecklingsnätverket) för kompetensutveckling och personalförsörjning inom utbildningssystemet i regionen. Samverkan sker med arbetslivet, universitet och övriga aktörer i frågor rörande övergångar, studieavbrott, arbetsmarknadskunskap, SYV, elevsociala frågor mm.
- **Gemensam ungdomsstrategi** i länet med koppling till RUS och strukturfondsprogrammen. Samverkan mellan kommunerna och regionen syftar till att göra länet attraktivt för ungdomar.
- **Lärcentra.** Fokus ligger på frågor kring vuxenutbildning och livslångt lärande. Samordning sker avseende lärlingsutbildning, yrkes Vux och andra näringslivsanpassade former och upplägg av utbildning och kompetensutveckling. Nätverk för tillgång till högre utbildning genom flexibelt lärande och distansteknik. Samverkan sker med folkhögskolorna.
- **Integrations- och mångfaldsfrågor.** Fokus ligger på regional samverkan och utveckling kring integration, flyktingmottagande, språkundervisning, boendefrågor, inflyttning mm. Gemensam regional integrationsstrategi utformas med samtliga aktörer som är verksamma inom integrationsområdet. Aktiviteter genomförs utifrån Regional överenskommelse (RÖK) för samverkan mellan kommuner, region och myndigheter för mottagning av nyanlända.
- **Utbyten och mobilitet** med samverkansfrågor som rör transnationella aktiviteter i skolan. Samordning kring att hitta regioner att skicka elever till samt vårt mottagande av deras elever med boende, handledning, praktik mm. Stöd till kommuner och skolor vid ansökan till Erasmus+ och övriga program.
- **Kurs och konferens** samverkan kring kompetensutveckling och konferenser för personal inom kommuner och landsting.

- **Zonline.** Strategisk samverkan kring kommunikationssystem och e-tjänster för länets utbildningssystem med ca 20 000 användare. Den tidigare operativa verksamheten är under avveckling från regionförbundet och operatörer upphandlas nu för operativ drift, support mm. Arbetet med nya Zonline bör kopplas ihop med arbetet kring e-hälsa och den digitala agendan i regionen.

Socialt inkluderande och ett sunt liv

En väl fungerande vård och omsorg är en förutsättning i en region som vill växa och utvecklas. Den vård och omsorg som bedrivs i länet ska bidra till bilden av det goda livet i Jämtland/Härjedalen där alla får den vård och omsorg som behövs i livets alla skeden.

Verksamheten sker genom samordning och intressebevakning av frågor inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård för länets kommuner i syfte att länets invånare ska må bra och kunna utvecklas. Trygga barn/vuxna och äldre är en bra grund för utvecklingen av vår region. Vi vill också sträva mot en jämlik och jämställd social välfärd. Den trygghet som invånarna upplever i länet är samtidigt en inflyttningsanledning för nya medborgare. Grundstrukturen i länet till stöd för kunskapsutveckling bygger på en upparbetad regional samverkan mellan kommunernas socialtjänst, LSS, hälso- och sjukvård, landstinget och Mittuniversitetet. Verksamheten avser att stödja och tillsammans med länets kommuner stärka de kunskapsbaserade välfärdstjänsterna och att de präglas av god kvalitet inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård i Jämtlands län.

Under regionförbundets tid har samverkansplattformen olika arenor setts över och justerats utifrån vilka funktioner som deltar i vissa av arenorna. Detta arbete har skett i samverkan med landstinget och kommunerna. De kommunala arenornas funktion bidrar till ett ökad enhetligt agerande från länets kommuner och underlättar för landstinget och kommunernas samverkan. Det är också inom samverkansplattformen som gemensamma insatser och prioriteringar inom insatserna diskuteras och förankras. Ett samordnat arbete mellan kommuner och landsting är viktigt för de sociala frågorna, inte minst då 40 % av hälso- och sjukvården bedrivs i länets kommuner.

Idag har länets kommuner/landsting ett tjugotal avtal/överenskommelser och därtill kopplade handlingsplaner som sedan omsätts lokalt t ex. äldreområdet, psykiatri, barn och unga, våld i nära relationer, missbruk/beroende, eHälsa, funktionsnedsättning m.m. Länet har också en modell för mottagande och implementering av nationella riktlinjer ex. schizofreni, demens, missbruk/beroende för att skapa en tydlighet, struktur och med en tydlig politisk styrning för verksamheternas arbete.

Arenorna gör det möjligt att inte bara hålla i och hålla ut i det nuvarande arbetet utan även hantera utvecklingsområden där en stor utmaning är den framtida kompetensförsörjningen inom äldreområdet som är helt avgörande för att nå målet med att införa en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård, andra områden är eHälsa och teknik-utveckling och brukarinflytande är exempel på områden där ett län av vår struktur ställer krav på bra samverkansformer och länslösningar.

Aktiviteter

I dagsläget är denna samverkan organiserad i ett antal verksamheter inom regionförbundet och förslaget är att dessa delar hålls samman under benämningen social välfärd. De delar som ingår är:

- **FoU Jämt.** Regionalt kunskapscentrum som genom forskarstöd och praktikinära forsknings- och utvecklingsinsatser bidrar till en långsiktig evidensbaserad kunskapsuppbyggnad inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. En viktig uppgift är att stödja utvecklingen av evidensbaserad praktik inom socialtjänsten i Jämtlands kommuner. Detta har påbörjats aktivt inom äldreområdet under året, och FoU Jämt avser att stödja motsvarande utveckling inom socialtjänstens övriga verksamheter under kommande år. Verksamheten ger råd och stöd till verksamma inom socialtjänst, LSS och kommunal hälso- och sjukvård när lokala projekt ska utformas och/eller utvärderas. Alla som arbetar inom äldreomsorg, individ- och familjeomsorg, verksamhet för funktionsnedsatta och kommunal hälso- och sjukvård inom Jämtlands län har rätt att söka FoU-medel. Även medarbetare i privata företag och kooperativ som arbetar inom ovan nämnda verksamhetsområden på uppdrag av kommunal huvudman har rätt att söka FoU-medel.
- **Samverkansplattform** med politisk- och tjänstemannaarenor. Samverkansplattformen utgör dels en dialog mellan kommuner och landsting och dels en samverkansarena för de kommunala frågorna inom social välfärd i länet både på politisk och på tjänstemannanivå. Det är en del av den regionala strukturen vilken är viktigt för ett sammanhållet arbete och bra resursutnyttjande för att nå målen i det regionala utvecklingsarbetet. Den politiska arenan kan ge rekommendationsbeslut till kommuner och landsting. Tjänstemannaarenorna agerar bland annat styrgrupp för de satsningar som görs i länet från regional eller nationell nivå. Gemensamma arenor för landsting och kommunal vård och omsorg inom social välfärd är SVOM och gemensamma nämnden för upphandling (avtal finns mellan kommuner och landstinget avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter) sker tillsammans med landstinget och kommunal vård och omsorg, barnarenan tillsammans med skola, kommunal vård och omsorg samt landstinget, Landstingets och kommunernas individ och familjeomsorg(L-IFO) och Fredagsgrupp. Enbart kommunala arenor är: SocSam och chefsarenor för Ifo-chefer samt vård och omsorgschefer.

- **Nationella stimulansmedel/satsningar.** Samordningsfunktionen för samverkansplattformen.
- **Vård och omsorgscollege Jämtland** är en kvalitetsmärkning av vård och omsorgsutbildningar i länet utifrån ett nationellt ramverk/certifiering. Arbetet består av regionala och lokala nätverk som i samverkan kvalitetssäkrar och garanterar utbildningsnivå, utbildningskvalité och i slutändan anställningsbarhet/kompetens inom vård och omsorgsutbildningar.

Nationellt förväntas det att det finns en regional plattform för de sociala välfärdsfrågorna, en regional samverkanspart. De senaste fyra åren har kraven ökat betydligt på den regionala samordningen bl. a utifrån de statliga satsningarna och kraven på dess långsiktighet.

Resurssnålare och effektivare

Resurseffektivitet gällande nyttjande av naturresurser bör vara ledstjärnan i alla beslut och vid all näringsverksamhet i länet. Det ska ske genom att ekosystemansatsen är vägledande i beslutsfattande.

RUS-uppdragets fullständiga genomförande kräver ett systemskifte ur många aspekter. Den belastning som vår nuvarande livsstil innebär på klimat, biologisk mångfald och våra naturresurser är inte långsiktigt hållbar, det gäller såväl privat som inom näringslivet.

Regionförbundet driver projekt och genomför aktiviteter som leder till sänkta växthusgasutsläpp, mer effektiv energianvändning och mindre belastning på naturresurserna. Effekten av de insatser som görs regionalt/lokalt är när det gäller växthusgasutsläpp är en delmängd i en global dynamik. Det innebär att det regionala arbetet som görs är synnerligen relevant på nationella eller transnationella nivå.

Aktiviteter

Verksamheten ska utgå från RUS:ens insatsområden ”Strategisk samverkan inom miljöteknikområdet”, ”Begränsad klimatpåverkan och energiomställning”, ”Förnybar energi, Jämtland/Härjedalen - ett fossilbränslefritt län” och ”Energiomställning för tillväxt”.

- **Energikontoret.** Arbetar för minskade utsläpp av växthusgaser genom projekt och aktiviteter som syftar till mer effektiv energianvändning och ökad användning av förnybar energi. Detta sker via uppdrag från Energimyndigheten, regionförbundet och länets kommuner.
- **Miljöstrategisk samverkan / Fossilbränslefritt län.** Aktiviteter inom styrgrupper för energisamverkan mellan norrlandslänen, Mittnordenkommitten samt länets insatser för att nå ett fossilbränslefritt Jämtland 2030. Samverkan med länsstyrelsen för att uppnå

målen i länets energi- och klimatstrategi som har processats fram via det tidigare Rådet för regional utveckling där samtliga kommuner var deltagande.

