

Beslutscheck om handlingsplaner som ingår i regiondirektörens verksamhetsplan 2015-2017*

Ärende	Beslut	Dnr	Anmärkning
1. Övergripande handlingsplan för arbete med en jämlik och jämställd verksamhet 2015-	LD 2014-10-16	LS/1300/2014	
2. Övergripande handlingsplan Barnkonventionen 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1293/2014	
3. Övergripande handlingsplan mot Våld i nära relation 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1301/2014	
4. Övergripande handlingsplan för arbetet med nationella minoriteter 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1292/2014	
5. Övergripande handlingsplan Tillgänglighet 2014	LD 2014-10-16	LS/1303/2014	Gäller för 2014. Revideras i december.
6. Övergripande handlingsplan Läkemedel 2015	LD 2014-10-28	LS/1393/2014	
7. Övergripande handlingsplan Suicidpreventivt arbete 2013-2015		LS/1562/2013	Omarbetning pågår och handlingsplan är klar inom kort
8. Övergripande handlingsplan Patientsäkerhet utifrån nationella överenskommelser samt uppföljning av vissa rutiner	2013-07-24	LS/409/2013	Beslutad av HS-chef. Ny kommer under 2015.
9. Landstingsövergripande handlingsplan Lean 2014	LD 2013-11-13	LS/1637/2013	Nu ska upprättas under 2015
10. Övergripande handlingsplan Återinskrivning inom 30 dagar 2014-2015	LD 2014-10-16	LS/391/2014	
11. Övergripande handlingsplan Miljö 2015	LD 2014-10-16	LS/1304/2014	
12. Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2014-2015	LD 2014-10-28	LS/1398/2014	
13. Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1363/2014	
14. Landstingsövergripande handlingsplan E-hälsa 2014	2013-05-28	LS/678/2013	Beslutad i LS Ska omarbetas 2015
15. Handlingsplan för cancervården i Jämtlands läns landsting 2013-2015	2013-01-23	LS/1907/2014	Beslutad i LS. Arbete pågår med att se över planen.
16. Handlingsplan för samverkan i Jämtlands läns landsting kring psykiska funktionsnedsättningar 2014-2016	2014-09-29	LS/1365/2014	Beslutad i SWOM. Protokoll ännu ej justerat. Plan ej diarieförd.
17. Bättre liv för mest sjuka äldre – strategi och handlingsplan 2012-2014	2014-02-21	LS/536/2013	Framtagen av Ledningskraft. Reviderad av SVOM 2014-02-21
18. Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd – Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd	2014-05-21	LS/821/2014	Beslut i norrlandstingens förbundsdirection. Uppdrag i LS till LD om att samverka med övriga norrlandsting så att ambitionerna i inriktningsdokumentet kan uppfyllas.

* För de handlingsplaner som gäller för 2014 och tidigare och som inte omarbetats inför 2015 står landstingsdirektören kvar som ansvarig. Det kommer att justeras i samband med att planerna omarbetas. Då kommer också rubriken på planerna att revideras.



Jämtlands Läns
Landsting

BÄST HÄLSA - UTAN VÄNTAN

VAD

Gör rätt
från början



VAD

Effektiva
flöden

Håller koll på läget
Sätter patienten först

HUR

Tar bort slöseri
Ständiga förbättringar

Genom samarbete och delaktighet

Övergripande handlingsplan för en jämställd och jämlik verksamhet 2015-2017

Version: 2

Ansvarig: Regiondirektör

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	Ange datum för när handlingsplan upprättas	Nyutgåva	Landstingsdirektören	Ange beslutsdatum
2.	2014-10-10	Reviderad Översyn av målformuleringar och aktiviteter Tillägg bl a: Läkargrupp för jämfäställd och jämfästlik vård, Jämfäställd och jämfästlik kommunikation, Behovsanalys	Regiondirektören	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Handlingsplanens område	4
1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.3	Region Jämtland Härjedalens ansvar	5
1.4	Tidsplan.....	6
1.5	Ansvarig för handlingsplanen	6
1.6	Definitioner	6
2	JÄMFÄSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS	7
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	8
3.1	Mål 1: En jämfäställd och jämfästlik hälso-, sjuk och tandvård.....	8
3.2	Mål 2: En hög kompetens inom organisationen avseende jämfäställdhet, jämfästlikhet och genus .	12
3.3	Mål 3: En jämfäställdhets- och jämfästlikhetsintegrerad ärendeprocess	14
3.4	Mål 4: Att alla kvinnor, män, flickor, pojkar och queera-personer som är i kontakt med Region Jämtland Härjedalen bemöts med respekt och utan kategoriseringar och stereotypa uppfattningar	15
4	MÅL OCH AKTIVITETER MEDARBETARE	16
4.1	Mål 5: En hög kunskapsnivå inom området jämfäställdhet, jämfästlikhet och icke-diskriminering hos samtliga medarbetare	16
4.2	Mål 6: Icke-diskriminerande lönesättning och rekrytering	17
4.3	Mål 7: En jämfäställd och jämfästlik hälsofrämjande arbetsmiljö	18

1 INLEDNING

Den 25 augusti 2009 undertecknade landstingsstyrelsen den Europeiska deklamationen för jämfäställdhet mellan kvinnor och män (den så kallade CEMR-deklamationen). Undertecknandet var en del i Jämtlands läns landsting målsättning att stärka och sprida arbetet med jämfäställdhetsintegrering i organisationen. I och med undertecknandet förband sig landstinget att upprätta handlingsplaner och program för jämfäställdhet samt att tillföra de ekonomiska och mänskliga resurser som behövs för att genomföra dem.

1.1 Handlingsplanens område

Arbetet med en jämfäställd och jämfelik verksamhet har pågått i mer än trettio år inom Region Jämtland Härjedalen. Arbetet med verksamhetsutveckling har till stor del skett inom ramen för olika projekt men sedan hösten 2009 som ett kontinuerligt utvecklingsarbete. På personalstaben har sakkunnig inom området funnits sedan 2008 men första Jämfäställdhetsplanen arbetades fram redan på 70-talet. Jämfäställdhets- och jämfelikhetsperspektivet är en betydelsefull del för att kunna leverera en kvalitativ och professionell service till våra medborgare men också för att vara en attraktiv arbetsgivare. Arbetet berör regionens samtliga verksamhetsområden och handlar bland annat om kompetensutvecklingsinsatser avseende jämfäställdhet och jämfelikhet, att jämfäställdhetsintegrera ärendehanteringsprocessen, att hitta en metod för arbetet med jämfäställd vård, att utveckla systemstöd för konsuppldelad statistik, att genomföra jämfäställdhetsanalyser på resultatet, att driva arbetet med jämfäställda sjukskrivningar, att läkemedelsförskrivningen är jämfäställd och jämfelik, att rekryteringsprocessen sker utan att diskriminering förekommer samt att det finns öppna karriärvägar som gynnar både kvinnor och män oavsett bakgrund och ålder.

Arbetet med en jämfäställd och jämfelik verksamhet drivs bland annat av Styrgrupp för en jämfäställd och jämfelik verksamhet, samrådsgruppen för jämfäställdhetsintegrering samt inom personalstaben och hälso- och sjukvårdsstaben. Den övergripande handlingsplanen för en jämfäställd och jämfelik verksamhet har till syfte att säkerställa ett strategiskt, långsiktigt arbete med att realisera målet för att uppnå en jämfäställd och jämfelik verksamhet, både ur ett medborgarperspektiv och ett medarbetarperspektiv.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Det finns en mängd bakomliggande beslut och politiska målsättningar som ligger till grund för att Region Jämtland Härjedalen ska arbeta för att uppnå en jämfäställd och jämfelik verksamhet. Några av de besluten/överenskommelserna är:

1979 FN konvention för att eliminera alla former av diskriminering av kvinnor

1991 Jämfäställdhetslagen

1995 Etiska plattformen för hälso- och sjukvården (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen)

1997 Hälso- och sjukvårdslagen 2 § ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”

1999 Lagen om åtgärder mot etnisk diskriminering i arbetslivet, Lagen om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionsnedsättning, Lagen om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning

2006 Enig riksdag fattade beslut om de jämfäställdhetspolitiska målen där det övergripande målet lyder ”Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”

2009 Sammanslagen diskrimineringslagstiftning, Diskrimineringslagen

2009 Jämtlands läns landsting undertecknar CEMR-deklarationen vilket innebär att jämfäställdhetsintegrering ska tillämpas inom organisationens samtliga verksamheter. Det ska vid planering, beredning, beslut, verkställande och uppföljning.

2010 Jämtlands läns landsting fattar beslut om policyn Mångfald som utvecklingskraft

2012 Handlingsplan för CEMR-deklarationen

2014 Tydligt genomgående jämfäställdhetsperspektiv i landstingsdirektörens verksamhetsplan

2014-2016 Landstingsövergripande handlingsplan för en jämfäställd och jämflik verksamhet

2015-2017 Jämfäställdhetsintegrerad Landstingsplan/Regionplan

2015-2017 Övergripande handlingsplan för en jämfäställd och jämflik verksamhet

1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar

I regeringsformens första kapitel, andra paragrafen står:

Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.

Det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionsbinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person.

Samiska folkets och etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas. Lag (2010:1408).

Det finns även etiska principer fastslagna av Sveriges riksdag avseende hur prioriteringar ska göras inom hälso- och sjukvården. De principerna är nära kopplade till arbetet med en jämfäställd och jämfästlik vård. Principerna som ska styra är *människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen* samt *kostnadseffektivitetsprincipen*.

I hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) 2 § står;

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

I handboken *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* identifieras sex olika områden som bedöms som viktiga förutsättningar för god vård. Ett av dem områdena är *jämfästlik hälso- och sjukvård*.

I diskrimineringslagstiftningen regleras förbud mot diskriminering som avser både arbetsgivare, hälso- och sjukvården och andra samhällsområden.

Utöver detta ska hälso- och sjukvården även leva upp till den nationella överenskommelsen avseende Sjukskrivningsmiljarden som också omfattar arbetet med en jämfäställd sjukskrivningsprocess.

1.4 Tidsplan

Handlingsplanen avser perioden 2015-2017. Aktiviteterna är rangordnade utifrån vilket år de ska genomföras.

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Ansvarig för att handlingsplanen hålls aktuell, följs upp samt revideras vid behov är Regiondirektören.

1.6 Definitioner

Diskriminering

Diskriminering innebär att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas, har behandlats eller skulle ha behandlats i en jämfästförbar situation, om missgynnandet har samband med någon av diskrimineringsgrunderna. De sju diskrimineringsgrunderna är; kön, könsöverskridande identitet/uttryck, etnicitet, religion eller annan trostillhörighet, sexuell läggning, funktionshinder och ålder.

Jämfästlikhet

Alla mämfästniskors lika värde – oavsett vem du är.

Jämfäställdhet

Jämfäställdhet innefattar mämfästns och kvinnors lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom livets alla områden. Det övergripande målet för jämfäställdhetspolitiken är att ”kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”.

Jämfäställdhetsintegrering

Den strategi som ska användas för att uppnå de jämfäställdhetspolitiska målen. Målet ett jämfäställt samhälle. Det innebär att alla beslut, all planering och allt utförande som sker inom Region Jämtland Härjedalen ska ha ett jämfäställdhetsperspektiv.

2 JÄMFÄSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS

Eftersom handlingsplanens ansvarsområde är jämfäställdhet och jämfästlikhet bedöms jämfäställdhets – och jämfästlikhetsperspektivet beaktat. Målsättningen är att det, på sikt, inte ska behövas en särskild handlingsplan för jämfäställd och jämfästlik verksamhet eftersom organisationen ska jämfäställdhets – och jämfästlikhetsintegreras.

Enligt barnkonventionen ska barn ha rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Enligt diskrimineringslagen ska ingen diskrimineras inom hälso- och sjukvården på grund av kön, ålder, funktionsnedsättning eller annan diskrimineringsgrund. För att ta hänsyn till barnets bästa och att deras behov blir tillgodosedda har särskilda mål införts i handlingsplanen som ett led i det arbetet.

En del av aktiviteterna i handlingsplanen kommer att påverka koldioxidutsläppen. Detta gäller exempelvis resor som behöver göras av föreläsare i samband med de föreläsare som ska bjudas in för utbildningssatsningar. Påverkan på miljön kommer även att ske avseende de resor som behöver göras inom länet avseende jämfäställd läkemedelsförskrivning och träffar med personal inom hälsocentralerna. För att försöka minska utsläppen ska tåg som färdmedel för regionens egna medarbetare liksom bilar drivna av biogas väljas i första hand.