- **Energiomställning för tillväxt.** Arbeta för att skapa arbetstillfällen i länet utanför tätort inom t ex råvaruleveranser genom satsningar på förnybar energiproduktion med stor tillväxtpotential i länet såsom vindkraft, biogas, BTL (transformering av biomassa till flytande bränslen).

Övergripande regional utveckling

Inom detta område ryms det mera generella regionala arbetet såsom samverkan för att ta fram regional utvecklingsstrategi, innovationsstrategi, länstrafikplan, kulturplan med flera gemensamma dokument samt arbetet med att genomföra dessa strategier och planer. Här finns också arbetet med att samverka kring frågor om samordning av hela den regionala utvecklingen inom kommunikationer, näringsliv, strukturfonder, digital agenda och andra gemensamma aktiviteter för regionen samt arbetet med de demografiska frågorna där regionförbundet koordinerar inflyttningsarbetet i kommunerna.

Verksamhetsstöd

För att kunna genomföra dessa aktiviteter behövs ett verksamhetsstöd som ledning, personal- och ekonomistöd samt allmän administration.

ÖVERLÅTELSEAVTAL

Mellan Regionförbundet Jämtlands län, nedan kallad "Regionförbundet" och Jämtlands läns landsting", nedan kallad "Landstinget" om övertagande av Regionförbundets verksamhet i samband med Region Jämtland Härjedalen får överta det regionala utvecklingsansvaret.

1. Bakgrund och syfte

Jämtlands läns landsting och länets kommuner beslutade gemensamt 2010 att bilda ett kommunalt samverkansorgan, Regionförbundet Jämtlands län, med ändamålet "att i en demokratiskt styrd organisation tillvarata länets möjligheter att främja länets uthålliga utveckling och tillväxt samt att i dessa frågor utöva ett tydligt politiskt ledarskap". Regionförbundet Jämtlands län fick i enlighet med "Lagen om samverkansorgan i länen" (2002:34) överta vissa uppgifter från länsstyrelsen. Bildandet av Regionförbundet Jämtlands län var i vissa avseenden en förberedelse för den önskade regionbildningen år 2015.

För att samordna och stärka det regionala tillväxtarbetet ansökte Jämtlands läns landsting om att från och med den 1 januari 2015 få överta det regionala utvecklingsansvaret enligt "Lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län" (SFS 2010:630) och därmed också att få kalla sig region med direktvalt regionfullmäktige 2015-01-01.

Riksdagens beslut har medfört att länets kommuner och landstinget gemensamt bestämt att likvidera Regionförbundet Jämtlands län och att verksamheterna överförs till Jämtlands läns landsting från och med 2015-01-01, med undantag av familjerådgivningen som överförs till Östersunds kommun.

2. Överlåten verksamhet

De verksamheter som Regionförbundet överlåter till Region Jämtland Härjedalen är:

- **Länskulturen** med Estrad Norr; scenkonst, Filmpool Jämtland, Designcentrum Jämtland, hemslöjdskonsulenter, konstkonsulent och regional biblioteksverksamhet. Dessutom hanteras bidrag och stöd till det regionala organisationslivet. Området samverkar med huvudmännen för de statsbidrags- berättigade verksamheterna; Stiftelsen Jamtli, Föreningsarkivet J/H och Riksteatern J/H.
- **Kompetens och utbildning** med kompetensplattform, samordning av gemensamma frågor inom skolan, lärcentra, integrations- och mångfaldsfrågor, samverkansfrågor om transnationella aktiviteter i skolan, kurs och konferens samt zonline samt folkhögskolorna Birka och Bäckedal,
- **Näringsliv** inklusive statliga regionala utvecklingsmedel 1:1-medel och sekretariat för strukturfonderna samt bolagen Torsta AB, Vattenbrukscentrum Norr AB, Almi Företagspartner Mitt AB och Naboe AB och MidSweden Science Park AB

- **Infrastruktur och kommunikationer** inklusive det statliga uppdraget som länsplaneupprättare samt uppgifter som Regional kollektivtrafikmyndighet enligt lagen om kollektivtrafik. Bolagen Länstrafiken Jämtlands län AB och AB Transitio.

- **Attraktion och livsmiljö attraktion och livsmiljö:** arbete enligt länets energi- och klimatstrategi och regional samordningen via Energikontoret, miljö- och hållbarhetsfrågor samt regional översiktsplanering, verksamhet inom Jegrelius - "grön kemi", samordning av länets arbete gällande demografi/inflyttning, arbete inom gastronomi och Creative City Network. Upparbetade samverkansarenor inom social välfärd inkl FoU-Jämt, utveckling av e-hälsa, folkhälsopolicyns genomförande, ANDT-arbetet Mobilisering mot droger

- **Verksamhetsstöd** inom administration, ekonomi och personal inklusive stöd till internationella nätverk och Midsweden European Office

Regionförbundet överläter ansvaret för i ovan beskrivna verksamheter och Landstinget övertar ansvaret.

För ekonomiska och andra förbindelser som är förknippade med de överlåtna verksamheterna och som avser tiden fram till övertagandedagen ansvarar Regionförbundet.

3. Övertagande

Övertagande med fullt ansvar fr o m 2015-01-01.

4. Övertagande av personal

4.1 Regionförbundet och Landstinget är ense om att landstingets övertagande av den verksamhet som bedrivs inom i punkt 2 beskrivna verksamheter innebär en övergång av verksamhet enligt 6 b § i lagen om anställningsskydd.

4.2 Landstinget erbjuder de anställda som enligt p 4.1 ovan omfattas av verksamhetsövergången övergång till ny arbetsgivare dvs Region Jämtland Härjedalen. Vilka personer som avses redovisas i bilaga 1.

4.3 Inarbetad och sparad semester överförs till Landstinget. Regionförbundet ska kompensera Landstinget för denna kostnad. (xxxxxx kr + soc avg xxxx kr totalt xxxxxxxx kr)

4.4 Inarbetad och ej kompenserad övertid överförs till Landstinget. Regionförbundet ska kompensera Landstinget för denna kostnad. (xxxxxx kr + soc avg xxxxxxx kr totalt xxxxxx kr)

4.5 Inarbetad flextid(max + 40 – 10)vid Regionförbundet överförs till Landstinget.

4.6 Regionförbundets åtagande avseende ålders-, invaliditets- och efterlevandeförmåner övergår till Landstinget.

4.7 Framtida pensionsutbetalningar för anställda enligt bilaga 1 har Regionförbundet säkrat genom försäkringslösning i KPA.

4.8 Parterna ska i övrigt vidta de åtgärder som är nödvändiga för att verkställa övergång av personal.

5. Arkiv

Arkivhandlingar tillhörande den överlåtna verksamheten ska efter genomförd gallring överföras till Landstinget.

6. Övertagande av inventarier

Landstinget övertar samtliga inventarier, som tillhör den överlåtna verksamheten.

I bilaga 2 redovisas de inventarier som på övertagandedagen har ett bokfört värde (2014-08-31 värde 3 477 949 kr). Dessa inventariers äganderätt övertas på övertagandedagen liksom ansvaret för egendomsförsäkringar och kommande reinvesteringsbehov. Landstinget betalar en köpeskilling som motsvarar det bokförda värdet.

I bilaga 3 **(Arne tar fram)** redovisas resultatet av en övergripande inventering av befintliga inventarier som inte har något bokfört värde på övertagandedagen. Dessa inventariers äganderätt liksom ansvaret för egendomsförsäkringar och kommande reinvesteringsbehov, övertas på övertagandedagen utan ersättning.

7. Övertagande av aktier och andelar

Landstinget övertar aktier, andelar och räntefria lån enligt bilaga 4 mot en köpeskilling som motsvarar bokfört värde på övertagandedagen (9 948 101 kr), Regionförbundets hembudskyldighet kan komma att förändra de aktie och andelsinnehav som Landstinget ska överta.

8. Projekt

Landstinget förbinder sig att avsluta pågående projekt som Regionförbundet påbörjat, se bilaga 5. **(Arne tar fram)** I bilagan återges resp projekts fordringar och skulder som övertas av Landstinget.

9. Ingångna avtal

Landstinget övertar avtal, enl bilaga 6, som Regionförbundet tecknat inom ramen för den verksamhet som nu överläts, under förutsättning att avtalens motpart godkänner att avtalen överläts.

10. Ansvar

Regionförbundet har ansvar för verksamheterna fram till övertagandedagen varefter allt ansvar övergår till Landstinget.

Regionförbundet ansvarar för att gällande försäkringar kommer att vara i kraft till övertagandedagen. Landstinget ansvarar för försäkringsskyddet fr o m. övertagandedagen, enligt landstingets principer.

11. Resultat efter likvidation

Kommunerna och landstinget är överens om särskild hantering av överskottet enligt beslut i Landstingsfullmäktige 2014-10-14 (dnr LS/1231/2014).

Kvarstående upparbetade medel överförda från Kommunförbundet Jämtlands län, överskottet i Regionförbundet samt överskott vid likvidering av AV-Media Jämtlands län AB överförs till en pott för utvecklingsprojekt inom det primärkommunala området. Användningen av medlen utgår från "Statuter för utvecklingspott för projekt inom det primärkommunala området".

Kvarvarande medel från FoU-Jamt (1,2 miljoner kronor) bör riktas till stöd för forskning.

12. Ekonomiska regleringar

De ekonomiska förbindelserna som anges i detta avtal ska regleras enligt följande:

Punkt 4 semesterlöneskuld och inestående övertid betalas av regionförbundet snarast efter tillträdesdagen dock senast 31 januari 2015.

Punkt 6 - inventarier och punkt 7 - aktier/andelar, betalas av landstinget senast 30 januari 2015.

Punkt 8 projektmedel – enl reglering i bilaga 6, senast 30 januari 2015

13. Upprättande av avtal

Detta avtal är upprättat i två exemplar varav parterna tagit var sitt.

Östersund den

Regionförbundet Jämtlands län

Jämtlands läns landsting

.....
Robert Uitto
Styrelsens ordförande

.....
Harriet Jorderud
Landstingsstyrelsens förste vice ordf

.....
Anders Byström
Regiondirektör

.....
Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Bilaga 1 Personal

Finns framtagen – finns att ta del av vid sammanträden och på begäran

INVENTARIEBILAGA										FORDON		2014-08-31	
K-ställe	Benämning	Anläggningstyp	Leverantör	Anskaffningsdag	Planm avskrivningstyp	Anskaffningsvärde kto 1241 (IB)	Årets anskaffning kto 1242	Avskr tom 2013, kto 1249 (IB)	Avskrivning 201408, kto 1249 (rörelse)	Bokfört värde 140831			
3703	Lastbil	Fordon	JLL	2012-01-01	FO07	59 809		-59 809		0			
3704	Lastbil Scania RCM 412	Fordon	JLL	2012-01-01	FO07	129 471		-129 471		0			
		SUMMA				189 280	0	-189 280	0	0			
										0			
						SUMMA avskrivningskostnad konto 7934			0				
		Upprättad av:	Arne Nilsson				Underskrift:						
		Datum:	2014-09-21				Namn/förtydligande:	Arne Nilsson					

INVENTARIEBILAGA			ÖVRIGA INVENTARIER							2014-08-31
K-ställe	Benämning	Anläggnings- ningstyp	Leverantör	Anskaffnings- dag	Plann avskriv- ningstyp	Anskaffnings- värde kto 1291 (IB)	Ärets anskaffning kto 1292	Avskr tom 2013, kto 1299 (IB)	Avskrivning 1408, kto 1299 (rörelse)	Bokfört värde 140831
3250	Saxofon	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	391		-391		0
3250	Ljudanläggning	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	1 801		-1 801		0
3250	Inbrottslarm	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	11 613		-11 613		0
3250	Kaffebryggare	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	2 659		-2 659		0
3250	Barockstråkar	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	6 312		-6 312		0
3250	Frysåp CF-A 800	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	7 360		-4 920	-1 560	880
3250	Serveringsdisk	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	8 803		-4 683	-1 561	2 559
3250	Kyl / sval	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	11 901		-6 300	-2 100	3 501
3250	Inspelningsutrustning	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	38 131		-19 479	-6 493	12 159
3250	Inspelningsutrustning	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	3 371		-1 665	-555	1 151
3250	Diskmaskin	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	59 738		-29 847	-9 949	19 942
3250	Diskmaskin, installation	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	43 733		-17 494	-5 831	20 408
3250	Kombiugn	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	50 782		-19 995	-6 665	24 122
3250	Vattenbad	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	20 865		-7 836	-2 612	10 417
3250	Flögel Steinway & Sons	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	525 167		-159 999	-53 333	311 835
3250	Flögelgarage	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	83 802		-25 406	-8 469	49 927
3250	Skåpmaskin KI-kök 10 kg	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	17 696		-5 199	-1 733	10 764
3250	Kökgräta KI-kök EL 100 liter	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	113 866		-32 649	-10 883	70 334
3250	Kylaggregat för serverrum	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	37 313		-8 961	-2 987	25 365
3250 / 5206	Kopiator Thosiba E-studio	inventarie	JLL	2012-01-01	IN05	77 487		-39 585	-13 195	24 707
3250 / 5206	Kopiator Thosiba E-studio	inventarie	JLL	2012-01-01	IN05	31 229		-15 954	-5 318	9 957
3252	Skurmaskin Taski Swingo	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	25 972		-7 464	-2 488	16 020
3252 / 5221	Kylskåp C 700 L	inventarie	Frys & kylservice	2012-09-25	IN10	24 340		-2 841	-1 623	19 876
3260	Skrivbord	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	870		-870	0	0
3260	Kontorsvagnar	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	338		-338	0	0
3260	Centrifug	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	1 533		-1 533	0	0
3260	Smedja	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	2 960		-2 960	0	0
3260 / 5304	Skurmaskin	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	7 155		-7 155	0	0
3260 / 5304	Blandningsmaskin	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	9 674		-9 674	0	0
3260 / 5304	Storokutrustning	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	8 494		-7 298	-797	399
3260 / 5304	Matsalsutrustning	inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	43 943		-35 463	-5 653	2 827

K-ställe	Benämning	Anläggningsstyp	Leverantör	Anskaffningsdag	Plann avskrivningstyp	Anskaffningsvärde kto 1291 (IB)	Avskrt 2013, kto 1299 (IB)	Avskrivning 1408, kto 1299 (rörelse)	Bokfört värde 140831
3250 / 5304	Hyllor	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	4 992	-3 597	-590	485
3250 / 5304	Utrustning datasal	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	14 472	-9 242	-3 081	2 149
3250 / 5304	Utrustning videokonferansrum	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	15 604	-9 516	-3 172	2 916
3250 / 5304	Sängpaket	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	10 992	-6 027	-2 009	2 956
3250 / 5304	Sydbord	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	10 489	-5 571	-1 857	3 061
3250 / 5304	Soffgrupp	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	10 308	-4 947	-1 649	3 712
3250 / 5304	Skrivbord Edux	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	8 067	-3 790	-1 263	3 014
3250 / 5304	Skrivbord Gustav o Jonas	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	15 553	-7 022	-2 341	6 190
3250 / 5304	Sängar	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	14 085	-6 336	-2 112	5 637
3250 / 5304	TV-bänk Stockholm	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	1 328	-1 328		0
3250 / 5304	LCD-TV Philips	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	11 900	-4 479	-1 493	5 928
3250 / 5304	Diskmaskin	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	37 100	-14 370	-4 790	17 940
3250 / 5304	Diskmaskin installation	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	4 130	-1 140	-380	2 610
3250 / 5304	Käpa m friskluft till assja	Inventarie	Vattenskuret i Sveg AB	2013-04-30	IN10	22 180	-1 478	-1 478	19 223
3250 / 5304	Container 2 st 20 fot resp. 8 fot	Inventarie	Byggnäster Älvdalen AB	2013-12-01	IN10	47 085	-392		43 554
3250 / 5304	Combign Electrolux Air-o-Sleam 8 GN1/1	Inventarie	Ki kök	2014-02-01	IN10		62 470	-3 139	58 826
3250 / 5304	Tvättmaskin Electrolux W5130H	Inventarie	Marklunds service	2014-05-01	IN10		88 700	-2 290	86 410
3600 / 5605	videokamera Canon XA 25	Inventarie	Scandinavian photo	2014-07-01	IN10		19 368	-323	19 045
3600 / 5607	Massagefärdlj	Inventarie	Dahlens kiropraktik	2011-09-01	IN05	53 500	-53 500		0
3600 / 5607	Kontorsinredning, Regionkontoret	Inventarie	Workzone	2011-09-01	IN10	516 670	-124 180	-34 445	358 045
3600 / 5607	Kontorsinredning, Regionkontoret	Inventarie	Workzone	2012-08-15	IN10	845 015	-137 746	-56 335	650 934
3600 / 5607	Kontorsinredning, Regionkontoret	Inventarie	Workzone	2013-02-22	IN10	843 774	-70 315	-56 251	717 208
3610	Canon EOS 400D digitalkamera m 2 objektiv	Inventarie	CYBERPHOTO	2007-06-01	IN10	12 307	-5 321	-820	6 166
3610	JVC filmkamera GZ575	Inventarie	CYBERPHOTO	2007-06-01	IN10	7 454	-3 209	-497	3 748
3610	Kontorsmöbler	Inventarie	KONTORSLANDSLAGET	2001-06-11	IN10	1 008	-1 008		0
3700	Ljudanläggning Phonic	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	423	-423		0
3700	Konferenssumsinredning	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	9 840	-9 840		0
3700	Copyprinter Thosiba e-studio	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN05	12 331	-12 331		0
3701	Yurta (delad med kst 3702, 3704, 3705)	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	5 297	-3 750	-1 031	516
3702 / 5745	Ljusanläggning	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	5 909	-5 909		0
3702 / 5745	Ventilation Utsug (delad med kst 3704)	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	4 606	-4 606		0
3702 / 5745	Yurta (delad med kst 3701, 3704, 3705)	Inventarie	JLL	2012-01-01	IN10	5 297	-3 750	-1 031	516

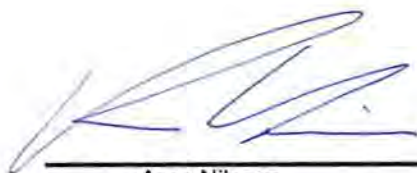
[illegible]