Arbetet med en jämfäställd och jämfästlik verksamhet bedöms ge positiva effekter på verksamheten och sker i enlighet med gällande politiska ambitioner, lagstiftning, nationella överenskommelser och interna styrdokument. Det finns inga behov av organisationsförändringar eller förändringar avseende de personella resurserna. Inte heller bedöms det ge några negativa effekter på varken lokaler, utrustning eller ekonomin.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Mål 1: En jämfäställd och jämflik hälso-, sjuk och tandvård

Artikel 14 CEMR-deklarationen samt vissa aktiviteter CEMR-deklarationen i sin helhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Säkerställa möjligheten att på automatik få ut könsuppdelad statistik i landstingets samtliga system	Chefer och medarbetare som arbetar med uppföljning och analys	Existerande systemstöd	2015	Staben för e-hälsa och IT	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet
Implementera modell för hur jämfäställdhet och jämflikhet ska arbetas med på APT:er	Samtliga medarbetare och chefer inom Region Jämtland Härjedalen	Antal chefer som använt materialet på sina APT	2015- 2017	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning Personalstaben	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet
Arbeta fram riktlinjer avseende utredningar av barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för att säkerställa en jämfäställd vård	Flickor och pojkar i behov av utredning Medarbetare inom område barn och unga vuxna	Framtagen riktlinje	2015	Verksamhetschef inom område barn och unga vuxna	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet
Utreda diagnostiseringen av depression i syfte att synliggöra mäns	Patienter inom psykiatri Medarbetare inom psykiatri	Genomförd översynd av depressionsdiagnoser	2015	Relevanta verksamhetschefer inom Centrum för barn, kvinna, psykiatri	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
depressioner. Vidta lämpliga åtgärder utifrån utredningens resultat.					
Inrätta en läkargrupp som arbetar för en jämfästlld och jämflik vård	Medarbetare och chefer	Inrättad grupp	2015	Regionöverläkaren	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Synliggöra kön i regionens internrapportering i dialog med regionens verksamheter	Förtroendevalda Chefer Medarbetare Invånare i region Jämtland Härjedalen Media	Synliggörande i månads , del-, och årsbokslut	2015 Kontinuerligt	Ekonomistaben Verksamhetschef inom respektive centrum	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Genomföra jämfästlldhetsanalyser utifrån uppnådda mål och målvärden i regiondirektörens verksamhetsplan	Invånare i region Jämtland Härjedalen Media	Del- och årsbokslut 2015: Hitta mätetal 2016: Genomföra analyser 2017: Följa upp analyser	2015 Kontinuerligt	Verksamhetschef inom respektive centrum	Regiondirektörens ledningsgrupp Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Jämfästlldhetsintegrera Reumamottagningen	Samtliga medarbetare på Remonthagen Patienter på reumaenheten	Se särskilt dokument rörande Processtöd för jämfästlldhetsintegrering	2015-2016	Enhetschef reumamottagningen Samrådsgruppen för jämfästlldhetsintegrering Hälso- och sjukvårdsstaben Ekonomistaben Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Initiera samverkan med Mittuniversitetet avseende arbetet med Jämfästlldhetsintegrering	Medarbetare och patienter berörda av arbetet med Jämfästlldhetsintegrering	Beslut avseende samverkan eller ej	2015	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys uppföljning och utveckling/Forsknings och	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
på Medicinnmottagningen och Reumatologiska enheten (följeforskning)				utvecklingsenheten	
Utreda förutsättningarna för att införa hälsoskolor/liknande koncept i Region Jämtland Härjedalen med utgångspunkt jämförande hälsa och vård.	Invånare i Region Jämtland Härjedalen	Genomförd utredning	2016	Hälso- och sjukvårdsstaben/Folkhälsocentrum	Styrgrupp för jämförande och jämförande verksamhet
Utgöra stöd vid jämförande analys av medicinska data	Medarbetare och chefer	Delårs- och årsbokslut	2016	Läkargruppen för jämförande och jämförande vård	Styrgrupp för jämförande och jämförande verksamhet
Arbeta fram förslag på fler kontaktvägar till hälso- och sjukvården med fokus på kvinnor, män, flickor och pojkar med olika former av språksvårigheter och möjlighet till en jämförande kommunikation och kontakt med vården	Invånare i region Jämtland Härjedalen	Framtagna förslag	2016	Kommunikationsstaben	Styrgrupp för jämförande och jämförande verksamhet
Implementera ovanstående förslag om de godkänns av beslutande organ	Medarbetare och chefer		2016-2017	Kommunikationsstaben	Styrgrupp för jämförande och jämförande verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Genomföra ett förbättringsarbete med fokus på vårdrelaterade infektioner med ett genusperspektiv	Inneliggande kvinnor och män	Antal inlaggande kvinnor och män med vårdrelaterade infektion Målvärde 2016: Minskning av vårdrelaterade infektioner med x %	2016	Verksamhetschef Patientsäkerhetsenheten	Styrgrupp för jämförad och jämförbar verksamhet
Jämfördhetsintegrera två hälsocentraler	Samtliga medarbetare på utvald klinik	Se särskilt dokument rörande Processtöd för jämfördhetsintegrering	2017	Samrådsgruppen för jämförad och jämförbar verksamhet Hälsö- och sjukvårdsstaben Ekonomistaben Personalstaben Centrum för landstingsdriven primärvård	Styrgrupp för jämförad och jämförbar verksamhet
Genomföra informationer och skapa medvetenhet om jämförad läkemedelsförskrivning på länets hälsocentraler	Anställda på hälsocentralerna i länet	Antal hälsocentraler som blivit besökta respektive år inom ramen för tidsplanen 2017: Fyra hälsocentraler	2017	Hälsö- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning/Patientsäkerhetsenheten	Styrgrupp för jämförad och jämförbar verksamhet
Att sprida de erfarenheter och den kunskap som byggs upp under arbetet med jämfördhetsintegrering inom organisationen och nationellt	Samtliga medarbetare inom organisationen Andra landsting/regioner Medborgare	Se särskilt dokument rörande Processtöd för jämfördhetsintegrering	Kontinuerligt	Samrådsgruppen för jämfördhetsintegrering Kommunikationsstaben	Styrgrupp för jämförad och jämförbar verksamhet

3.2 Mål 2: En hög kompetens inom organisationen avseende jämfästlldhet, jämflikhet och genus

Artikel 6 CEMR-deklarationen, Artikel 10 CEMR-deklarationen, Artikel 14 CEMR-deklarationen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Erbjuda chefer och läkare med MLU en heldagsutbildning i "Att leda för en jämfästlld och jämflik verksamhet" två gånger per år	Chefer Läkare med MLU	Antal deltagare 2015: 15 deltagare totalt 2016: 20 deltagare totalt 2017: 20 deltagare totalt	2015, kontinuerligt	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Utbildningsprogram för läkargruppen för jämfästlld och jämflik vård	Läkarna i läkargruppen för jämfästlld och jämflik vård	Antal deltagare Målvärde: 80 % av läkarna i gruppen	2015	Regionöverläkare Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Stärka kompetensen avseende HBTQ-perspektivet på samtliga psykosociala enheter	Medarbetare inom hälsocentralernas psykosociala enheter	Antal utbildade Målvärde: 80 % av anställda inom PSE	2015	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning i samverkan med psykosociala enheterna	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Erbjuda medarbetare på Remonthagen utbildning i interkulturell kompetens utifrån påtalat behov	Medarbetare på Remonthagen	Antal utbildare Målvärde: 60 % av de anställda	2015	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning i samverkan med berörda verksamhetschefer	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Stärka kompetensen avseende HBTQ-perspektivet på	Medarbetare inom nämnda enheter	Antal utbildade Målvärde: 80 % av anställda inom UM,	2016	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Ungdomsmottagningen, Ungdomspsykiatriska mottagningen, Barn- och ungdomspsykiatri		UPM och BUP		i samverkan med berörda enheter	
Arrangera en utbildningsdag om förbättringsarbete med fokus på jämflik vård med en uppföljningsdag	Enhetschefer, verksamhetschefer, läkare med MLU	Antal deltagare Målvärde: 25 deltagare	2017	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet
Genomföra ett seminarium om jämfäställd läkemedelsförskrivning	Läkare inom alla centrum	Antal deltagare Målvärde: 30 deltagare	2017	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning/Patientsäkerhetsenheten	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet

3.3 Mål 3: En jämfäställdhets- och jämflikhetsintegrerad ärendeprocess

Artikel 9 CEMR-deklarationen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Implementera rutinen för jämfäställdhetsintegrering i ärendehantering	Medarbetare som arbetar med ärenden gentemot politiken	Antal ärenden som rutinen tillämpas på Målvärde 2015: Tillämpas på 50 % av ärendehandläggningen inom Samordningskansliet Målvärde 2016: Tillämpas på 70 % av ärendehandläggningen inom Samordningskansliet. Målvärde: Tillämpas på 90 % av ärendehandläggningen inom Samordningskansliet och 20 % av ärendena som handläggs av handläggare inom andra staber.	2015-2017	Samordningskansliet	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet
Genomföra en behovsanalys med fokus på jämfäställd och jämflik hälsa och vård,	Beslutsfattare inom Region Jämtland Härjedalen	Genomförd behovsanalys	2015	Chefen för Planerar- och beställarstaben	Regiondirektörens ledningsgrupp

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
resursfördelning och planering av hälso- och sjukvård inför planeringsarbetet 2016. Analysen ska ske utifrån lämplig regional avgränsning inom länet.					

3.4 Mål 4: Att alla kvinnor, män, flickor, pojkar och queera-personer som är i kontakt med Region Jämtland Härjedalen bemöts med respekt och utan kategoriseringar och stereotypa uppfattningar

Artikel 6 CEMR-deklarationen, Artikel 10 CEMR-deklarationen, Artikel 14 CEMR-deklarationen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Allt informationsmaterial som tas fram ska i både ord och bild motverka kategoriseringar och stereotypa uppfattningar om länets befolkning.	Medarbetare och invånarna i region Jämtland Härjedalen	Delårs- och årsbokslut	2016	Kommunikationsstaben i samråd med berörd verksamhet	Styrgrupp för jämfästll och jämflik verksamhet

4 MÅL OCH AKTIVITETER MEDARBETARE

4.1 Mål 5: En hög kunskapsnivå inom området jämfästlldhet, jämflikhet och icke-diskriminering hos samtliga medarbetare

Princip 4 CEMR-deklarationen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Jämfästlldhet och jämflikhet ingår i chefsutbildningarna Ny som chef och Chefsaspirantutbildningen	Chefer	Antal utbildningar Antal utbildade	Kontinuerligt	Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Utbildning för medarbetare inom personalstaben avseende jämfästlldhet och jämflikhet ur ett arbetsgivarperspektiv	Medarbetare inom personalstaben	Antal deltagare. Målvärde: 80 % deltagande	2015	Personalstaben Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Erbjuda chefer och läkare med MLU en heldagsutbildning i "Att leda för en jämfästlld och jämflik verksamhet" två gånger per år	Chefer Läkare med MLU	Antal deltagare 2015: 15 deltagare totalt 2016: 20 deltagare totalt 2017: 20 deltagare totalt	2015, kontinuerligt	Hälso- och sjukvårdsstaben/Enheten för analys utveckling och uppföljning Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet

4.2 Mål 6: Icke-diskriminerande lönesättning och rekrytering

Artikel 11 CEMR-deklarationen, se vidare punkt 4 under artikel 11

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Årligen genomföra lönekartläggningar och analysera dem utifrån ett genusperspektiv. Vidta lämpliga åtgärder utifrån kartläggningen för att säkerställa att diskriminering på grund av kön ej förekommer	Samtliga medarbetare	Genomförd kartläggning	Kontinuerligt	Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Arbeta fram en rättvis och icke-diskriminerande rekryteringsprocess	Medarbetare inom team Kompetensförsörjning inom Personalstaben	Säkerställd rekryteringsprocess	2015	Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet

4.3 Mål 7: En jämfästlld och jämflik hälsofrämjande arbetsmiljö

Artikel 6 CEMR-deklarationen, Artikel 10 CEMR-deklarationen, Artikel 11 CEMR-deklarationen, Artikel 14 CEMR-deklarationen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Utreda och analysera sjukskrivningarna-utifrån ett genusperspektiv. Vidta lämpliga åtgärder utifrån utredningens resultat.	Samtliga medarbetare	Genomförd utredning, analys och åtgärder	Kontinuerligt	Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Säkerställ att medarbetarna minst en gång per år informeras om riktlinjerna för att hantera kränkande särbehandling, trakasserier och diskriminering	Chefer inom hela organisationen	Årsbokslutet	Kontinuerligt	Respektive enhetschef	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Arbeta fram metodstöd för systematiskt arbetsmiljöarbete med genusperspektiv.	Samtliga medarbetare	Checklista skyddsron	2015	Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet
Arbeta fram ett stödmaterial för att säkerställa att arbetsplatserna är anpassade utifrån behov för anställda med någon funktionsnedsättning	Samtliga medarbetare	Checklista skyddsron	2015	Personalstaben	Styrgrupp för jämfästlld och jämflik verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Genomföra de åtgärder som framkom av Region Jämtland Härjedalens egen enkät till underläkare om diskriminering för att motverka upplevelsen av diskriminering	Underläkare	Upplevd diskriminering i särskild enkät	2015-2016	Verksamhetschefer Läkare med MLU Personalstaben	Styrgrupp för jämfäställd och jämflik verksamhet



Jämtlands Läns
Landsting



Övergripande handlingsplan för Barnkonventionen 2015-2017

Version: 1

Ansvarig: Regiondirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-10	Nyutgåva	Landstings- direktören	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	4
1.1 Handlingsplanens område	4
1.2 Bakomliggande beslut och mål	4
1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar	5
1.4 Tidsplan	5
1.5 Ansvarig för handlingsplanen	5
1.6 Definitioner	5
2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS. 6	
3 MÅL OCH AKTIVITETER	7
3.1 Mål 1: Regionen ska ha en ändamålsenlig struktur för arbetet med att implementera barnkonventionen	7
3.2 Mål 2: Beslutsfattare och medarbetare ska ha god kännedom om FN:s konvention om barnets mänskliga rättigheter.	8
3.3 Mål 3: Region Jämtland Härjedalen vidtar lämpliga åtgärder för att skydda barn mot all form av diskriminering	9
3.4 Mål 4: En professionell hälso-, sjuk- och tandvård för barn och unga som har blivit utsatta för våld och övergrepp, bevittnat våld i nära relationer eller varit utsatta för omsorgssvikt.	10
3.5 Mål 5: En hälso- och sjukvård som uppmärksammar och ger stöd till barn och unga som kommer till sjukvården i egenskap av anhöriga till sjuka patienter.	11
3.6 Mål 6: En hälso- sjuk- och tandvård som bjuder in barn och unga att vara delaktiga i sin egen vård.	12
3.7 Mål 7: Garantera att barn drabbade av vuxnas missbruk får nödvändigt stöd inom hälso- och sjukvården	13

1. INLEDNING

Barnkonventionen definierar rättigheter för barn i hela världen. Rättigheterna omfattar alla flickor och pojkar i alla samhällen, oavsett kön, religion, kultur, funktionshinder eller något annat. Barnkonventionen uttrycker ett förhållningssätt till barn som sätter barn i fokus vid alla åtgärder som berör enskilda barn eller grupper av barn.