Bilaga 3 Inventarier utan bokfört värde

FÖRTECKNING ÖVER AKTIER OCH ANDELAR PER 2014-12-31
Regionförbundet Jämtlands län

Institution	Behållning 2014-12-31	Typ av värdehandling	
Andelar Föreningen Folkets Hus	2 500,00	Registerutdrag	
Andelar Jämtland Härjedalen Turism	3 400,00	Faktura samt intyg från VD	
Aktier Jämtland Härjedalen resor AB	2 001,00	Aktiebrev	Nominellt värde 150 000 kr
Aktier Vattenbrukscentrum Norr AB	120 000,00	Aktiebrev	Förbehåll om hembud
Aktier Mid Sweden Science Park AB	119 700,00	Avtal överlåtelse om aktier	
Aktier Jämtlandsgården AB	10 500,00	Aktiebrev	
Aktier Almi Företagspartner Mitt AB	490 000,00	Avtal överlåtelse om aktier	
Aktier Transitio AB	1 000 000,00	Avtal överlåtelse om aktier	Förbehåll om hembud
Aktier Torsta AB	160 000,00		Förbehåll om hembud
Aktier Länstrafiken i Jämtlands län AB	8 000 000,00	Aktiebrev	
Aktier Naboer AB	40 000,00	Avtal överlåtelse om aktier	JLL samt Berks kommun
SUMMA BOKFÖRT VÄRDE	9 948 101,00		

Underskrift



 Arne Nilsson

Datum:

2014-10-24

Bilaga 5 Projekt

Bilaga 6 Ingångna avtal

Avtalspart	Avtalet gäller	Avtalstid
Östersunds kommun	Hyresavtal – lokal Rådhusgatan 74	20120101-20141231 20130101-20151231
Östersunds kommun	Städning	20140101-20141231 Nytt avtal med JLL fr o m 20150101
Folkets Hus	Hyresavtal - lokal	20120701-20141231
Volkswagen Finansiering	VW Golf – NFP491	20130207 24 mån
Office	Toshiba e-STUDIO	20120701 60 mån



Regler och villkor för bidrag till externa organisationer

Version: 1

Ansvarig: Regionfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-16	Redaktionella ändringar och anpassningar av de regler som fastställts av Regionförbundet Jämtlands län inför regionbildningen.	Landstings fullmäktige	2014-11-25 § x

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	ALLMÄNNA RIKTLINJER FÖR BIDRAGSGIVNING.....	6
1.1	Bidragets ändamål.....	6
1.2	Förutsättningar för bidrag till allmän verksamhet.....	6
1.3	Bidragets allmänna syfte.....	7
1.4	Medlemskap i organisation.....	7
1.4.1	Organisationsområden.....	7
1.5	Former för genomförande.....	8
1.6	Ansökan med redovisning.....	8
2	RUTINER FÖR BIDRAG TILL STUDIEFÖRBUNDENS REGIONALA VERKSAMHET	9
2.1	Definition av studieförbundens regionala verksamhet.....	9
2.2	Bidragsform.....	9
2.3	Bidragets syfte.....	9
2.4	Särskilda villkor.....	9
2.5	Bidragskonstruktion och fördelning.....	10
2.6	Om folkbildning.....	10
3	RUTINER FÖR BIDRAG TILL UNGDOMSORGANISATIONER.....	11
3.1	Bidragsform.....	11
3.2	Särskilda villkor.....	11
3.2.1	Bidragskonstruktion och fördelning.....	11
4	BIDRAG TILL POLITISKA UNGDOMSORGANISATIONER.....	12
4.1	Särskilda villkor.....	12
4.2	Bidragskonstruktion och fördelning.....	12
5	RUTINER FÖR BIDRAG TILL IDROTTSFÖRBUND.....	12
5.1	Bidragsform.....	12
5.2	Särskilda villkor.....	12
5.3	Bidragskonstruktion och fördelning.....	13
6	RUTINER FÖR BIDRAG TILL NYKTERHETSORGANISATIONER	13
6.1	Bidragsform.....	13
6.2	Särskilda villkor.....	13
6.3	Bidragskonstruktion och fördelning.....	13

7	RUTINER FÖR BIDRAG TILL PENSIONÄRSORGANISATIONER	13
7.1	Bidragsform	13
7.2	Särskilda villkor	13
7.3	Bidragskonstruktion och fördelning	14
8	RUTINER FÖR BIDRAG TILL HANDIKAPPORGANISATIONER	14
8.1	Bidragsform	14
8.2	Särskilda villkor	14
8.3	Bidragskonstruktion och fördelning	14
9	RUTINER FÖR BIDRAG TILL ÖVRIGA ORGANISATIONER	15
9.1	Bidragsform	15
9.2	Särskilda villkor	15
9.3	Bidragskonstruktion och fördelning	15
10	RUTINER FÖR ÖVRIGA STÖDFORMER INOM LÄNSKULTUREN	16
10.1	Fritt anslag	16
10.1.1	Bidragsform	16
10.1.2	Bidragets syfte	16
10.1.3	Särskilda villkor	16
10.1.4	Ansökan och redovisning	16
10.2	Brännbart	17
10.2.1	Bidragsform	17
10.2.2	Bidragets syfte	17
10.2.3	Särskilda villkor	17
10.2.4	Ansökan och redovisning	17
10.3	Görbart	18
10.3.1	Bidragsform	18
10.3.2	Bidragets syfte	18
10.3.3	Särskilda villkor	18
10.3.4	Ansökan och redovisning	18
10.4	Hörbart	19
10.4.1	Bidragsform	19
10.4.2	Bidragets syfte	19
10.4.3	Särskilda villkor	19
10.4.4	Ansökan och redovisning	19
10.5	Filmstöd	19

10.5.1	Bidragsform	19
10.5.2	Bidragets syfte	20
10.5.3	Särskilda villkor	20
10.5.4	Ansökan och redovisning	20

1 ALLMÄNNA RIKTLINJER FÖR BIDRAGSGIVNING

1.1 Bidragets ändamål

Region Jämtland Härjedalen ska värna mångfalden av organisationer. Organisationerna formar självständigt sina mål och sin verksamhet. Dess verksamhet bedöms som väsentlig och nödvändig för en levande demokrati, för personlig och samhällelig utveckling och tillväxt samt för att Jämtlands län skall vara en region att längta till och växa i. Ändamålet med bidragsgivningen är att stödja det regionala organisationslivet för att de självständigt och med kontinuitet skall arbeta för att aktivera och stimulera sina lokalföreningar, medlemmar och deltagare att delta i samhällsutvecklingen och därmed ge människor möjlighet att påverka sin livssituation och öka sin livskvalitet.

Den regionala utvecklingsstrategin säger att Jämtlands län år 2030 skall ha stora möjligheter som förnygrat länet, lockat till inflyttning och gjort länet mer mångkulturellt. Det skall finnas goda förutsättningar för en aktiv fritid och den ideella sektorn pekas ut som en viktig beståndsdel för länets attraktionskraft. Organisationerna skall därför i sina redovisningar till Region Jämtland Härjedalen svara upp mot följande målområden

- **Demokrati och delaktighet** - Verksamheten skall stimulera ett aktivt samhällsengagemang och ökad demokratisk medverkan. Särskilt fokus skall läggas på att nå underrepresenterade grupper.
- **Folkhälsa och hållbar utveckling** - Verksamheten skall stimulera en god livskvalitet för länets invånare med särskild inriktning på miljö, hälsa, kultur och social gemenskap.
- **Det livslånga lärandet** – Verksamheten skall stimulera ökad kunskap, personlig och regional utveckling och leda till att nå nya målgrupper.

1.2 Förutsättningar för bidrag till allmän verksamhet

- Regionbidrag kan utgå till distriktsorganisation, paraplyorganisation på det regionala planet eller organisation med verksamhet av regional karaktär. Paraplyorganisationer skall redovisa hur bidraget fördelas till medlems- alt. samarbetsorganisationer.
- Organisationen skall ha verksamhet i minst 3 kommuner inom regionområdet eller det antal som framgår av de särskilda villkoren för respektive organisationsgrupp.
- Organisationen skall vara öppen med frivilligt medlemskap.
- Organisationen skall bygga på den demokratiska grundvalen om alla människors lika värde och skall ge enskilda medlemmar möjlighet till reellt inflytande över verksamheten.
- Organisationen förutsätts arbeta utifrån ett jämställdhetsperspektiv.
- Organisationen får inte bedriva rasistisk eller främlingsfientlig verksamhet.
- Aktiviteter som organisationen genomför där barn och ungdom deltar, skall vara alkoholfria.
- Varje organisation skall ha fastställda stadgar, styrelse och revisorer, ordnad ekonomisk förvaltning och bokföring, eget plus- eller bankgirokonto, firmatecknare, aktuell medlemsmatrikel i tillämpliga fall samt bedriva en stadigvarande verksamhet.

Regionbidraget får inte bidra till att avsevärt öka organisationens eget kapital. Bidraget förutsätter dessutom att organisationen accepterar att Region Jämtland Härjedalen har rätt att ta del av räkenskaper och andra uppgifter som krävs för kontroll av bidragsgrundande uppgifter samt att bidrag används för avsett syfte och ändamål.

Region Jämtland Härjedalen kan efter särskild prövning förklara organisation för icke bidragsberättigad.

Om distriktsorganisationen omfattar flera kommuner beräknas Regionbidraget utifrån det bidragsunderlag som kan hänföras till Jämtlands län.

Regionbidrag kan endast beräknas en gång per verksamhetsår för åberopat bidragsunderlag. En organisation kan inte söka bidrag både via sin paraplyorganisation och genom en direktansökan.

Särskilda rutiner gäller för bidrag till övriga organisationer, se kap 9.

1.3 Bidragets allmänna syfte

Regionbidraget skall användas för utveckling av organisationernas regionala verksamhet och för att säkerställa att resurser finns för administration, samverkan samt instruktions-, förtroendemanna- och/eller ledarutbildning.