1.1 Handlingsplanens område

Denna handlingsplan har följande fokusområden:

1. Barn som far illa och hälso- och sjukvårdens anmälningsskyldighet: Personer anställda inom hälso- och sjukvården är enligt 14 kap. 1§ i socialtjänstlagen skyldiga att genast anmäla till socialtjänsten när de misstänker att ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Vi vet att det förekommer en omfattande underrapportering inom detta fält och att länets hälso- och sjukvård härvidlag inte är något undantag. Det är angeläget att vi stärker benägenheten att anmäla till socialtjänsten vid misstanke att barn far illa eller riskerar fara illa.
2. Barn som anhöriga: Enligt en ny bestämmelse (2010) i hälso- och sjukvårdslagen 2 g § (2010) ska hälso- och sjukvården beakta barns och ungas behov av information, råd och stöd när en förälder eller nära anhörig blir svårt sjuk, svårt skadad, lider av missbruksproblem eller avlider. Under 2013-14 har riktlinjer, en vägledning och ett kunskapsunderlag tagits fram till stöd för personal som möter barn som anhöriga. Under kommande år ska materialet spridas och det nya arbetssättet implementeras.
3. Förbättrad struktur på arbetet för barnkonventionens implementering: Att implementera barnkonventionen är ett både omfattande och utmanande arbete. I syfte att bättre nå ut i organisationen kommer vi inom ramen för denna handlingsplan att verka för att funktionen barnombud inrättas och tillsätts på samtliga enheter.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Sverige har skrivit på och ratificerat barnkonventionen vilket innebär att Sverige förbundit sig juridiskt att uppfylla rättigheterna i konventionen. Barnkonventionens artikel 24 erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Artikel 3 föreskriver att vid alla åtgärder som rör barn, och som vidtas vid bland annat offentliga välfärdsinstitutioner, ska barnets bästa komma i främsta rummet.

Regeringen har i dokumentet *Strategi för att stärka barnets rättigheter* (2010) formulerat att beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter.

År 2011 fattade landstingsfullmäktige beslut om barnkonventionens implementering. Barn och unga är prioriterade grupper i regionstyrelsens verksamhetsplan.

1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar

För hälso-, sjuk- och tandvården finns en mängd övriga lagar och förordningar att ta hänsyn till. De lagar som främst styr hälso-, sjuk- och tandvården är hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och tandvårdslagen. Som andra paragraf i båda lagarna tydliggörs att:

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt

2 § Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen

Andra paragraferna ställer också krav på god kvalitet, trygghet, lätt tillgänglig vård och tandvård, respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att goda kontakter mellan patient och behandlaren. Allt detta gäller självklart oavsett ålder på patienten.

I HSL:2 f § tydliggörs också hälso- och sjukvårdens skyldighet att samarbeta med socialnämnden i fall där barn misstänks fara illa. I 14 kap. 1 § i socialtjänstlagen definieras dessa skyldigheter ytterligare.

HSL: 2 g § beskriver vidare hälso- och sjukvårdens skyldighet att beakta barns behov av information, råd och stöd när barnets förälder (med flera) är svårt sjuk, skadad eller avlider.

1.4 Tidsplan

Handlingsplanen gäller för perioden 2015-2017.

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet är ansvariga för handlingsplanen.

1.6 Definitioner

I denna handlingsplan avses med barn varje människa under 18 år.

2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Barnkonventionen gäller alla barn oavsett kön, utbildning, socioekonomisk bakgrund, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller annat. Föreliggande handlingsplan är formulerad med alla barn som målgrupp samtidigt som vissa aktiviteter lägger tonvikten på särskilda grupper av barn.

Med ett barnperspektiv menas att vuxna, i den utsträckning det går, sätter sig in i barnets situation. Ett barnperspektiv innebär ofta en analys som utförs av vuxna över det som nedan benämns barnets perspektiv. Syftet är att bättre kunna ta tillvara barnets intressen, behov och kunna agera för barnets bästa. Handlingsplanen har ett tydligt och väl genomtänkt barnperspektiv som innebär att:

- 1) barns och ungas bästa sätts i främsta rummet,
- 2) barns och ungas sociala och kulturella rättigheter beaktas,
- 3) barns och ungas rätt till en god hälsa och utveckling beaktas,
- 4) särskild hänsyn har tagits till fysiskt och psykiskt handikappade barns och ungas behov.

Handlingsplanens genomförande innebär mycket liten miljöpåverkan och medför ingen ökad mängd avfall, inga utsläpp, inga kemikalier, inget ökat behov av energianvändning, inga ökade transporter och inga utsläpp av skadliga ämnen.

Implementeringen av Barnkonventionen sker till följd av ett landstingsbeslut. Det påverkar endast marginellt ekonomin. På sikt kan åtgärderna som genomförs leda till en förbättring av folkhälsan, som dock knappast kan mätas i ekonomiska termer.

Inrättande av barnombud kan, i en pressad vardag, upplevas som betungande för verksamheterna men är en förutsättning för att vi ska nå ut med det kunnande och stöd som krävs.

Arbetet med Barnkonventionen kommer att ta lite arbetstid som på JLL nivå möjligen kan summeras till delar av tjänst medan det på verksamhetsnivå rör sig om en blygsam tidsmässig investering

En del av målen i handlingsplanen rör den fysiska miljön och kan därmed påverka lokalers storlek, utformning och inredning, men även här är påverkan marginell.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Mål 1: Regionen ska ha en ändamålsenlig struktur för arbetet med att implementera barnkonventionen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Inrätta funktionen barnombud och ta fram en övergripande uppdragsbeskrivning	Verksamhetschefer Medarbetare	Inrättad funktion	2015	Samrådsgruppen för barnkonventionen Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Utse barnombud inom alla verksamheter	Verksamhetschefer Enhetschefer Barnombud	Antal områden med barnombud	2015	Centrum- och verksamhetschefer	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Barnombudet ska ges mandat och utrymme att driva barnkonventionsfrågorna inom enheten	Områdeschefer Barnombud	Barnombudens erfarenhet Eventuell dokumentation	2015-2017	Centrum- och verksamhetschefer	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen

3.2 Mål 2: Beslutsfattare och medarbetare ska ha god kännedom om FN:s konvention om barnets mänskliga rättigheter.

Konventionens innehåll ska göras känt bland vuxna och barn. (art.42)

Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barn. (art.3)

Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter. (Regeringens Strategi för att stärka barns rättigheter)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Målgruppsanpassade utbildningar om barnkonventionen inom hälso- och sjukvården samt tandvården	Chefer Barnombud Övrig personal	Antal utbildningar Antal utbildade	2015-2017	Samrådsgruppen för barnkonventionen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Samrådsgruppens medlemmar håller sig informerade inom området ex genom att delta i nationella utbildningar	Samrådsgruppens medlemmar	Antal utbildningar och antal personer som åker	Löpande	Samrådsgruppen barnkonventionen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen

3.3 Mål 3: Region Jämtland Härjedalen vidtar lämpliga åtgärder för att skydda barn mot all form av diskriminering

Alla barn har samma rättigheter och värde. Inget barn får diskrimineras. (art.2)

Ett barn med funktionsbinder har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv som möjliggör ett aktivt deltagande i samhället. (art. 23)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Samtliga verksamheter ska göras välkomnande och tillgängliga för alla barn – oavsett ålder, kön, nationalitet samt med hänsyn till om barnet har en funktionsnedsättning. Detta ska särskilt beaktas vid den fysiska utformningen av verksamhet och lokaler	Flickor och pojkar som patienter Flickor och pojkar som besökare i hälso- och sjukvården		2015-2017	Samrådsgruppen för barnkonventionen Fastighetsenheten Verksamhetschefer	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen

3.4 Mål 4: En professionell hälso-, sjuk- och tandvård för barn och unga som har blivit utsatta för våld och övergrepp, bevittnat våld i nära relationer eller varit utsatta för omsorgssvikt.

Flickor och pojkar som är eller har varit utsatta för våld, eller upplevt våld i nära relationer, ska veta var de kan vända sig inom hälso-, sjuk- och tandvården för att få adekvat vård och omhändertagande.

Barnet har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld och mot vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller andra vårdnadshavare. (art. 19)

Barnet som blivit offer för vanvård, utnyttjande, försummelse, tortyr, väpnade konflikter eller annan omänsklig behandling har rätt till rehabilitering och social återanpassning. (art. 39)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Utbildningar om barn som far illa och anmälningsskyldigheten.	Enhetschefer Övrig personal	Antal utbildningar Antal deltagare Antal orosanmälningar	2015-2017	Samrådsgruppen barnkonventionen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Utveckla samverkan med hälso- och sjukvårdens representanter i Barn som far illa-gruppen	Representanter i Barn som far illa-gruppen och samrådsgruppen för barnkonventionen	Antal gemensamma aktiviteter	2015	Samrådsgruppen för barnkonventionen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Förbättra registreringen och insamlingen av data avseende barn som misstänks fara illa eller vara utsatta för övergrepp	Enhetschefer Övrig personal	Antal registrerade anmälningar	2015-2017	IT-staben Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Synliggöra information på www.jll.se om var barn och ungdomar utsatta för försummelse och/eller våld kan vända sig	Flickor och pojkar Föräldrar och närstående Personal	Existerande information	2015	Kommunikationsstaben	Styrgruppen jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen

3.5 Mål 5: En hälso- och sjukvård som uppmärksammar och ger stöd till barn och unga som kommer till sjukvården i egenskap av anhöriga till sjuka patienter.

Barnets bästa skall alltid komma i första rummet. (Art. 3).

Barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det. När domstolar och myndigheter behandlar fall som rör barnet ska barnet höras och barnets intresse komma i första rummet. Barnets rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet ska respekteras. (Art. 12-15)

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt avlider. (2g§ HSL)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Utbilda om barn och unga som anhöriga inom hälso-, sjuk- och tandvården	Chefer Övrig personal	Antal utbildningstillfällen Antal deltagare	2015-2016	Samrådsgruppen barnkonventionen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Göra lokala anpassningar av centrala rutiner i relation till barn som anhöriga	Verksamhetschefer Enhetschefer	Antal framtagna lokala rutiner Uppföljning av hur dessa efterföljs	2015-2017	Centrumchefer Verksamhetschefer	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Ta fram utbildningsmaterial och utbilda om hur vi bemöter och samtalar med barn inom hälso-, sjuk- och tandvården	Chefer Övrig personal	Färdigt material finns och efterfrågas Antal utbildningar Antal utbildade	2015-16	Samrådsgruppen barn-konventionen Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen

3.6 Mål 6: En hälso- sjuk- och tandvård som bjuder in barn och unga att vara delaktiga i sin egen vård.

Barnets bästa skall alltid komma i första rummet. (Art. 3).

Barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det. När domstolar och myndigheter behandlar fall som rör barnet ska barnet höras och barnets intresse komma i första rummet. Barnets rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet ska respekteras. (Art. 12-15)

Ett barn som tillhör en minoritet eller ursprungsbefolkning har rätt till sitt språk, sin kultur och religion. (Art. 30)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Ta fram bildkallelser på svenska och sydsamiska	Flickor och pojkar som patienter Föräldrar	Framtagen bildkallelse	2015	Samrådsgruppen barnkonventionen Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen
Ta fram en aktivitetsplan med mål att säkerställa barns delaktighet i sin egen vård	Vårdpersonal Flickor och pojkar som patienter Föräldrar	Framtagen aktivitetsplan	2015	Samrådsgruppen barnkonventionen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen

3.7 Mål 7: Garantera att barn drabbade av vuxnas missbruk får nödvändigt stöd inom hälso- och sjukvården

Barnet har rätt att skyddas från olaglig användning av narkotika. (art. 33)

Båda föräldrarna har gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling. Barnets bästa ska för dem komma i främsta rummet. Om föräldrar behöver stöd ska sambället se till att stöd finns att få. (art.18)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Följa upp implementeringen av hälso- och sjukvårdens riktlinjer för samverkan och stöd till blivande och nyblivna föräldrar med missbruk/ beroende av alkohol och droger implementeras	Berörd personal inom landsting och kommun	Berörd personal har kännedom om riktlinjerna	2015-16	Mödrahälsovården Barnhälsovården	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för barnkonventionen



Jämtlands Läns
Landsting

BÄST HÄLSA - UTAN VÄNTAN

VAD

Gör rätt
från början



VAD

Effektiva
flöden

Håller koll på läget
Sätter patienten först

HUR

Tar bort slöseri
Ständiga förbättringar

Genom samarbete och delaktighet

Övergripande handlingsplan mot våld i nära relation 2015-2017

Version: 2

Ansvarig: Regiondirektör

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2012-08-24	Nyutgåva	Landstingsdirektören	Ange beslutsdatum
2.	2014-10-08	Reviderad. Färre målformuleringar, ändrade aktiviteter under samtliga mål. Nytt målområde: "Motverka våld i nära relation genom preventiva insatser och behandling till våldsutövare."	Landstingsdirektören	2015-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1.1	Handlingsplanens område	4
1.1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.1.3	Regionen Jämtland Härjedalens ansvar	5
1.1.4	Tidsplan.....	6
1.1.5	Ansvarig för handlingsplanen	6
1.1.6	Definitioner	6
2	JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	7
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	8
3.1	Mål 1: Att hälso-, sjuk- och tandvårdspersonal har en kunskapsnivå, och förmåga att omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet, som möjliggör en professionell hälso- sjuk och tandvård för personer utsatta för våld i nära relation.	8
3.2	Mål 2: En fungerande vårdprocess inom hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen avseende patienter utsatta för våld i nära relation.	10
3.3	Mål 3: Motverka våld i nära relation genom preventiva insatser och behandling till våldsutövare.....	11
3.4	Mål 4: Stödja medarbetare som är utsatta för våld i nära relation.....	12
3.5	Mål 5: En väl fungerande samverkan med regionala aktörer för att kunna ge personer utsatta för våld i nära relation en professionell vård och omhändertagande.	13

1 INLEDNING

Våld i nära relation är ett hälsoproblem liksom ett jämställdhets, socialt, ekonomiskt och juridiskt problem. I och med att våldet även begränsar den våldsutsattes handlingsförmåga, makt och självtillit är det även ett demokratiskt problem.