1.4 Medlemskap i organisation

Medlem är den som 31 december närmast föregående redovisningsår varit registrerad medlem och har stadgeenliga möjligheter att påverka organisationens verksamhet och inriktning. Den som deltar i s.k. öppen verksamhet eller i organisationens sammankomster utan att vara registrerad medlem enligt stadgarna eller fått s.k. tillfälligt medlemskap, är inte bidragsgrundande. Bidragsgrundande medlem får endast räknas en gång per verksamhetsår i en och samma organisation.

1.4.1 Organisationsområden

- Studieförbund
- Ungdomsorganisationer
- Politiska ungdomsorganisationer
- Idrottsförbund
- Nykterhetsorganisationer
- Pensionärsorganisationer
- Handikapporganisationer
- Övriga organisationer

1.5 Former för genomförande

Region Jämtland Härjedalens bidragsgivning till externa organisationer utgörs i regel av bidrag till allmän verksamhet, en form av administrationsstöd baserat på grundbidrag och/eller medlemsbidrag. I de fall medlemsbidrag utgår beräknas detta för varje redovisad bidragsberättigad medlem.

Bidragets storlek bestäms årligen av regionala utvecklingsnämnden inom anvisade anslagsramar. Områdeschef Länskultur fördelar det totala bidragsanslaget till respektive organisationsgrupp samt fördelning av anslaget inom respektive organisationsgrupp. Beslut om organisationsbidrag fattas under bidragsårets första kvartal och utbetalas efter inkommen rekvisition. Särskilda rutiner för vissa organisationsområden kan förekomma.

Regionala utvecklingsnämnden ansvarar för uppföljning och utvärdering i vad mån respektive organisationsområde svarar mot de mål Region Jämtland Härjedalen har formulerat.

Region Jämtland Härjedalen har rätt att företa revision av bidragsmottagande organisations räkenskaper.

1.6 Ansökan med redovisning

Ansökan om regionbidrag till allmän verksamhet skall ha inkommit senast 31 oktober året före bidragsåret. Till ansökan skall bifogas

- verksamhetsberättelse för föregående år
 - resultat och balansräkning för föregående år
 - revisionsberättelse för föregående år
 - antal medlemmar alternativt medlemsorganisationer vid utgången av föregående år
 - verksamhetsplan för bidragsåret
 - underlag som visar i vad mån Region Jämtland Härjedalens ändamål för bidragsgivningen uppfyllts
- för paraplyorganisationer skall antalet organisationer som ingår samt medlemsantal för dessa redovisas

Ansökan skall vara vidimerad av ordförande och revisor. I övrigt är organisationen skyldig att på anfordran lämna de uppgifter och verifikationer som kan finnas erforderligt för granskning av organisationens ansökan.

2 RUTINER FÖR BIDRAG TILL STUDIEFÖRBUNDENS REGIONALA VERKSAMHET

2.1 Definition av studieförbundens regionala verksamhet

- Initierar och driver pedagogiskt och metodiskt utvecklingsarbete i syfte att finna nya verksamhetsformer och utveckla kvaliteten i befintlig och ny verksamhet.
- Utbildning av förbundets ledare, personal och förtroendevalda.
- Utveckla medlems- och samverkansorganisationernas verksamhet på regional nivå.
- Opinionsbildning på regional nivå.
- Utvärdering och uppföljning av lokal verksamhet.

2.2 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

2.3 Bidragets syfte

Förutom det allmänna syftet och ändamålet skall anslaget användas för att bedriva verksamhet som betingats av Folkbildningsförordningen (1991:977 med ändringar 1998:973, 2000:1451, 2006:1499 och 2011:311). De regionala insatserna skall påverka det lokala utbudet samt bidra till att kunskapsnivån och kvaliteten hos organisationen höjs.

2.4 Särskilda villkor

- Regionanslag utgår och fördelas till samtliga inom regionområdet verksamma studieförbunds regionala verksamhet enligt gemensamt antagna anslagsregler.
- Regionanslag kan utgå till studieförbundens samarbetsorganisation, länsbildningsförbund, och fördelas enligt ovan.
- Studieförbundet skall vara godkänt av Folkbildningsrådet för statsbidrag enligt Folkbildningsförordningen.
- Studieförbundens verksamhet skall bedrivas i mer än hälften av länets kommuner.
- Verksamheten skall, i tillämpliga delar, följa de intentioner som framgår av Regional Kulturplan för Jämtlands län och Operativt program för livslångt lärande.
- Den regionala verksamheten skall bidra till regional utveckling samt skapa förutsättningar för en lokal verksamhet för barn och ungdomar.
- Regionanslaget skall garantera en rimlig spridning av studieförbundets verksamhet i länet vilket innebär att ingen kommun får ha mer än 70 % av studieförbundets totala verksamhet i länet. Om ett studieförbund har mer än 70 % av den totala verksamheten i länet i en kommun så minskas regionanslaget enligt fastställd %-sats.

- Verksamheten skall dokumenteras och redovisas så att det framgår på vilket sätt den bidrar till att anslaget ändamål och syfte uppfylls. Av redovisningen skall framgå vilket kvalitetsarbete som genomförts.
- Måldokument för länsbildningsförbund och studieförbundens distrikt (eller motsvarande regional organisation) och statistik, inklusive deltagare, som visar studiecirkelar, kulturarrangemang och övrig folkbildning fördelat per studieförbund och kommun redovisas.

2.5 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av anslag till länsbildningsförbund eller studieförbund och fördelas utifrån antagna fördelningskriterier.

2.6 Om folkbildning

Folkbildningen är en del av det informella lärandet och en aktör för det livslånga, livsvida och livsdjupa lärandet som når ut till människor i andra former och på andra sätt än – och utan att vara en del av – det traditionella utbildningsväsendet. Kännetecknande för folkbildningen är att verksamheten är fri och frivillig, deltagarstyrd, livsvärldsförankrad, ideologiskt och/eller innehållsmässigt profilerad, mångsidig, flexibel, riksomfattande och att den formar egna arbets- och studieplaner.

Studieförbundens i grunden viktigaste roll är att genom sitt utbud och sina initiativ skapa och stödja mötesplatser där människors kunskaper, erfarenheter och frågor möts och utvecklas. Studieförbundens olika inriktningar borgar för mångfald i utbudet och den specifika bildningsmetoden med små grupper och deltagarinflytande är ofta det som är avgörande för att våga ta steget till aktivt deltagande och i förlängningen ett ökat samhällsengagemang.

Folkbildningsförordningen anger att statens stöd till folkbildningen har som syfte att

- stödja verksamhet som bidrar till att stärka och utveckla demokratin,
- bidra till att göra det möjligt för människor att påverka sin livssituation och skapa engagemang att delta i samhällsutvecklingen,
- bidra till att utjämna utbildningsklyftor och höja bildnings- och utbildningsnivån i samhället,
- bidra till att öka intresset för och öka delaktigheten i kulturlivet.

3 RUTINER FÖR BIDRAG TILL UNGDOMSORGANISATIONER

3.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

3.2 Särskilda villkor

- Regionbidrag kan utgå till inom regionområdet verksam regional/distriktsorganisation, vars riksorganisation får statsbidrag till sin centrala verksamhet av Statens Ungdomsstyrelse eller Socialstyrelsen eller till annan ungdomsorganisation efter särskild prövning av Regionala utvecklingsnämnden.
- För politiska ungdomsorganisationer gäller särskilda bidragsregler.
- Bidrag utgår ej till skolors elevorganisationer.
- Bidrag utgår endast till organisation som bedriver verksamhet bland barn och ungdom och vars medlemmar i åldern 6-25 år utgör minst 60% av organisationens totala medlemsantal.
- Organisationen skall ha minst 200 inom regionområdet bosatta och registrerade medlemmar i åldern 6-25 år och som betalat medlemsavgift enligt stadgarna.
- I organisationer som har anslutna medlemmar över 25 år skall medlemmar i bidragsberättigad ålder ha ett reellt inflytande över den verksamhet som bidraget är avsett för.
- I organisationens styrelse skall ingå minst en ordinarie styrelsemedlem under 25 år och organisationen skall sträva mot en majoritet av unga.
- Distriktsorganisationer som är anslutna till följande riksorganisationer är bidragsberättigade även om medlemsantalet understiger 200;
 - *Unga Reumatiker*
 - *FUB*
 - *Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar*
 - *Unga synskadade*
 - *Sáminuorra*
- Regionstyrelsen har rätt att förändra och komplettera ovanstående lista.

3.2.1 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av grundbidrag samt medlemsbidrag. Storlek på grundbidrag och medlemsbidrag fastställs årligen av regionala utvecklingsnämnden. Ett grundbidrag utgår per organisation. Dessutom utgår extra grundbidrag enligt nedan.

500 – 999 medlemmar

1 000 – 1 499 medlemmar

1 500 – = etc

Medlemsbidrag utgår för varje medlem upp till 1 500 medlemmar.

Bidrag till allmän verksamhet utslaget per medlem får ej överstiga en summa motsvarande 1% av grundbidraget.

Ungdomsorganisation skall garanteras oförändrat bidrag enligt redovisad verksamhet året närmast efter om medlemsantalet minskar. Denna garantiregel gäller ett år.

4 BIDRAG TILL POLITISKA UNGDOMSORGANISATIONER

4.1 Särskilda villkor

- Regionbidraget skall utöver syftet med bidraget användas för politisk informationsverksamhet bland ungdom i länet.
- Organisationen skall uppfylla samma krav och förutsättningar som gäller för ungdomsorganisationer i övrigt. Undantag gäller från regeln om minst 200 redovisade medlemmar.
- Medlemsantal skall anges men utgör inte underlag för bidrag.

4.2 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av grundbidrag och mandatbidrag till de organisationer som har ett moderparti representerat i regionfullmäktige. Storlek på grundbidrag och mandatbidrag bestäms årligen av regionala utvecklingsnämnden. Grundbidrag utgår med ett bidrag per organisation och det mandatbaserade bidraget utgår i proportion till antalet mandat moderpartiet är representerat i regionfullmäktige.

5 RUTINER FÖR BIDRAG TILL IDROTTSFÖRBUND

5.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

5.2 Särskilda villkor

- Regionanslag kan utgå till inom regionområdet verksam paraplyorganisation inom idrottsområdet. Med regional paraplyorganisation menas organisation som har organisationer som har medlemmar.
- I organisationens styrelse skall ingå minst en ordinarie styrelsemedlem under 25 år.

5.3 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av ett anslag baserat på redovisningen till regionala utvecklingsnämnden.

6 RUTINER FÖR BIDRAG TILL NYKTERHETSORGANISATIONER

6.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

6.2 Särskilda villkor

- Regionbidrag kan utgå till inom regionområdet verksam distriktsorganisation med huvudsaklig inriktning mot nykterhets- och antidrogområdet.
- Organisationen skall ha minst 300 inom regionområdets bosatta och registrerade medlemmar som betalat medlemsavgift enligt stadgarna.

6.3 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av grundbidrag samt medlemsbidrag. Storlek på grundbidrag och medlemsbidrag fastställs årligen av regionala utvecklingsnämnden. Grundbidrag utgår för varje uppnått antal medlemmar enligt nedan

300 - 999 medlemmar = 1 grundbidrag

1 000 – 1 499 = 2 grundbidrag

1 500 - = etc

7 RUTINER FÖR BIDRAG TILL PENSIONÄRSORGANISATIONER

7.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

7.2 Särskilda villkor

- Regionbidrag kan utgå till inom regionområdet verksam distriktsorganisation som tillhör en riksorganisation som främjar pensionärers intressen. Som bidragsberättigad organisation räknas även paraplyorganisation eller grupp av pensionärsorganisationer som

samfällt söker bidrag. Bidraget beräknas då utifrån organisationsgruppens gemensamma medlemstal.

- Organisationen skall ha minst 800 inom regionområdets bosatta och registrerade medlemmar som betalat medlemsavgift enligt stadgarna. Som medlem räknas person som är förtids- eller ålderspensionär och som under närmast föregående redovisningsår varit registrerad medlem och betalat medlemsavgift enligt stadgarna.

7.3 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av grundbidrag samt medlemsbidrag. Storlek på grundbidrag och medlemsbidrag fastställs årligen av regionala utvecklingsnämnden. Grundbidrag utgår för varje uppnått antal medlemmar enligt nedan

800 – 1 499 medlemmar = 1 grundbidrag

1 500 – 1 999 = 2 grundbidrag

2 000 – = etc

8 RUTINER FÖR BIDRAG TILL HANDIKAPPORGANISATIONER

8.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

8.2 Särskilda villkor

- Regionbidrag kan utgå till inom regionområdet verksam handikapporganisation vars riksorganisation erhåller bidrag genom Socialstyrelsen eller till annan handikapporganisation efter särskild prövning av regionala utvecklingsnämnden. Som bidragsberättigad organisation räknas även paraplyorganisation eller grupp av handikapporganisationer som samfällt söker bidrag. Bidraget beräknas då utifrån den sökande bidragsgruppens gemensamma medlemstal.
- Organisationen skall ha minst 500 inom regionområdets bosatta och registrerade medlemmar som betalat medlemsavgift enligt stadgarna.

8.3 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av ett grundbidrag samt medlemsbidrag. Storlek på grundbidrag och medlemsbidrag fastställs årligen av regionala utvecklingsnämnden. Grundbidrag utgår för varje uppnått antal medlemmar enligt nedan

500 - 1 499 medlemmar = 1 grundbidrag

1 500 - 1 999 = 2 grundbidrag

2 000 - = etc

Särskilt grundbidrag kan utgå till organisation som har extraordinära kostnader för sin administration p g a medlemmarnas funktionshinder. Bidraget utgår utifrån det antal eller del av antal grundbidrag som regionala utvecklingsnämnden beslutar. Detta bidrag är avsett att direkt kopplas till åberopad organisation.

9 RUTINER FÖR BIDRAG TILL ÖVRIGA ORGANISATIONER

9.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Bidrag till allmän verksamhet.

9.2 Särskilda villkor

- Regionbidrag kan utgå till inom regionområdet verksam organisation av regional karaktär eller centrumbildningar inom olika konstområden med verksamhet inom regionområdet.
- Bidrag utgår ej till fackliga organisationer.
- Organisationer med särskild barn- och ungdomsverksamhet prioriteras.
- Medlemsantal skall anges men utgör inte underlag för bidrag.

9.3 Bidragskonstruktion och fördelning

Bidrag utgår i form av grundbidrag och extra grundbidrag. Storlek på grundbidrag fastställs årligen av regionala utvecklingsnämnden baserat på redovisningen till Region Jämtland Härjedalen. Extra grundbidrag kan utgå till organisationer med särskilda behov efter prövning.

10 RUTINER FÖR ÖVRIGA STÖDFORMER INOM LÄNSKULTUREN

10.1 Fritt anslag

10.1.1 Bidragsform

Bidrag utgår i form av Projekt- eller arrangörsbidrag.

10.1.2 Bidragets syfte

Länskulturen avsätter årligen medel för att stödja tidsbegränsade projekt av regionalt intresse. Syftet med det fria anslaget är att stödja projekt som stimulerar länets kulturliv samt bidrar till folkhälsan. De projekt som får stöd skall knyta an till övergripande regionala styrdokument som Regional kulturplan för Jämtlands län, Folkhälsopolicy eller Regional Utvecklingsstrategi.

10.1.3 Särskilda villkor

- Projekten skall rikta sig till allmänheten samt vara av länsövergripande karaktär eller ha annat regionalt intresse. Projekt som omfattar minst tre kommuner prioriteras.
- Projekt som, utöver vad som anges i Bidragets syfte, riktar sig till eller engagerar barn, ungdom, unga vuxna och äldre eller som innebär konstnärlig förnyelse eller tvärkulturell samverkan är ytterligare prioriterade liksom projekt som innehåller aspekter på tillgänglighet och mångfald.
- Länskulturen svarar enbart för del av finansieringen av ett projekt. Medfinansiering från parter som ingår i ett projekt förutsätts. Bidrag till projekt som är knutna till en kommun kan utgå om berörd kommun eller annan organisation ger stöd i form av bidrag eller andra resurser.
- Bidrag ges inte till
 - redan genomförda projekt
 - enskilda personer eller företag
 - enskilda personers kulturutövande, studieresa eller utbildning
 - inventarier eller investeringar i lokaler
 - produktionskostnader för böcker, skrifter, CD-skivor, fonogram eller filmer
 - arrangemang som beviljats stöd genom Hörbart, Görbart eller Brännbart.

10.1.4 Ansökan och redovisning

Det fria anslaget utlyses två gånger per år. Möjligheten att ansöka om bidrag annonseras eller delges på annat sätt samt tillkännages på Länskulturens hemsida.

Ansökan skall innehålla beskrivning av projektet, mål, syfte och genomförande samt kostnads- och intäktsbudget.

Beviljat bidrag rekvideras skriftligt på bifogad blankett innan projektets genomförande. Bidraget redovisas inom två månader efter genomfört och avslutat projekt. Vid förändringar som markant skiljer sig från ursprungsansökan skall Länskulturen kontaktas.

Bidragsbeslut kan inte överklagas. Länskulturen kan återkräva bidrag som ej uppfyller ovanstående kriterier.

10.2 Brännbart

10.2.1 Bidragsform

Bidraget utgår i form av Stipendium.

10.2.2 Bidragets syfte

Länskulturen avsätter årligen medel med syfte att stötta ungas idéer och projekt inom kulturområdet samt att stimulera ungas arrangörskap och delaktighet i kulturlivet.

10.2.3 Särskilda villkor

- Stipendiet får ges till föreningar, grupper, nätverk eller enskilda mellan 16-25 år som är folkbokförda i Jämtlands län. Personer under 18 år skall ha förmyndares samtycke.
- Stipendiet ges inte till organisationer som erhåller årligt organisationsbidrag från Region Jämtland Härjedalen.
- Stipendiet får användas för projekt/arrangemang av konstnärlig eller kulturell karaktär. Projektet/arrangemanget skall vara publikt, d.v.s. vara riktat till och marknadsfört bland unga samt äga rum inom Jämtlands län.
- Stipendiet får inte gå till projekt/arrangemang som initierats eller drivs av vuxna, som genomförs för en sluten grupp, för inköp av inventarier samt till lön eller arvode till arrangörerna.
- Projektet/arrangemanget förutsätts vara alkohol- och drogfritt.
- Projektet/arrangemanget genomförs som samarrangemang med Länskulturen.

10.2.4 Ansökan och redovisning

Man kan söka om max 5 000 kr per projekt/arrangemang och stipendiet kan bara sökas en gång/år för samma eller motsvarande projekt.

Ansökan skall innehålla beskrivning av projektet, mål, syfte och genomförande samt kostnads- och intäktsbudget.

Redovisning av projekt/arrangemang sker skriftligen.

10.3 Görbart

10.3.1 Bidragsform

Bidraget utgår i form av Produktionsbidrag.

10.3.2 Bidragets syfte

Länskulturen avsätter årligen medel med syfte att möjliggöra projekt och produktioner inom scenkonst (inte musik). Bidraget kan sökas av föreningar eller fri kulturaktör till olika typer av produktionskostnader.