Enligt Världsbanken är våld mot kvinnor en dominerande orsak till ohälsa, höga hälsokostnader för kvinnor och hög mödradödlighet. I Sverige dör 17 kvinnor årligen orsakat av våld från en närstående.

Region Jämtland Härjedalen har arbetat mot våld i nära relation genom kompetensförstärkande insatser, handlingsplaner, rutiner och riktlinjer i över tjugo års tid men ofta i projektform. 2009 beslutade landstingsdirektören att ta ett "hållbart omtag" på arbetet med målsättningen att arbetet skulle bedrivas inom ramen för befintlig verksamhet och inte genom tillfälliga satsningar eller projekt.

Den övergripande handlingsplanen mot våld i nära relation har till syfte att säkerställa ett strategiskt, långsiktigt arbete för att motverka våld i nära relation, både ur ett verksamhets- och ett medarbetarperspektiv. Den övergripande handlingsplanen underlättar implementeringsprocessen.

1.1.1 Handlingsplanens område

Handlingsplanen omfattar arbetet mot våld i nära relation inom Region Jämtland Härjedalen med fokus på hälso- och sjukvårdens uppdrag. Arbetet mot våld i nära relation ett prioriterat arbete. Det handlar både om att ha ett väl fungerande omhändertagande av våldsutsatta patienter inom hälso- och sjukvården samt att i samverkan med lokala, regionala och nationella aktörer ständigt lyfta och aktualisera frågan. Region Jämtland Härjedalen ska även delta i samverkan på lokal och regional nivå för att stärka det preventiva arbetet.

Handlingsplanen omfattar kompetenshöjande insatser, arbete med rutiner och dokumentation, insatser för att öka andelen medarbetare som ställer frågan om våldsutsatthet till patienter, information i väntrum och till allmänheten, kommunikationsinsatser i länet samt aktiviteter som innebär att chefer även ställer frågan till regionens medarbetare för att upptäcka våldsutsatthet.

Arbetet mot våld i nära relation drivs bland annat av styrgruppen för en jämställd och jämlik verksamhet samt samrådsgruppen mot våld i nära relation.

1.1.2 Bakomliggande beslut och mål

Det finns en mängd bakomliggande beslut och politiska målsättningar som ligger till grund för att Region Jämtland Härjedalen ska arbeta för att motverka våld i nära relation. Några av de besluten/överenskommelserna är:

1993 FN:s konvention om avskaffande av våld mot kvinnor

1995 Etiska plattformen för hälso- och sjukvården (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen)

1997 Hälso- och sjukvårdslagen 2 § ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården”

2006 Enig riksdag fattade beslut om de jämställdhetspolitiska målen där det fjärde målet lyder ”Mäns våld mot kvinnor skall upphöra”

2009 Jämtlands läns landsting undertecknar CEMR-deklarationen vars 22 artikel heter ”Könsrelaterat våld”

2010 Jämtlands läns landsting undertecknade den regionala överenskommelsen i Jämtlands läns för att motverka våld i nära relation

2011 Landstingsdirektören beslutar om att upprätta en landstingsövergripande handlingsplan mot våld i nära relation

2013 Vägledning från Socialstyrelsen avseende barn som far illa eller riskerar att fara illa

2014-2016 Landstingsplan ”Arbetet mot våld i nära relation uppmärksammas särskilt i det interna arbetet”

2014 Landstingsdirektörens verksamhetsplan, aktivitet, ”Dokumentera i journal (sökord våld) om patient utsatts för eller misstänkts ha utsatts för våld i nära relation

2014 Från och med 1 oktober, 2014 nya föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen SOSFS 2014:4 Våld i nära relation

2015-2017 Landstingsplan/Regionplan ”Arbetet mot våld i nära relation ska vara ett prioriterat område. [...]”

1.1.3 Regionen Jämtland Härjedalens ansvar

Hälso-, sjuk- och tandvården har ett stort ansvar att upptäcka och identifiera våldsutsatta kvinnor, män, flickor och pojkar. Ibland är vården den enda myndighet som våldsutsatta har kontakt med. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården

Våldsutsatta kan komma akut till hälso-, sjuk och tandvården men kan också söka vården av indirekta anledningar. Hälso- och sjukvården utsätts för våld och kan ge symptom såsom smärta, depressioner, ångest, gynekologiska besvär eller huvudvärk. Där har hälso-, sjuk- och tandvården en viktig roll att upptäcka och identifiera patienter som är våldsutsatta och erbjuda en god vård och vid behov hänvisa till andra myndigheter för stöd och hjälp.

Region Jämtland Härjedalen ska även leva upp till den nationella överenskommelsen avseende Sjukskrivningsmiljarden som också omfattar arbetet med en jämställd sjukskrivningsprocess där krav på åtgärder avseende patienter utsatta för våld i nära relation omfattas och då i koppling mot sjukskrivningsprocessen.

Från och med 1 oktober 2014 gäller SOSFS 2014:4 Våld i nära relation som tydliggör hälso- och sjukvårdens ansvar för våldsutsatta kvinnor, män, flickor och pojkar.

1.1.4 Tidsplan

Handlingsplanen avser perioden 2015-2017. Aktiviteterna är rangordnade utifrån vilket år de ska genomföras.

1.1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Ansvarig för att handlingsplanen hålls aktuell samt revideras vid behov är styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet.

1.1.6 Definitioner

Normaliseringsprocessen

Normaliseringsprocessen innebär kortfattat att våldet i relationen normaliseras, både av den som utsätter sin partner för våldet och den som är våldsutsatt. Relationen inleds ofta med förälskelse och det som i början kan ses som "gullig svartsjuka" övergår efter ett tag till begränsningar i den våldsutsattes livsutrymme. Under normaliseringen av våldet förskjuts gränserna och det som från början kunde ses som fullständigt oacceptabelt i en relation blir efter ett tag en del av vardagen. Den våldsutsatte utvecklar strategier för att undvika våldet.

Sekundär traumatisering

Sekundär traumatisering innebär att professionella, som själva inte har varit utsatta för trauma, genom att lyssna på vad andra har varit med om kan få reaktioner som liknar den våldsutsattes.

Våld i nära relation

Med våld i en nära relation menas alla typer av våld som kan förekomma mellan närstående i heterosexuella och samkönade relationer samt det våld som kan förekomma inom familje-, släkt- och syskonrelationer. Starka och känslomässiga band till förövaren är det som är kännetecknande

vilket också försvårar både möjligheten till motstånd samt uppbrott. Mest vanligt är att våldet sker i offrets egen bostad och att det accelererar ju längre relationen pågår. Våld i nära relation kan vara såväl fysisk som psykisk, sexuellt och materiellt.

2 JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Handlingsplanens ansvarsområde är våld i nära relation vilket är ett av delmålen i den nationella jämställdhetspolitiken. Under arbetet med handlingsplanen har hänsyn tagits till de behov som har lyfts fram i organisationen, genom samrådsgruppen mot våld i nära relation, för att arbetet ska utvecklas och att regionen ska kunna ge en god och professionell vård till våldsutsatta som kontakter hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen. Arbetet har ett tydligt fokus på upptäckt, identifikation av våldsutsatta och att ge en god vård men det finns även aktiviteter som har till avsikt att vara förebyggande vilket i hög utsträckning innebär att arbeta med normer och maskulinitet vilket också tydliggör jämställdhetsperspektivet i arbetet.

Om det finns barn i de hem där våld förekommer innebär det att även barnet bär med sig erfarenheter av våld, detta även om inte barnet själv är direkt utsatt för fysiskt, psykiskt, sexuellt eller materiellt våld. Av den anledningen är det en skyldighet att ställa frågan om det finns barn i familjen när våldsutsatta kvinnor och män identifieras inom hälso- och sjukvården. Genom att arbeta för att motverka våld i nära relation stärks även barnets rätt till en god hälsa och sociala rättigheter. Barn och ungdomar har inte direkt tillfrågats vid arbetet med handlingsplanen däremot finns aktiviteter som involverar medarbetare vid bland annat Ungdomsmottagningen och Barn- och ungdomspsykiatrien. Handlingsplanen innehåller ett par särskilda aktiviteter för att säkerställa barnperspektivet i arbetet.

En del av aktiviteterna i handlingsplanen kommer att påverka regionens koldioxidutsläpp. Detta gäller resor som behöver göras i samband med vissa utbildningssatsningar. För att försöka minska utsläppen ska tåg som färdmedel för landstingets egna medarbetare liksom bilar drivna av biogas väljas i första hand.

Arbetet mot våld i nära relation bedöms ge positiva effekter på verksamheten och för länets invånare. Arbetet sker i enlighet med gällande politiska ambitioner, lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd, nationella överenskommelser och interna styrdokument. Det finns inga behov av organisationsförändringar. Det kan komma att påverka personella resurser när det gäller utbildningssatsningar och att bygga upp en egen utbildarorganisation. Arbetet bedöms inte ge några negativa effekter på varken lokaler, utrustning eller ekonomin.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Mål 1: Att hälso-, sjuk- och tandvårdspersonal har en kunskapsnivå, och förmåga att omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet, som möjliggör en professionell hälso- sjuk och tandvård för personer utsatta för våld i nära relation.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Upprätta en utbildarorganisation inom hälso- och sjukvården med fokus på arbetet mot våld i nära relation	De medarbetare som ska ingå i utbildargruppen	Antal utbildade utbildare Målvärde: Fyra utbildare	2015	Berörda enhetschefer Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Genomför en halvdagsutbildning om våld i nära relation	Samtliga medarbetare	Antal utbildningstillfällen Antal utbildade Målvärde: En utbildning med sammantaget 100 deltagare	2015	Utbildargruppen Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Genomför en fördjupad utbildning om våld i nära relationer till kuratorerna inom primärvårdens psykosociala enheter	Medarbetare inom psykosociala enheterna	Antal utbildare. Målvärde: 70 % av medarbetarna	2015	Samrådsgruppen mot våld i nära relation i samverkan med samordnaren för länets psykosociala enheter	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Arbeta fram en webbaserad utbildning om normaliseringsprocessen, särskilt utsatta grupper, att ställa frågan om våld och hälso- och sjukvårdens	Samtliga medarbetare	Framtagen utbildning Antal medarbetare som genomgått utbildningen Målvärde 2016: 50 medarbetare Målvärde 2017: 75	2015 2016 2017	Samrådsgruppen mot våld i nära relation Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
rutiner inom området		medarbetare			
Nyhetsbrev om aktualiteter inom området våld i nära relation	Samtliga medarbetare	Utskick max två gånger per år	2015 2016 2017	Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Årlig kunskapshöjande workshop i samverkan med regionala aktörer	Samtliga medarbetare	Antal deltagare från landstinget Målvärde: 50 medarbetare	2015 2016 2017	Styrgruppen för myndighetssamverkan mot våld i nära relation, Jämtlands län	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Genomföra en heldagsutbildning om våld i nära relation med fokus på kvinnor med funktionsnedsättning samt äldre kvinnor	Samtliga medarbetare	Genomförd utbildning Antal utbildade Målvärde: 100 medarbetare	2016	Samrådsgruppen mot våld i nära relation Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Utbildning för chefer i sekundär traumatisering	Chefer inom primärvården	Antal utbildade Målvärde: 50 % av cheferna	2016	Verksamhetschefer inom primärvården Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Genomföra två halvdagsutbildningar per år om våld i nära relation från och med 2016	Samtliga medarbetare	Antal utbildningstillfällen Antal utbildade Målvärde: minst 30 deltagare per tillfälle	2016 2017	Utbildargruppen Samrådsgruppen mot våld i nära relation Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet

3.2 Mål 2: En fungerande vårdprocess inom hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen avseende patienter utsatta för våld i nära relation.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Ställa frågan om utsatthet för våld i nära relation utifrån gällande dokumentationsrutin	Patienter som uppvisar symptom i enlighet med dokumentationsrutin	Antal gånger sökordet VÅLD används vid dokumentation Målvärde 2015: 1500 gånger Målvärde 2016: 1750 gånger Målvärde 2017: 2000 gånger	Följs upp årligen	Respektive verksamhetschef	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Införa samma mall för våldsutsatthet i cosmic som Akademiska tillämpar	Medarbetare i patientnära verksamhet	Införd mall	2015	Staben för IT och e-hälsa Samrådsgruppen mot våld i nära relation	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Synliggöra Kvinnohälsans nya uppdrag med våldsutsatta patienter	Medarbetare som möter våldsutsatta patienter	Antal kommunikationsinsatser	2015	Centrum för barn, kvinna, psykiatri Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Föreläsning om våld i nära relation och aktuella landstingsövergripande rutiner för AT-läkarna	AT-läkarna	Antal deltagare	Vartannat år från och med 2015	Studierektorer Samrådsgruppen mot våld i nära relation	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Information i väntrum om att frågan om våld i nära relation kan komma att ställas under besöket	Allmänheten	Framtagen information	2015	Hälso- och sjukvårdsstaben Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Tydliggöra hur barn utsatta för ska dokumenteras i aktuell dokumentationsrutin	Medarbetare i patientnära verksamhet	Framtagen rutin	2015	Samrådsgruppen mot våld i nära relation i samverkan med andra aktörer	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Handledning inom hälso- och sjukvården för de medarbetare som återkommande möter patienter utsatta för våld i nära relation	Medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen som regelbundet möter patienter utsatta för våld i nära relation	Antal handledare Antal medarbetare som får handledning	2016	Samrådsgruppen mot våld i nära relation Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Hålla Region Jämtland Härjedalens hemsidor, utsida och insida, om våld i nära relation uppdaterad	Allmänheten och medarbetare	Antal besökare	2015-2017	Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet

3.3 Mål 3: Motverka våld i nära relation genom preventiva insatser och behandling till våldsutövare.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Genomföra en översyn av vilka metoder som finns för att motverka våld i nära relation samt vilka metoder som finns för att behandla våldsutövare	Medarbetare	Genomförd översyn	2015	Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet

Inrätta en arbetsgrupp för att se över möjligheten att starta upp en ny verksamhet för behandling av våldsutövare samt preventiva insatser	Invånare som är i riskzonen för att utöva våld Våldsutövare	Arbetet som skett i arbetsgruppen	2015 2016	Hälso- och sjukvårdsstaben Verksamhetschefer inom psykiatri	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
--	--	-----------------------------------	--------------	--	---

3.4 Mål 4: Stödja medarbetare som är utsatta för våld i nära relation.

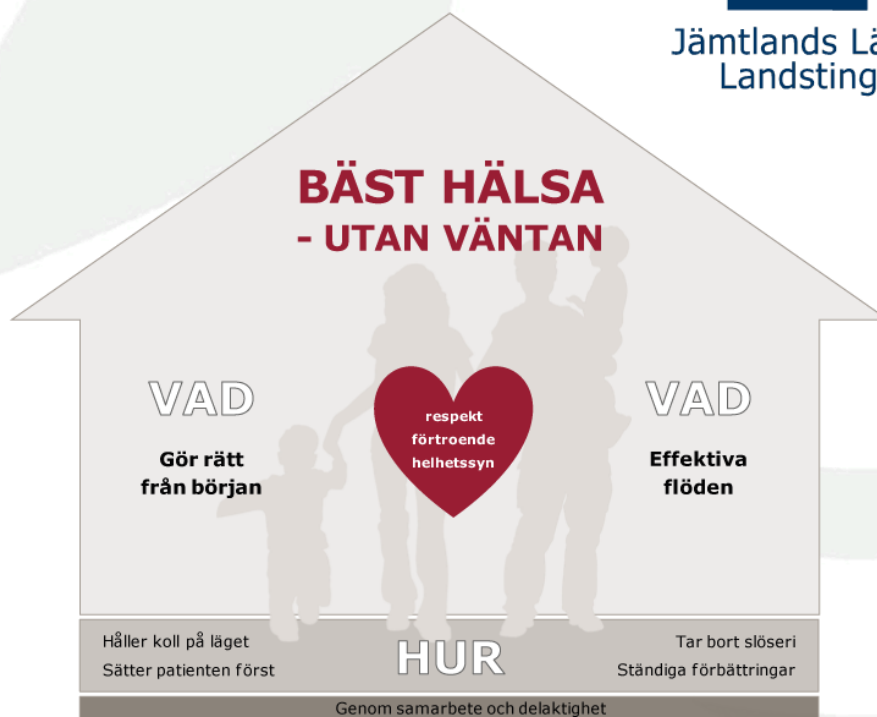
Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Utbildningsinsatser om att ställa frågan om våld i nära relation (utsatt eller utsätter) som en del av medarbetarsamtalet	Samtliga chefer	Antal utbildningar Antal deltagare	2016	Personalstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Implementera ovanstående riktlinjer	Samtliga chefer	Antal implementeringsinsatser	2015 2016	Personalstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet

3.5 Mål 5: En väl fungerande samverkan med regionala aktörer för att kunna ge personer utsatta för våld i nära relation en professionell vård och omhändertagande.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal/Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Utveckla samverkan med hälso- och sjukvårdens representanter i Barn som far illa-gruppen	Representanter i Barn som far illa-gruppen och samrådsgruppen mot våld i nära relation	Antal gemensamma aktiviteter	2015	Samrådsgruppen mot våld i nära relation	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Medverka till att Jämtlands län har en professionell och kvalitativ hemsida avseende våld i nära relation	Invånare i Jämtlands län	Lanserad hemsida Målvärde: 500 besökare första året	2015	Hälso- och sjukvårdsstaben Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Delta i Jämtlands läns kontakt persons nätverk mot våld i nära relationer	Representanter i den lokala samverkansgruppen	Deltagande på antal möten Målvärde: 80 % av mötena	2015-2017	Enhetschef för Kvinnohälsan	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Regelbunden avstämning med centrum mot våld och polisen	Styrelsen för centrum mot våld och polismyndighetens representant	Deltagande på antal möten Målvärde: 80 % av mötena	2015-2017	Enhetschef för Kvinnohälsan Hälso- och sjukvårdsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Medverka i det fortsatta länsövergripande kommunikationsarbetet mot våld i nära relation	Invånare i Jämtlands län	Deltagande på antal möten Målvärde: 60 % av mötena	2015-2017	Hälso- och sjukvårdsstaben Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet
Delta i styrgruppen för myndighetssamverkan mot våld i nära relation	Personer utsatta för våld i nära relation	Deltagande på antal möten Målvärde: 80 % av mötena	2015-2017	Regiondirektören	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet



Jämtlands Läns
Landsting



Övergripande handlingsplan för arbetet med nationella minoriteter 2015-2017

Version: 1

Ansvarig: Regiondirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-10	Nyutgåva	Landstings direktören	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	4
1.1 Handlingsplanens område	4
1.2 Bakomliggande beslut och mål	5
1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar.....	5
1.4 Tidsplan	5
1.5 Ansvarig för handlingsplanen.....	5
1.6 Definitioner	5
2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS. 7	
3 MÅL OCH AKTIVITETER.....	8
3.1 Mål 1: Beslutsfattare och medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen får ökad kunskap och förståelse för de nationella minoriteternas rättigheter	8
3.2 Mål 2: En tillgänglig och mer flexibel vård som bidrar till att stärka benägenheten att söka vård bland nationella minoritetsgrupper.	8
3.3 Mål 3: Ett adekvat bemötande och omhändertagande av svårt sjuka patienter, avlidna patienter, samt deras närstående tillhörande någon av de nationella minoriteterna i Sverige.....	9
3.4 Mål 4: Hälso- och sjukvården har stärkta möjligheter att möta samiska patienter.	10
3.5 Mål 5: Ökade möjligheter för patienter / besökare att möta samt kunna använda nationella minoritetsspråk när de besöker hälso- och sjukvården.....	11
3.6 Mål 6: Strömsunds Hälsocentral utvecklas med målet att kunna erbjuda regionen en förstärkt kompetens i frågor som rör samisk hälsa och kultur.....	12

1. INLEDNING

Jämtlands läns landsting påbörjade sitt arbete med att säkerställa rättigheterna för Sveriges nationella minoriteter år 2010. Genom arbetet ska tillgängligheten till hälso- och sjukvården förbättras för personer som tillhör någon av de nationella minoritetsgrupperna. Landstinget valde att göra förstärkta satsningar i relation till den samiska befolkningen. Det innebär en ökad förståelse för den samiska kulturen hos hälso- och sjukvårdspersonal samt ett förbättrat bemötande av samer och samiska patienter.

Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724) beskriver de skyldigheter som Region Jämtland Härjedalen har inom detta område.

Region Jämtland Härjedalen samråder regelbundet med samiska representanter i en samrådsgrupp.

Region Jämtland Härjedalen tilldelas årligen 250 000 kronor från staten som ska täcka upp de extra kostnader som lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk ger regionen.

1.1 Handlingsplanens område

Region Jämtland Härjedalen ska uppfylla lagstiftningen i relation till samtliga nationella minoriteter, men har dessutom valt att göra förstärkta satsningar i relation till den samiska befolkningen i länet. Med utgångspunkt i identifierade behov läggs särskilt fokus på att stärka primärvården och psykiatri i relation till samiska patienter.

Handlingsplanen fokuserar i huvudsak på följande två områden:

1. Kompetenshöjande insatser vad gäller samisk hälsa och kultur. Forskning visar att samerna generellt har lågt förtroende för hälso- och sjukvården, vilket bland annat beror på att vården uppvisar brister i bemötandet av samiska patienter. Denna handlingsplan innehåller ett flertal aktiviteter som syftar till att höja vårdpersonalens kompetens vad gäller samisk kultur och hälsa. Det samarbetsavtal med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern) som tas fram år 2014 blir centralt för detta arbete.
2. Ökade möjligheter för de nationella minoriteterna att möta och använda sina respektive språk när de besöker hälso- och sjukvården. Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk ger personer som tillhör de nationella minoritetsgrupperna rättigheter vad gäller möjligheten att få använda sitt språk i kontakt med myndigheter. Lagen ställer också krav på myndigheter att främja minoritetskulturernas och minoritetsspråkens fortlevnad, i synnerhet i relation till barn och unga. Region Jämtland Härjedalen har framtagna riktlinjer för hur skyltning på sydsamiska ska genomföras. Under 2014 tar regionen fram material som ska möjliggöra för samiska barn och deras föräldrar att få genomföra utvecklingskontroller inom BHV med integrerad sydsamiska. Dessutom utvecklas insatserna för att kunna erbjuda de nationella minoriteterna en hälso- och sjukvård där deras respektive språk är gångbara.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Regionen har till ansvar att ge ett adekvat medicinskt och psykosocialt omhändertagande till alla som söker vård. Hälso- och sjukvårdslagen tydliggör detta under paragraf två som säger:

- 2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.
- 2a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt
1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
 2. vara lätt tillgänglig
 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

För att stärka skyddet för nationella minoriteter är det även reglerat i lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724) att enskilda har rätt att använda finska, meänkieli respektive samiska vid muntliga och skriftliga kontakter med en förvaltningsmyndighet. Hälso- och sjukvården ses som en förvaltningsmyndighet. Auktoriserade tolkar ska användas.

Det allmänna har även ett stort ansvar för att skydda och främja de nationella minoritetsspråken, vilket regleras i språklagen (2009:600). Där finns även fastslaget det allmännas ansvar att främja de nationella minoriteternas möjligheter att behålla och utveckla sin kultur i Sverige liksom att barns utveckling av en kulturell identitet och användning av det egna minoritetsspråket särskilt ska främjas.

1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar

Region Jämtland Härjedalens ansvar tydliggörs i avsnitt 1.2.

1.4 Tidsplan

Handlingsplanen gäller för perioden 2015-2017.

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet ansvarar för att handlingsplanen är aktuell och revideras vid behov.

1.6 Definitioner

I Sverige krävs nedanstående kriterier för att räknas som tillhörande en nationell minoritet:

- En religiös, traditionell, språklig och/eller kulturell tillhörighet
- En vilja och strävan att behålla sin identitet
- Historiska eller långvariga band med Sverige

Sveriges nationella minoriteter är samer (som även har ställning som urfolk), sverigefinnar, romer, judar och tornedalingar som uppfyller dessa kriterier. Det är svårt att beräkna exakt hur många som tillhör de olika nationella minoriteterna i Sverige idag. Det beror på att Sverige inte för statistik utifrån etnisk tillhörighet. Den så kallade självidentifikationsprincipen innebär att varje enskild person själv avgör hen tillhör någon eller några av de nationella minoriteterna.

2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Handlingsplanens utgångspunkt är att vården ska vara jämlik, vilket innebär att ett överordnat mål för handlingsplanen är att verka för att personer (kvinnor och män, flickor och pojkar) som tillhör någon av de nationella minoriteterna får en vård och ett bemötande som är likvärdigt det som övriga patienter får.

Region Jämtland Härjedalen samråder med samiska representanter och handlingsplanen omfattar också kartläggning av de nationella minoriteternas behov och önskemål i relation till regionens ansvarsområden. I samråd, liksom vid inhämtning av information kring behov, är det viktigt att både män och kvinnor ur de nationella minoritetsgrupperna ges möjlighet att lämna synpunkter.

Hälso- och sjukvårdens arbete har i viss utsträckning renskötande samer som prioriterad grupp vilket riskerar dölja sådana behov som kan finnas bland samiska kvinnor. Ett delsyfte med den planlagda inventeringen är därför att fånga in ett bredare spektra av behov och önskemål, från både kvinnor och män, ur den samiska befolkningen liksom från övriga nationella minoritetsgrupper.