10.3.3 Särskilda villkor

- Produktionen skall vara offentlig och minst 30 min.
- Merparten av produktionen skall framföras i länet.
- Bidrag ges inte till
 - redan genomförda projekt/produktioner
 - aktörer utanför länet

10.3.4 Ansökan och redovisning

Görbart utlyses två gånger per år. Möjligheten att ansöka om bidrag annonseras eller delges på annat sätt samt tillkännages på Länskulturens hemsida.

Ansökan skall innehålla beskrivning av projektet, mål, syfte och genomförande samt kostnads- och intäktsbudget.

Beviljat stöd rekvideras skriftligt på bifogad blankett innan projektets genomförande och redovisas inom två månader efter genomfört och avslutat projekt. Vid förändringar som markant skiljer sig från ursprungsansökan skall Länskulturen kontaktas.

Bidragsbeslut kan inte överklagas. Länskulturen kan återkräva bidrag som ej använts för projektets ändamål.

10.4 Hörbart

10.4.1 Bidragsform

Bidraget utgår i form av Arrangörsbidrag.

10.4.2 Bidragets syfte

Länskulturen avsätter årligen medel med syfte att möjliggöra musikarrangemang och konserter i offentliga sammanhang. Bidraget kan sökas av ideella arrangerande föreningar till olika typer av arrangemangskostnader.

10.4.3 Särskilda villkor

- Arrangemanget/konserten skall vara offentlig och minst 30 min.
- Bidrag ges inte till
 - redan genomförda arrangemang
 - föreningar utanför länet

10.4.4 Ansökan och redovisning

Hörbart utlyses två gånger per år. Möjligheten att ansöka om bidrag annonseras eller delges på annat sätt samt tillkännages på Länskulturens hemsida.

Ansökan skall innehålla beskrivning av projektet, mål, syfte och genomförande samt kostnads- och intäktsbudget.

Efter genomförandet rekviderar arrangören beviljad summa och skickar in rapport till Länskulturen. Vid förändringar som markant skiljer sig från ursprungsansökan skall Länskulturen kontaktas.

Bidragsbeslut kan inte överklagas. Länskulturen kan återkräva bidrag som ej använts för projektets ändamål.

10.5 Filmstöd

10.5.1 Bidragsform

Bidraget utgår i form av stipendier, samproduktion, teknik- och resestöd.

10.5.2 Bidragets syfte

Länskulturen avsätter, genom Filmpool Jämtland, årligen medel med syfte att stötta filmare eller filmprojekt i länet.

10.5.3 Särskilda villkor

- Växthusstöd kan sökas av personer i åldern 18-30 år och består av stipendier och lån av teknik. Växthusstöd-light kan utgå till personer under 18 år.
- Talangutveckling. En filmare kan få stöd för att utvecklas till en högre nivå genom stipendier, teknik och professionell handledning.
- Teknikstöd kan sökas av filmare i alla åldrar.
- Fortbildning/resestöd kan utgå till pedagogiskt verksamma som vill fortbilda sig i filmpedagogik, filmare som har fått sin film antagen till en filmfestival eller personer tillhörande en biografförening som behöver fortbildning i biograffrågor.
- Filmpool Jämtland kan gå in som samproducent i filmprojekt och täcka en viss del av produktionskostnader alternativt erbjuda teknikstöd, produktionskontor eller liknande. Detta gäller professionella produktioner och filminspelning ska ske i länet.
- Filmpool Jämtland erbjuder ej personal som filmar eller redigerar.

10.5.4 Ansökan och redovisning

Ansökan om stöd kan göras löpande under året.

Ansökan skall innehålla beskrivning av filmen, vilken typ av stöd som söks, tid- och distributionsplan samt budget.

Filmpool Jämtlands logotype skall vara med i den färdiga filmen och en masterkopia av den färdiga filmen skall lämnas till Filmpool Jämtland för visning i icke kommersiella sammanhang.

2014-10-14

LS/927/2014

Reglemente för kulturpris och stipendier

§ 1 Syfte

Region Jämtland Härjedalens kulturpris till Peterson-Bergers minne och Region Jämtland Härjedalens kulturstipendium till Peterson-Bergers minne är avsedda att stödja och uppmuntra förtjänstfull verksamhet inom skilda konstnärliga områden så som litteratur, musik, konst, slöjd, teater, film, dans och andra jämförbara områden. Priset och stipendierna utdelas till personer eller grupper som är folkbokförda i Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet.

§ 2 Kulturpris

Kulturpriset skall ses som ett erkännande och stimulera till fortsatt skapande och utvecklande konstnärligt arbete. Kulturpristagaren skall vara en professionell utövare eller aktör som haft stor betydelse för länets kulturliv, ha medverkat i att utveckla länets konst- och kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Det står var och en fritt att föreslå lämplig mottagare av kulturpriset. Även en organisation eller sammanslutning kan lämna förslag. Det går inte att ansöka om kulturpriset för egen del.

§ 3 Kulturstipendium

Kulturstipendiet skall ses som ett stöd och uppmuntran i konstnärlig utveckling och framtida verksamhet. Stipendiesumman kan årligen delas mellan fler stipendiater, max fem. Kulturstipendiet ansöks för egen del och är avsett för förkovran, stimulans eller utbildning. Stipendiater får vara max 30 år. Till stipendieansökan skall bifogas motivering, arbetsprover och styrkta kopior av de handlingar och intyg som den sökande vill åberopa.

§ 4 Samiskt stipendium

Det Samiska stipendiet skall tilldelas från länet bördig eller i länet verksam person som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet.

§ 5 Ansökan och nominering

Kulturpriset och stipendierna skall utlysas genom annons i dagstidningarna, på hemsida eller på annat lämpligt sätt under februari månad, minst en månad före ansökningstidens utgång. Sista datum för ansökan eller nominering tillkännages vid utlysningen.

§ 6 Beslut om kulturpris och kulturstipendier

- Regionala utvecklingsnämnden föreslår mottagare om kulturpris och kulturstipendier.
- Regionfullmäktige beslutar om kulturpris och kulturstipendier.

2014-10-14

LS/1138/2014

Reglemente för stipendiet Företagsam skola i Jämtlands län

§ 1 Syfte och innehåll

Region Jämtland Härjedalens stipendium till Företagsam skola är avsedd att stödja och uppmuntra förtjänstfull verksamhet inom området skola och arbetsliv med att fördjupa kontakterna mellan skola, företag och samhälle.

Det kan handla om att utveckla arbetsmarknadskunskap i skolans olika ämnen, praktik, studiebesök eller andra former av kontakter som ökar elevernas kunskap om näringsliv och arbetsmarknad. Det kan också handla om att utveckla och integrera studie- och yrkesvägledningen i skolans arbete.

§ 2 Målsättning med stipendiet

Målet med stipendiet är att fler skolor i Jämtlands län ska arbeta aktivt med att närma sig företag och arbetsmarknad och därmed nå de mål som finns beskrivna i den regionala utvecklingsstrategin om utbildning och smart tillväxt.

§ 3 Stipendiet

Stipendiet ”Företagsam skola i Jämtlands län” ska ses som ett stöd och en uppmuntran till utvecklingen av samarbetet mellan skola och arbetsliv.

§ 4 Stipendiesumman

Stipendiesumman är 30 000 kronor och kan årligen delas mellan max 3 stipendiater. Stipendiet kan sökas av enskild skolklass eller en skolenhet inom grundskolan eller gymnasieskolan i Jämtlands län. Till stipendieansökan ska bifogas motivering samt åtgärdsplan över planerade insatser samt efter avslutade insatser styrkta rapporter över resultatet av genomförda aktiviteter.

§ 5 Ansökan, nominering och beslut om stipendium

Stipendiet Företagsam skola i Jämtlands län ska utlysas årligen genom annons i dagstidningar, på hemsidan eller på annat lämpligt sätt. Ansökan kan ske från representant för skola eller klass. Det är också möjligt för enskild person eller organisation att föreslå lämplig stipendiat. Sista datum för ansökan ska tillkännages vid utlysningen.

§ 6 Beslut om stipendium

Regionala utvecklingsnämnden beslutar om fördelning av stipendiesumman och formerna för utdelning.

Jämtlands läns landsting bör anta enprocentsregeln för konstnärlig gestaltning i samband med bildning av Region år 2015

Tillämpandet av enprocentsregeln, som innebär att minst en procent av budgeten vid ny-, om- eller tillbyggnationer av fastigheter och annan offentlig infrastruktur investeras i konstnärlig gestaltning, har fått allt större genomslag. Den nya rapporten från Konstnärsnämnden, *Ingen regel utan undantag – Enprocentsregeln för konstnärlig gestaltning av offentlig miljö, 2013*¹, visar att 77 procent av landstingen och regionerna arbetar aktivt med enprocentsregeln. Nästan hälften av landets kommuner tillämpar enprocentsregeln. Räknar man även med de kommuner har enprocentsregeln som målsättning eller riktlinje uppgår andelen till 64 procent. Det är 50 procent fler än för 10 år sedan. Vetskapen om konstens betydelse för de gemensamma miljöerna sprider sig. Det är hög tid för Jämtlands läns landsting att ta rygg på de andra landstingen och regionerna. Landstinget bör höja de konstnärliga ambitionerna och anta regeln om att avsätta minst en procent för konstnärlig gestaltning i samband med ny-, om- eller tillbyggnationer av fastigheter, utemiljöer och annan regionägd infrastruktur.