Barn som tillhör ursprungsbefolkningar eller minoritetsfolk har ett särskilt skydd enligt barnkonventionens artikel 30. Detta lyder: "Ett barn som tillhör en minoritet eller ursprungsbefolkning har rätt till sitt språk, sin kultur och religion."

Handlingsplanen har ett genomtänkt barnperspektiv som innebär att:

- 1) barns och ungas bästa sätts i främsta rummet,
- 2) barns och ungas sociala och kulturella rättigheter beaktas,
- 3) barns och ungas rätt till en god hälsa och utveckling beaktas,

Handlingsplanens genomförande innebär mycket liten miljöpåverkan och medför ingen ökad mängd avfall, inga utsläpp, inga kemikalier, inget ökat behov av energianvändning, inga ökade transporter och inga utsläpp av skadliga ämnen.

Region Jämtland Härjedalen erhåller ett årligt statsbidrag om 250 000 SEK för att genomföra det merarbete som lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk medför. Denna summa förväntas täcka sådana kostnader som denna handlingsplan kan ge upphov till och som inte regionen är skyldiga att genomföra genom annan lagstiftning.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Mål 1: Beslutsfattare och medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen får ökad kunskap och förståelse för de nationella minoriteternas rättigheter .

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Ta fram informations- och utbildningsmaterial om de nationella minoriteternas rättigheter	Chefer Övrig personal	Framtaget material	2015	Samrådsgruppen för arbetet men nationella minoriteter Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Utbildning och information om de nationella minoriteternas rättigheter	Chefer Övrig personal	Antal utbildningar Antal utbildade	2015-2016	Samrådsgruppen för arbetet men nationella minoriteter	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

3.2 Mål 2: En tillgänglig och mer flexibel vård som bidrar till att stärka benägenheten att söka vård bland nationella minoritetsgrupper.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Utreda möjligheten för samiska patienter att lista sig på två hälsocentraler, även över länsgränserna	Samiska patienter	Genomförd utredning	2016	Planerings- och beställarstaben Samrådsgruppen för arbetet med nationella minoriteter	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Inventering av de nationella minoriteternas behov gentemot hälso- och sjukvården	Kvinnor och män tillhörande de nationella minoriteterna i regionen	Genomförd och analyserad inventering	2016	Samrådsgruppen för arbetet med nationella minoriteter	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

3.3 Mål 3: Ett adekvat bemötande och omhändertagande av svårt sjuka patienter, avlidna patienter, samt deras närstående tillhörande någon av de nationella minoriteterna i Sverige.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Inventera behov och önskemål kring den palliativa vården	De nationella minoriteterna	Genomförd inventering	2016	Samrådsgruppen för arbetet med nationella minoriteter	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Sammanställning och/eller framtagande av vägledningsmaterial för vård i livets slutskede av patienter som tillhör de nationella minoriteterna	De nationella minoriteterna	Framtaget eller reviderat material	2016	Samrådsgruppen nationella minoriteter Storsjögläntan	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Sammanställning av befintliga symboler som används vid visning av avlidna och vid behov komplettera så att de	De nationella minoriteterna	Färdigställd sammanställning	2016	Patologen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
är lämpliga även utifrån de nationella minoriteternas önskemål						

3.4 Mål 4: Hälso- och sjukvården har stärkta möjligheter att möta samiska patienter.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Utbilda relevanta personalgrupper i samisk kultur och hälsa.	Chefer Övrig personal	Antal utbildningar Antal utbildade	2015	Samrådsgruppen nationella minoriteter	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Informera om och verka för att möjligheten till auskultation vid SANKS nyttjas	Chefer Övrig personal	Antal auskultanter	2015-2017	Samrådsgruppen nationella minoriteter Centrum- och verksamhetschefer	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Informera om och verka för att ST-läkare randar sig för tjänstgöring vid SANKS	ST-läkare	Antal ST-läkare som utbildar sig vid SANKS	2015-2017	Samrådsgruppen för nationella minoriteter Läkarutbildningen	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

3.5 Mål 5: Ökade möjligheter för patienter / besökare att möta samt kunna använda nationella minoritetsspråk när de besöker hälso- och sjukvården

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Extern informationskampanj om rättighetslagstiftningen	De nationella minoriteterna	Genomförd informationskampanj	2015	Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Inventering av språkkompetens/ kulturkompetens hos regionens anställda	Medarbetare	Genomförd inventering	2016	Samrådsgruppen för nationella minoriteter Personalstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Säkerställa att tolktjänster finns att tillgå	De nationella minoriteterna	Upphandlad tjänst		Planerings- och beställarstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Säkerställa att information på nationella minoritetsspråk kan nås via regionen webb	De nationella minoriteterna	Tillgänglig information	2015	Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Översätta vissa regionala delar av 1177.se till nationella minoritetsspråk	De nationella minoriteterna	Publicerade översättningar	2016	Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Följa upp skyltrutinen		Genomförd uppföljning	2015 och 2017	Samrådsgruppen för nationella minoriteter Fastighetsenheten	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Följa upp införandet av utvecklingskontroller inom	Barnhälsovården Samiska barn och deras familjer	Genomförd uppföljning	2016-2017	Samrådsgruppen för nationella minoriteter Barnhälsovården	Styrgruppen för jämställd och jämlik	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
BHV på sydsamiska					verksamhet	minoriteter
Bildkallelser på sydsamiska	Samiska barn och deras familjer	Framtagen bildkallelse	2015	Samrådsgruppen för barnkonventionen Kommunikationsstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

3.6 Mål 6: Strömsunds Hälsocentral utvecklas med målet att kunna erbjuda regionen en förstärkt kompetens i frågor som rör samisk hälsa och kultur

Detta utvecklingsarbete sker i samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen, Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS) och Västerbottens läns landsting.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Utveckla tillgängligheten till vården för samiska patienter	Samerna Personal vid Strömsunds HC Annan berörd personal	Framtagen aktivitetsplan Uppföljning av aktivitetsplan	2015-2017	Centrum för primärvård	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Ett samiskt brukarråd inrättas under utvecklingsfasen	Samerna	Formaliserade och genomförda brukarmöten	2015-2017	Strömsunds HC	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Samisk språk- och kulturkompetens beaktas vid nyrekryteringar	Personal vid Strömsunds HC	Antal anställda med samisk språk- och/eller kulturkompetens	2015-2017	Centrum för primärvård Personalstaben	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
All personal på hälsocentralen utbildas inom området samisk kultur och hälsa	All personal på Strömsunds HC	Antal utbildade	2015	Centrum för primärvård	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Särskilda kompetenshöjande satsningar för utvalda yrkesgrupper	Vårdpersonal på Strömsunds HC	Antal anställda med särskild samisk kompetens	2015-2017	Centrum för primärvård	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Sydsamisk skyltning genomförs för nivå 1-3 enligt Region Jämtland Härjedalens riktlinjer för dubbelskytning	Samerna	Genomförd dubbelskytning nivå 1-3	2015-16	Fastighetsenheten	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter
Hälsocentralen inreds med den samiska kulturen som tema	Samerna		2015-16	Fastighetsenheten Strömsunds HC	Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Utvecklingsstrateg för arbetet med nationella minoriteter



Jämtlands Läns
Landsting

BÄST HÄLSA - UTAN VÄNTAN

VAD

Gör rätt
från början



VAD

Effektiva
flöden

Håller koll på läget
Sätter patienten först

HUR

Tar bort slöseri
Ständiga förbättringar

Genom samarbete och delaktighet

Övergripande handlingsplan för Tillgänglighet 2014

Version: 1

Ansvarig: Landstingsdirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2012-12-17	Nyutgåva		
2.	2013-01-15	Reviderad version		
3.	2013-01-25	Reviderad version		
4.	2013-02-21	Reviderad version	Hälso- och sjukvårdsdirektör	2013-02-25
5.	2014-02-17	Reviderad version	Hälso- och sjukvårdsdirektör	2014-02-17
6.	2014-07-03	Reviderad version	Hälso- och sjukvårdsdirektör	2014-07-03
			Landstingsdirektör	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1.1	Handlingsplanens område	4
1.1.2	Bakomliggande beslut och mål	5
1.1.3	Landstingets ansvar	5
1.1.4	3. Tidsplan	6
1.1.5	Ansvarig för handlingsplanen	6
2	JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	6
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	7
3.1	Mål 1: Vårdgarantin och arbetet för en långsiktigt hållbar tillgänglighet är ett prioriterat område hos samtliga ledningar på alla nivåer inom landstinget. All framtagna statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagna statistik analyseras ur ett könsperspektiv	7
3.2	Mål 2: Genomgång och uppföljning av aktuella medicinska indikatorer i syfte att ge jämlik vård. 100 % måluppfyllelse.	9
3.3	Mål 3: Följsamhet till nationella tillämpningsanvisningar som syftar till att uppnå vårdgarantin. 100 % måluppfyllelse.....	10
3.4	Mål 4: Rapportera väntande och faktiska väntetider enligt SKL´s riktlinjer. Minst 95 % inrapporterat varje månad.....	11
3.5	Mål 5: Det ska bli lättare att följa patientens kontakter med vården för att öka tillgängligheten för patienterna.	15
3.6	Mål 6: Fortsatt utveckling av informationen om och inrapporteringen av väntetidsdata. 95 % inrapportering av data månatligen.	18
3.7	Mål 7: Förbättrad produktions- och kapacitetsplanering, med tillgänglighet i fokus. En mer detaljerad aktivitetsplan finns framtagna för detta målområde.....	19
3.8	Mål 8: Identifiera och utveckla landstingets vårdprocesser.	21

1 INLEDNING

Från och med 1 juli 2010 är vårdgarantin en del av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). I förordningen (2010:349) om vårdgaranti fastställs tidsperioderna för vårdgarantin.

Vårdgarantin slår fast att:

- 0 - Invånarna ska få kontakt med primärvården i telefon eller på plats samma dag.
- 7 - Bedömer primärvården att patienten behöver läkarkontakt ska sådant besök erbjudas inom högst sju dagar.
- 90 - Om patienten efter medicinsk bedömning av distriktsläkare, som är specialist i allmänmedicin, behöver besöka den specialiserade vården, ska han/hon få en tid där så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet om remiss.
- 90 - Om man inom den specialiserade vården bedömer att patienten behöver behandling, ska behandling erbjudas så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet

Målvärdet är 100% i samtliga av vårdgarantins mätområden.

I förordningen regleras även vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att en patient ska anses vara frivilligt väntande, samt landstingens rapporteringsskyldigheter.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har varje år sedan hösten 2008 slutit separata överenskommelser om en prestationsbaserad modell, i syfte att få en fungerande vårdgaranti.

Överenskommelsen om en prestationsbaserad ersättning för tillgänglighetsarbetet i hälso- och sjukvården för 2014 syftar till att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka tillgänglighetsarbetet i landstingen. Överenskommelsen reglerar vilka grund- och prestationskrav som ska uppfyllas för att ta del av stimulansmedlen

1.1.1 Handlingsplanens område

För att nå en hållbar tillgänglighet krävs ett fortsatt förbättringsarbete. Det nationellt och lokalt samordnade stödet till, och informationen kring, tillgänglighetsarbetets samtliga etablerade förbättringsområden för att uppnå och bibehålla en god tillgänglighet kommer att fortsätta.

Framgångsfaktor för att nå en hållbar tillgänglighet är att:

- Skapa underlag och förutsättningar för gemensamma medicinska indikationer
- Utveckla bättre rutiner för remisshantering, schemaläggning och bokningssystem
- Utveckla system för aktuella väntelistor med en genomtänkt produktions- och kapacitetsplanering
- Utveckla och kvalitetssäkra uppföljningen av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen
- Genomföra informations- och kommunikationsinsatser till medarbetare, patienter och medborgare
- Ett ständigt pågående systematiskt förbättringsarbete för att skapa bättre flyt i vården

1.1.2 Bakomliggande beslut och mål

Målbilden för det nationella och lokala arbetet för en god tillgänglighet har beskrivits i form av sju stöd- och utvecklingsområden. En hållbar lösning kräver ett samspel av insatser inom alla dessa områden – med den ansvariga ledningen som en given pådrivande och sammanhållande kraft



”God vård” innebär en patientfokuserad, säker, kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård som ges i rimlig tid. Det är av stor betydelse för såväl den enskilde medborgaren som för hälso- och sjukvårdens ledning hur arbetet med God Vård utvecklas, säkras och organiseras.

Om vårdgarantins intentioner och de senaste årens arbete för en förbättrad tillgänglighet ska nå sitt mål, krävs ledningens stöd och styrning, ledning och systematisk uppföljning från samtliga politiska och administrativa nivåer.

Om tillgängligheten dessutom ska fungera långsiktigt, och bli en integrerad del av det övergripande arbetet för en ”God vård”, räcker det inte med enstaka förbättringsarbeten i den patientnära vården och insatser från enstaka eldsjälär.

1.1.3 Landstingets ansvar

Överenskommelsen om en prestationsbaserad ersättning för tillgänglighetsarbetet i hälso- och sjukvården för 2014 syftar till att genom ekonomiska incitament uppmuntra och stärka tillgänglighetsarbetet inom landstingen

Satsningen 2014 ska främst ses som en stimulansåtgärd för att landstingen skall uppnå en ytterligare förbättrad tillgänglighet. Överenskommelsen för 2014 bygger vidare på motsvarande överenskommelser som slöts mellan parterna för åren 2009 – 2013.