Att estetiska värden vägs in i planeringen av offentliga miljöer har flera vinster:

- Allmänheten och länets invånare, och särskilt de som inte tar sig till konstatställningar, får på ett enkelt och självklart sätt tillgång till konst i värden och i sin vardag
- Konsten sätter igång tankar, ger nya perspektiv och gör åskådarna mer kreativa och öppna
- Uppdraget innebär arbetstillfällen och betydelsefulla inkomstkällor för konstnärer och andra specialiserade yrkesgrupper

En procent av budgeten är en liten insats med tanke på de långsiktiga värden det genererar.

Både regeringen och de rödgröna partierna framhåller vikten av att enprocentsregeln tillämpas. Regeringen skriver i sin budgetproposition att "...enprocentsregeln är en viktig utgångspunkt i gestaltandet av den offentliga miljön." Socialdemokraterna uppger att "Det är ett viktigt uppdrag att informera om regeln och att föra fram värdet av konstnärlig offentlig gestaltning. Även privata byggherrar börjar återigen upptäcka värdet av att i ett tidigt skede planera för offentlig gestaltning och konst i sina byggprojekt."

En mängd vetenskapliga forskningsrön visar att det finns ett samband mellan konst och välbefinnande. På Karolinska Institutets hemsida Den kulturella hjärnan presenteras flera rapporter som pekar på de positiva sambanden mellan hälsa, välmående, lärande och kultur. Bland annat visar en studie från USA att personer sjuka i Alzheimers upplever större välmående efter att ha tittat på konst, deltagarna ökade också sin självkänsla. I Sverige fick 150 studenter på Södertörns högskola skatta arbetsmiljöer med eller utan konst som de sett på fotografier. Miljöerna med konst på väggarna uppfattades som mer harmoniska, kreativa och proffsiga, sammanfattningsvis bedömdes även de utsmyckade miljöerna komma från ett mer framgångsrikt företag.

Jämtlands läns landsting har alla förutsättningar att skapa ännu mer spännande, utmanande och attraktiva miljöer i värden.

¹ <http://www.konstnarsnamnden.se/default.aspx?id=16314>

Myndigheten Konstnärsnämnden drar, i sin nya rapport, slutsatsen att all offentlig verksamhet har ett ansvar för att den offentliga konsten integreras i samhällsmiljön och att det behövs direktiv som ser till att enprocentregeln tillämpas inom statliga bolag, verk och myndigheter.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi att:

- landstingsfullmäktige inför enprocentsregeln vid ny- och ombyggnationer av fastigheter och andra offentliga miljöer och infrastruktur i samband med bildandet av egen Region år 2015
- professionella konstnärers yrkeskunskap tas tillvara i hela processen.

Östersund 2014-03-01

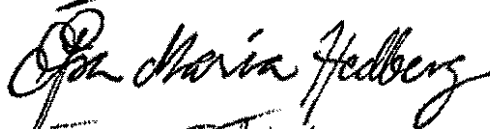
Namn:

Namnförtydligande:

Lars Nylund


LARS NYLUND

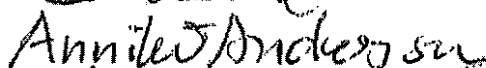
Malin Katilla Allberg



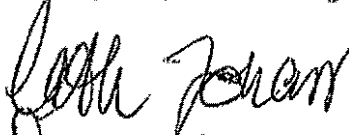
ÅSA MARIA HEDBERG



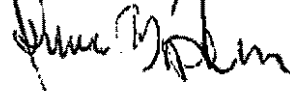
Elin Ståhl



Annika Andersson



Cathrine Johansson



JUKKA NYSTRÖM



Odd Larsson



KRISTINA WRANG

Samtliga personer är verksamma bildkonstnärer i Jämtlands län.

Kontaktuppgifter:

Kristina Wrang





mobilt: 

e-post: 

Medborgarförslag

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING

2014-04-10

Dnr LS/612/2014

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2014-04-09

Från:

Namn. Kirsten Ravn Jørgensen

Gal

Pos

Tel

E-p

Förslaget i korthet:

Jämtlands läns landsting bör inrätta en primärvårdsmottagning för personer med komplicerad medicinsk problematik som kräver samordning av vårdresurser samt för personer som på grund av fysisk eller psykisk funktionshinder har svårt att få sina behov tillgodosedda inom ordinarie primärvård.

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

Det är allmänt känt att personer med LSS insatser har sämre allmän hälsa än befolkningen i övrigt och att de risikerar en förtida död i oupptäckta cancersjukdommar i större grad än normalbefolkningen.

I Uppsala län har man inrättat en husläkarmottagning i nära samarbete med habilitering för att bidra till en bättre primärvård för denna grupp medborgare.

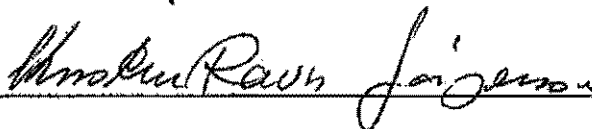
Mitt förslag är att berörda parter inom landstinget tar till vara den kunskap som finns på denna mottagning och inrättar en liknande mottagning här i Jämtland för att förbättra möjligheterna till bättre hälsa för en marginaliserad grupp med nedsatt autonomi samt göra det möjligt för anhöriga och personal vid LSS boende att vara trygg med att den primärvård som erbjuds LSS brukare är av bästa kvalitet.

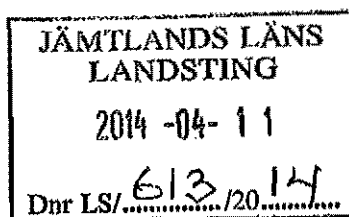
se

www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/Funktionshinder/Habiliteringshuslakarmottagning/

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:





Ett sjukhus står outnyttjat

I Backe finns ett sjukhus som byggdes under den tiden då vissa byggnader anpassades för strategisk beredskap. Därför saknar huset motstycke i hållbarhet och funktion.

I huset finns ett äldreboende samt en hälsocentral.

Stora delar av huset står emellertid outnyttjat. Det vore ren kapitalförstöring att inte utnyttja denna byggnad för exempelvis dialys, hörsel- och synkontroll. Dialys är en tidskrävande behandling som tar mycket tid i anspråk.

Medicinsk expertis som krävs för verksamheten kan fastställas vid beredning av ärendet

I ett stort län med långa avstånd och tidsödande och fördyrade resekostnader vore det en fördel för patienter boende i Norra delen av länet att ha nära till sjukvård och inte behöva åka till Östersund för nyss nämnda åtgärder.

Detta behöver inte underminera verksamheten vid Östersunds Sjukhus, endast underlätta.

Backe sjukhus byggdes 1 oktober 1964, för 50 år sedan.

Det vore ett lyft för bygden att i samband med ett firande av sjukhusets 50-årsjubileum kunna presentera ett vårdprogram.

Jag föreslår att:

1. De partier som har mandat i Landstinget lägger fram ärendet för beredning
2. Vi hoppas att detta förslag väcker gehör hos samtliga partier i Landstinget för åtgärd

Strömsund 2014-04-10


Göran Edman



nya
moderaterna

JÄMTLANDS LÄNS
LANDSTING

2014-02-19

Dnr LS/285/2014

2014-02-18

Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående rätt för föräldrar att lämna urinprov för analysering när de misstänker att sitt barn använder narkotiska substanser.

Polisen har rätt att vid misstanke om narkotikabrott, då någon visar tecken på att använda narkotiska substanser, se till att personen i fråga kommer in till sjukvården för provtagning och analys. Mörkertalet för antalet missbrukare är stort och det finns många fall som polisen inte upptäcker. Det finns också föräldrar som är oroliga för sitt barn när de ser tecken på, eller misstänker att barnet missbrukar narkotiska substanser.

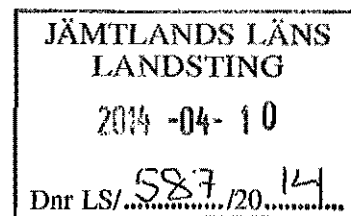
Mot bakgrund av ovanstående motionerar därför undertecknad om att föräldrar ska ha rätt att lämna in urinprov från sina barn till en sjukvårdsinstans där analys och resultat kan redovisas. Detta är också ett önskemål från Polisens ungdomsgrupp. Allt för att snabbt kunna sätta in rätt behandling och i tid upptäcka de barn som missbrukar narkotiska substanser.

Christer Siwertsson, ledamot landstingsfullmäktige

2014 04 03

Till Landstingsfullmäktige

Jämtlands läns landsting



Motion

Landstinget står inför stora utmaningar. Den vård och omsorg som bedrivs idag behöver ständigt förbättras för att leva upp till allt högre krav från vårdtagare, personal och anhöriga. För att uppnå de kraven, samt för att kunna ta emot en växande och framför allt åldrande befolkning krävs en utveckling och effektivisering i vården.

Varje dag finner medarbetare inom landstinget goda idéer för att förenkla det dagliga arbetet. Dessa idéer uppstår ur verkliga behov och kan med rätt hjälp även omvandlas till en verklig produkt/tjänst.

Vi borde inom landstinget kunna erbjuda ett koncept för att omvandla medarbetares idéer till nya innovativa produkter/tjänster som underlättar det dagliga arbetet eller förbättrar vården för patienterna.

Vi bör också söka samarbete med entreprenörer och företag samt med redan befintliga nätverk såsom Mittuniversitet och Almi.

En viktig uppgift för landstingets ledning är att aktivt arbeta för en kultur som främjar nya idéer och innovationsutveckling.

Jag föreslår

- att landstingsstyrelsen får i uppdrag att undersöka möjligheterna att så snart som möjligt forma en organisation som uppfyller tankegångarna enligt ovan och återkomma till fullmäktige för redovisning av resultatet.

A handwritten signature in black ink that reads "Bernt Söderman".

Bernt Söderman (C)

Fullmäktigeledamot