Under 2014 ska Jämtlands läns landsting uppfylla följande grundläggande krav för att få ta del av stimulansmedlen.

1. Svansfrekvensen för rapportering av väntande och faktisk väntetid till den nationella väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent varje månad, under årets alla månader. Rapporteringen av faktiska väntetider ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser.
2. Rapporteringen ska göras i enlighet med de riktlinjer som SKL sätter upp för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Enligt förteckning för utökat vårdutbud och revidering av åtgärdskod och diagnoskod, daterad januari 2014.
3. Andelen patienter som har väntat 60 dagar eller kortare på första besök respektive behandling ska uppgå till minst 70 % för respektive mätperiod.

4. Landstingen ska månadsvis redovisa ledtider för bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med de riktlinjer som SKL sätter upp för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen

5. Landstingen ska från och med januari 2014 månadsvis redovisa uppföljning av återbesök inom planerad specialiserad vård. Rapportering ska göras i enlighet med de riktlinjer som SKL sätter upp för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen.

När grund- och prestationsbaserad krav är uppfyllda får Jämtlands läns landsting ta del av stimulansmedel utifrån en framtagna beräkningsnyckel

1.1.4 3. Tidsplan

2014-01-01 -- 2014-12-31

1.1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Hälso- och sjukvårdsdirektören är ansvarig för handlingsplanen. Samordnare för väntetider i vården ansvarar för att innehållet i handlingsplanen hålls aktuellt samt reviderar vid behov..

2 JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Aktiviteterna i handlingsplanen bidrar till landstingets arbete med en jämställd hälso- och sjukvård som det uttrycks i landstingsplanens/regionplanens verksamhetsidé.

Region Jämtland Härjedalen ska tillhandahålla en tillgänglig och god vård som ges efter behov och på lika villkor för kvinnor, män, flickor och pojkar.

Under 2014 kommer det att bli möjligt att ta fram könsuppdelad statistik för väntande och genomförda besök och behandlingar. Det i sin tur ger ett underlag för att analysera om det finns osakliga skillnader mellan kvinnor, män, flickor och pojkar i materialet om tillgänglighet.

En konsekvens av detta kan vara att det krävs ytterligare arbetstimmar för analysarbete eller en tydlig prioritering av uppgiften.

Den miljöpåverkan aktiviteterna i planen kan ge upphov till är ett ökat antal resor för de teammedlemmar som ska delta i ett nationellt förbättringsarbete ””Bättre flöde i vården”

Begränsad tillgänglighet inom region Jämtland Härjedalen innebär att medborgare till viss del får sina åtgärder genomförda i ett annat landsting/annan region vilket bidrar till utsläpp av klimatpåverkande gaser.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

Målvärdet är 100% i samtliga av vårdgarantins mätområden.

3.1 Mål 1: Vårdgarantin och arbetet för en långsiktigt hållbar tillgänglighet är ett prioriterat område hos samtliga ledningar på alla nivåer inom landstinget. All framtagna statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagna statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Regelbundet följa upp vårdgarantin	Linjechefer i hälso- och sjukvård	0, 7, 90, 90 dagar enligt vårdgarantin	Varje månad	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarenheten.	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i respektive centrum samt landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor
Följa upp och genomföra åtgärder för en hållbar tillgänglighet .	Verksamhetschefer i hälso- och sjukvård	0, 7, 90, 90 dagar enligt vårdgarantin	Varje månad	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i respektive centrum samt landstingets samordnare för

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Framtagen statistik ska analyseras ur ett könsperspektiv				specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarenheten		tillgänglighetsfrågor
Tvärprofessionella grupper diskuterar vårdgarantins genomförande	Alla medarbetare	0, 7, 90, 90 dagar enligt vårdgarantin	Varje månad	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarenheten.	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i respektive centrum samt landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor

3.2 Mål 2: Genomgång och uppföljning av aktuella medicinska indikatorer i syfte att ge jämlik vård. 100 % måluppfyllelse.

All framtagen statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagen statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Uppdaterad sammanställning av arbetet med nationella indikatorer	Berörda centrumchefer	% i vilken omfattning de används i Region Jämtland Härjedalen	1 gång/år, till årsbokslut	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarenheten	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingsöverläkare

3.3 Mål 3: Följsamhet till nationella tillämpningsanvisningar som syftar till att uppnå vårdgarantin. 100 % måluppfyllelse.

All framtagen statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagen statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Revidera riktlinjer, rutiner och information enligt nationella överenskomna anvisningar	Alla medarbetare	Ja eller Nej - finns, finns inte	Revideras årligen	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarstaben	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i respektive centrum samt landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor

3.4 Mål 4: Rapportera väntande och faktiska väntetider enligt SKL´s riktlinjer. Minst 95 % inrapporterat varje månad.

All framtagna statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagna statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Uppföljning och kvalitetssäkring av data för väntande till nybesök och behandling för genomförda besök och behandlingar inom vårdgarantin	Linjechefer i hälso- och sjukvården	0, 7, 90, 90 dagar enligt vårdgarantin	Varje månad under 2014	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarstaben	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i respektive centrum samt landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor
Uppföljning och kvalitetssäkring av data för väntande till nybesök och behandling och för genomförda besök och behandlingar inom kömiljarden	Linjechefer i hälso- och sjukvården.	- Minst 70 % av patienterna har genomfört ett första besök inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar från det att	Varje månad under 2014	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i respektive centrum samt landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
		beslut om remiss till första besök har fattats - Minst 80 % av patienterna har genomfört ett första besök inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar från det att beslut om remiss till första besök har fattats - Minst 70 % av patienterna har genomgått en operation/behandling inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar från det att beslut om behandling har fattats. - Minst 80% av patienterna har genomgått en		specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarstaben		

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
		operation/behandling inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar från det att beslut om behandling har fattats - Totalt antal väntande				
Kvalitetssäkra månatlig automatisk överföring av tillgänglighetsdata till den nationella väntetidsdatabasen	Hälso- och sjukvårdens kontaktpersoner och berörda verksamhetschefer kvalitetssäkrar verksamhetens data som överförs automatiskt till SKL's databas	Minst 95 procent inrapportering under årets alla månader.	Varje månad enligt SKL's riktlinjer	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor
Kvalitetssäkra rapportering av patientvald samt	Hälso- och sjukvårdens kontaktpersoner	Minst 95 procent inrapportering under årets alla	Varje månad enligt SKL's riktlinjer	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
medicinsk orsakad väntan	och berörda verksamhetschefer kvalitetssäkrar data som överförs automatiskt till SKL's databas	månader.				
Rapportera återbesök till läkare inom den specialiserade vården	Linjechefer	Antal återbesök före, inom och efter måldatum	Varje månad under 2014 enligt SKL's riktlinjer	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor
Vidareutveckla rutin för automatisk överföring av återbesöksdata till SKL's väntetidsdatabas Signe	Bifogas utvecklings-prioriteringsplan – VAS/COSMIC och IT	Arbetsbids-kostnader	Varje månad enligt SKL's riktlinjer	Hälso- och sjukvårdsdirektör i samråd med IT chef	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor i samarbete med IT strateg
Säkerställa att rätt vårdutbud rapporteras till SKL's väntetidsdatabas Signe	Enligt nationell vårdutbudslista. Utvecklingsarbete i samarbete med VAS/COSMIC och IT	Kontroll av överförd data - 100% rätt	Varje månad	Hälso- och sjukvårdsdirektör i samråd med IT chef	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor i samarbete med IT strateg

3.5 Mål 5: Det ska bli lättare att följa patientens kontakter med vården för att öka tillgängligheten för patienterna.

All framtagen statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagen statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Rapportera ledtider för Bild och funktionsmedicin samt neurofysiologi till SKL's väntetidsdatabas Signe.	Rapportör inom bild- och funktionsmedicin samt neurofysiologi	Fyra obligatoriska mätpunkter: - Beslut att framställa vårdbegäran - Vårdbegäran skickad - Avslut av aktivitet - Svar mottaget Undersökningar som följs upp enligt ovan är: - Långtids EKG - Myokardscintigrafi - EEG - Ultraljud hjärta - Datortomografi thorax - Datortomografi buk - MR ländrygg - MR hjärna	Varje månad under 2014 – automatisk överföring	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, IT-chef	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i centrumet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Utarbeta säkra och effektiva rutiner för remisshantering	Verksamhetschefer och MLU	- Beslut att framställa vårdbegäran - Vårdbegäran skickad - Avslut av aktivitet - Svar mottaget	Följs upp i delårs- och årsbokslut	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställar enheten	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i centrumet
Remiss skickas inom tre arbetsdagar efter remissbeslut. Beslut om remiss tas i samråd med patient.	Hälso- och sjukvårdspersonal	- Vårdbegäran är skickad - Beslut att utföra aktivitet	Följs upp i delårsbokslut och årsbokslut	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i centrumet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
				för primärvård och chef för beställarenheten		
Remissen bedöms och prioriteras inom tre arbetsdagar från mottagandet.	Hälso- och sjukvårdspersonal	- Mätpunkten avser den tidpunkt när undersökningssvaret är producerat.	Följs upp i delårsbokslut och årsbokslut	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvård	Vårdutvecklare i centrumet
Delge patient svar på frågeställning	Hälso- och sjukvårdspersonal	Svar mottaget - Mätpunkten avser den tidpunkt när patienten delges svar på frågeställning.	Tidigas under vår 2015 – i avvaktan på nytt vårdssystem	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter,	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Vårdutvecklare i centrumet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
				centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård och chef för beställarenheten		

3.6 Mål 6: Fortsatt utveckling av informationen om och inrapporteringen av väntetidsdata. 95 % inrapportering av data månatligen.

All framtagen statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagen statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Visa Information i Diveport med kontinuerlig uppföljning av väntetidsläget i vår region	Alla medarbetare	- Vårdgarantin: 0, 7, 90, 90 dagar - Kömiljard: 60 dagar	Data sammanställs i Månadsrapport, Delårsrapport Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor i samarbete med IT strateg

Uppdatering av befintligt informations-material för medarbetare och patienter/medborgare på insidan och www.jll.se	Alla medarbetare och medborgare	Identifierade åtgärder i samband med uppdaterade nationella riktlinjer	Följs upp/revideras i samband med att nya nationella riktlinjer beslutats	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor i samarbete med kommunikationsstaben
Lokal anpassning av aktiviteter och budskap till nationella kommunikationsinsatser.	Alla medarbetare och medborgare	Identifierade åtgärder i samband med uppdaterade lokala riktlinjer	Följs upp i Delårsrapport Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstingets samordnare för tillgänglighetsfrågor i samarbete med kommunikationsstaben

3.7 Mål 7: Förbättrad produktions- och kapacitetsplanering, med tillgänglighet i fokus. En mer detaljerad aktivitetsplan finns framtagen för detta målområde.

All framtagen statistik ska vara könsuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagen statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Kontinuerlig uppföljning av produktions- och kapacitetsplanering i verksamheten	Linjechefer i hälso- och sjukvård	Produktionsstatistik Från Divern	Följs i Månadsrapport, Delårsrapport Årsrapport	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för	Styrgrupp för produktions – och kapacitets- planering	Ledningsstabernas stöd för produktions- och kapacitetsplanering ”onsdagsgruppen”

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
				medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård		
Genomföra riktade insatser för produktions- och kapacitetsplanering för att säkra tillgängligheten för hela vårdkedjan	Linjechefer i hälso- och sjukvård	Enligt 5-stegsmodellen	Aktiviteter enligt aktivitetsplan 2014	Centrumchef för: diagnostik, teknik och service, centrum för opererande specialiteter, centrum för medicinska specialiteter, centrum för barn, kvinna och psykiatri, centrum för primärvård.	Styrgrupp för produktions – och kapacitetsplanering	Ledningsstabernas stöd för produktions- och kapacitetsplanering ”onsdagsgruppen”
Genomföra deltagandet i ett nationellt förbättringsarbete ”Bättre flöde i vården”	Kirurgisk vård	Tillgänglighet till besök och behandling /månad	Nationellt projekt under 2014 och 2015 Mätetalen följs upp lokalt varje månad.	Handledare och team från område kirurgi, centrum för opererande specialiteter.	Lokal styrgrupp i Region Jämtland Härjedalen	

3.8 Mål 8: Identifiera och utveckla landstingets vårdprocesser.

All framtagen statistik ska vara könssuppdelad där systemen tillåter detta och all framtagen statistik analyseras ur ett könsperspektiv

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/Stöd
Revidera befintliga, aktuella vårdprocesser	Hälso- och sjukvårdspersonal Medborgare	Följa framtagna mätetal i processen	Årlig uppföljning i årsbokslut 2014-12-31	Samtliga centrumchefer	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Leancoacher
Synliggöra och utveckla övriga kritiska vårdprocesser	Hälso- och sjukvårdspersonal Medborgare	Följa framtagna mätetal i processen	Årlig uppföljning i årsbokslut 2014-12-31	Samtliga centrumchefer	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Leancoacher



Jämtlands Läns
Landsting



Övergripande handlingsplan för läkemedel 2015

Version: 1

Ansvarig: Regiondirektören

Karin Lindgren

2014-10-27

Dnr: LS/1393/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-27	Nyutgåva	Regiondirektören	2014-10-28

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Handlingsplanens område	4
1.2	Bakomliggande beslut och mål	5
1.3	Regionens ansvar	6
1.4	Tidsplan.....	6
1.5	Ansvarig för handlingsplanen	6
2	JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	6
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	8
3.1	Mål 1: Säkrare läkemedelsanvändning - Rätt läkemedel till rätt person vid rätt tillfälle	8
3.2	Mål 2: Jämlik och jämställd läkemedelsbehandling – strukturerat införande och beslut om nya läkemedel inom Region Jämtland Härjedalen, där särskild uppföljning av ekonomiska och kvalitetsmässiga skäl krävs. (Nationella läkemedelsstrategin)	9
3.3	Mål 3: Effektiv läkemedelsförsörjning - en ekonomi i balans.....	9
3.4	Mål 4: Minskad antibiotika förskrivning	10

Bilaga 1 (tillhör mål 4): 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom sjukvården

1 INLEDNING

Läkemedel är en viktig behandlingsmetod i hälso- och sjukvården. Det är angeläget att patienterna får tillgång till rätt läkemedel vid rätt tillfälle och på rätt sätt. För att kunna erbjuda lika vård till alla invånare i Jämtlands län är det mycket viktigt att alla vårdenheter har samma strategier för läkemedelsbehandling till sina patienter avseende t ex utbudsbegränsningar och effektiviseringar, specialsubventioner samt införande av nya läkemedel.

Med syfte att få en bättre samordning kring läkemedelsfrågorna i Jämtlands läns landsting, JLL, bildades styrgrupp läkemedel januari 2011. Under ett år sker många förändringar inom läkemedelsområdet, inte minst den snabba takten av införandet av nya läkemedel, vilket gör att styrgruppen löpande behöver fatta beslut av övergripande karaktär i läkemedelsfrågor.

Under 2013 flyttades läkemedelsgruppen in i patientsäkerhetsenheten. Gruppen arbetar med bland annat att sprida kunskap och information till verksamheten i läkemedelsfrågorna. I enheten ingår även Läkemedelskommittén (LK) och Strama (strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Läkemedelskommittén verkar för rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsterapi baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den lokala Stramagruppen arbetar mot resistensutveckling och för en rationell antibiotikaförbrukning. Resistenta bakterier ökar med oroväckande hastighet. Antibiotika med nya verkningsmekanismer ser inte ut att nå vården på många år. Kraftfulla insatser måste därför göras för att bevara effekten av existerande läkemedel.

1.1 Handlingsplanens område

Handlingsplanen arbetar för en god och stabil ekonomi, kostnadseffektiv läkemedelsanvändning, ökad patientsäkerhet, jämlik vård och med minimal miljöpåverkan.

Landstingen tog 1998 formellt över kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten. Samtidigt infördes ett särskilt statsbidrag till landstingen för förmånskostnaderna. Läkemedel som hanteras inom slutenvården ingår inte i förmånen utan finansieras av landstingen utan specifikt statsbidrag. Läkemedelsanvändning ska baseras på kostnadseffektivitet, vilket på långsikt medför en positiv effekt på Region Jämtland Härjedalens invånare och landstingets ekonomi. Att följa utvecklingen nationellt och lokalt är viktigt, så att Region Jämtland Härjedalen tidigt kan agera om kostnaderna avviker negativt jämfört övriga landet.

Sjukvården har ständigt behov av aktuell kunskap för att läkemedelsanvändningen ska vara patientsäker och kostnadseffektiv. Medarbetarnas kunskaper och erfarenheter samt behandlingsriktlinjer från expertmyndigheter är grundläggande framgångsfaktorer.

År 2011 togs den nationella läkemedelsstrategin fram. Den syftade till att få en nationell kraftsamling kring prioriterade förbättringar inom läkemedelsområdet. Visionen är ”*rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle*”. Ytterst är målet att använda läkemedlen på ett

Karin Lindgren

2014-10-27

Dnr: LS/1393/2014

så kostnadseffektivt sätt som möjligt för att kunna nå största möjliga hälsa för de resurser som avsätts för läkemedel.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Varje år gör Socialstyrelsen en prognos på kostnadsutvecklingen för läkemedel både på recept (förmån) och rekvisition. Under 2015 förutspås kostnaderna för läkemedel på recept minska med ca 1,75%. Inom vissa läkemedelsgrupper kommer kostnaden troligtvis att öka, såsom TNF-fahämmare på grund vidgad indikation, psykostimulantia och då framför allt behandling inom ADHD och liknande sjukdomar, samt nya läkemedel för att behandla multipel skleros, MS. Trots detta tror Socialstyrelsen att kostnaderna inom förmånen kommer att minska. Det beror bland annat på prissänkningen med 7,5% för läkemedel som är äldre än 15 år, några patentutgångar under 2014 som får effekt 2015 samt TLVs omprövningar för kostnadseffektivitet. Eventuellt kommer dock kostnadsminskningen att revideras utifrån nya regeringens löfte 2014-10-15 om att alla barn under 18 år ska få fria läkemedel, dvs deras egenavgift kommer att betalas av landstingen.

Kostnaden för rekvisitionsläkemedel förutspås öka med ca 1% 2015. Det är dock svårt att göra tillförlitliga prognoser för dessa läkemedel då dels landstingen infört nettopriser vid olika tidpunkter senaste åren och dessutom har Landstinget i Jönköpings län inte levererat in sin statistik på några år. Från och med 2015 har dock alla landsting nettopriser och Jönköpings statistik finns med från och med september 2014. Introduktionen av nya, dyra läkemedel försätter att ha en kostnadsdrivande effekt, men balanseras av kostnadsminskningar på grund av framför allt nya rutiner för rekvisition av läkemedel i den specialiserade vården, patentutgångar och introduktion av nya beredningar som gör det möjligt att förskriva läkemedel som tidigare endast fanns tillgängliga som injektion eller infusion. Dessutom beror kostnadsutvecklingen av rekvisitionsläkemedlen även på hur väl Norra Regionens landsting lyckats med upphandlingen av läkemedel samt hur väl verksamheten följer upphandlingen vid beställning till sina förråd.

Ett av delprojekten (6.1) i den nationella läkemedelsstrategin var Ordnat Införande i Samverkan (OtIS). Projektet har mynnat ut i ett nytt arbetssätt där alla landsting, ett flertal myndigheter och läkemedelsföretagen arbetar i en gemensam process för införande av nya läkemedel. Syftet är att uppnå en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel över hela landet. Under 2015 beräknas ca 10 läkemedel gå genom denna process. Processen innebär en tidig horizon scanning, vilket går vidare till bedömningsrapporter, hälsoekonomiska värdering, beslut om införande, prissförhandling med företagen, rekommendation till landstingen samt uppföljning och utvärdering efter en tids användning. De läkemedel som följer denna process är ofta dyra läkemedel, som snabbt ska införas, vilket kan få stor inverkan på verksamhetens ekonomiska resultat – långt efter budgeten för året beslutades. För att ha kontroll över alla uppföljningsprotokoll som OtIS-processen innebär, bör arbetet samordnas av läkemedelsgruppen inom patientsäkerhetsenheten. Uppföljningsprotokollen kommer dock att innebära ökat arbete för den kliniska läkaren.

Den nya patientlagen (2014:821) som gäller från och med 1 januari 2015, kan få stora konsekvenser på läkemedelskostnaderna. Om Region Jämtland Härjedalen prioriterat bort ett dyrt läkemedel, men något annat landsting i landet erbjuder detta läkemedel till sina patienter, så kan patienterna i Region Jämtland Härjedalen välja att åka till det andra landstinget och få det dyra läkemedlet utskrivet. Fakturan för det dyra läkemedlet kommer till Region Jämtland Härjedalen. Det innebär att landstingen måste arbeta ännu närmare i prioriteringsarbete av läkemedel samt följa de beslut som OtIS-processen rekommenderat via Nya Terapier (NT) – gruppen.

1.3 Regionens ansvar

Region Jämtland Härjedalen måste följa Patientsäkerhetslagen SFS2010:659, Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården SOSFS 2000:1 samt Läkemedelsverkets föreskrifter LVFS. Region Jämtland Härjedalen ska bidra i arbetet med den nationella läkemedelsstrategin, SKLs satsningar inom läkemedelsområdet samt utvecklingen inom OtIS.

1.4 Tidsplan

År 2015

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

På uppdrag av styrgrupp läkemedel ansvarar läkemedelsstrategen för att hålla handlingsplanen uppdaterad och reviderar utifrån beslut i styrgrupp läkemedel. Uppföljningar av hur läget är i förhållande till målen och aktiviteterna i planen ska redovisas skriftligt till styrgrupp läkemedel 4 gånger om året.

2 JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Läkemedelsanvändningen och processerna för läkemedelshantering och läkemedelsförsörjning ska vara patientsäker, kostnadseffektiv, jämlik och miljöanpassad. Oavsett bostadsort, ålder, ekonomisk ställning, kön, sexuell läggning, religion eller etnisk tillhörighet ska patienterna få rätt läkemedelsbehandling. Det innebär att varje ordination och val av läkemedel ska vara anpassad individuellt för bästa kostnadseffektivitet.

Nationellt uppmärksammas skillnaden i läkemedelsbehandling mellan kvinnor och män allt mer. Det publiceras fler uppföljningar av hur läkemedelsförbrukningen skiljer sig mellan kvinnor och

Karin Lindgren

2014-10-27

Dnr: LS/1393/2014

män. Det finns många läkemedel som har könsskillnader i nedbrytning, effekt och biverkningar. Inom Stockholms läns landsting har en genusknapp introducerats på janusinfo. Tjänsten, som alla förskrivare i landet kan nå, tillhandahåller strukturerad information om köns- och genusaspekter på läkemedelsbehandling.

I läkemedel förekommer ofta flera aktiva substanser som kan ha potentiell miljöpåverkan. Kunskapen om hur miljön påverkas över tid av läkemedel är bristfällig. I den nationella läkemedelsstrategin finns flera insatsområden varav ett är att ”Minska läkemedels påverkan på miljön lokalt och globalt”. Under 2014 har en rapport tagits fram för det lokala miljöarbetet i landstinget, som dels sammanställt vad som sker i landet men dessutom ger förslag på metod, krav och baselinesvärden som landstingen kan använda i framtida mätningar lokalt.

Inom miljöområdet ska läkemedelsförsörjning, ordination, användning och hantering av läkemedel ske med största möjliga miljöhänsyn i strävan efter en hållbar utveckling med god livsmiljö för våra länsinvånare. Många insatser inom läkemedelsområdet i JLL bidrar till minskad kassation av läkemedel och därmed minskad miljöpåverkan, till exempel tjänsten läkemedelsservice/skötsel av läkemedelsförråd, användning av läkemedelsdepån på sjukhuset, dosdispensering, läkemedelsgenomgångar, upphandling av läkemedel samt minskad antibiotikaförskrivning.

De flesta läkemedel som används till barn är inte utprovade på barn, utan man har oftast utgått från vuxendosen, vilket medför stor osäkerhet. Detta problem har bland annat uppmärksammats av Europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA), som de senaste åren skött utprovning av barndoser. Ett företag kan dessutom få sex månaders förlängd patenttid om läkemedlet är studerat på barn. Även den nationella läkemedelsstrategin uppmärksammar detta problem och har som mål att utvidga nationella riktlinjer om barns läkemedel och användning. Under 2014 skapades ett nationellt kunskapsstöd vid läkemedelsordinationer till barn.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Mål 1: Säkrare läkemedelsanvändning - Rätt läkemedel till rätt person vid rätt tillfälle

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Fortsatt arbete med introduktion av läkemedelsberättelse samt utlämning av aktuell läkemedelslista (enligt författning SOSFS2012:9)	Patienterna	Andel av totalt utskrivna som får läkemedelsberättelse (sökord Cosmic)	Tertialt	Samtliga verksamhetschefer	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp
Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen inom JLL (SOSFS2000:1)	Verksamhets-chefer, Hälso- och sjukvårdschef	Antal genomförda kvalitetsgranskningar	Årsvi	Patientsäkerhets-enheten	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp
Utveckla arbetet med läkemedelsgenomgångar enligt författningen (SOSFS2012:9) och upprätta ett sätt att mäta	Patienterna	Framtagen mätmetod, och antal genomförda läkemedels-genomgångar	Tertialt	Patientsäkerhets-enheten	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp

3.2 Mål 2: Jämlik och jämställd läkemedelsbehandling – strukturerat införande och beslut om nya läkemedel inom Region Jämtland Härjedalen, där särskild uppföljning av ekonomiska och kvalitetsmässiga skäl krävs. (Nationella läkemedelsstrategin)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Delta och följa upp arbetet med Introduktion av nya läkemedel i ARIL och OtIS	Ledningsgruppen Verksamhetschefer	Antal nya läkemedel i respektive process	Tertialt	Landstingsöverläkare	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp
Bevaka utvecklingen av biosimilars i Region Jämtland Härjedalen	Ledningsgruppen	En rapport	Tertialt	Centrumchef CMS	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp

3.3 Mål 3: Effektiv läkemedelsförsörjning - en ekonomi i balans

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Arbeta för ytterligare utveckling av en effektiv läkemedelsförsörjning. Utreda vad som i framtiden ska upphandlas.	Ledningsgruppen	Rapport	2015	Patientsäkerhetsenheten	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp
Bevaka kostnadsutvecklingen av läkemedel	Ledningsgruppen	Procentuell utveckling jämfört föregående år och nationella utvecklingen	Tertialt	Patientsäkerhetsenheten	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp
Uppföljning av förskrivningsmönster	Styrgrupp läkemedel	Utveckling jämfört föregående år och nationella utvecklingen	Tertialt	Patientsäkerhetsenheten, verksamhetscheferna (Både primärvård och slutenvård)	Styrgrupp läkemedel	Patientsäkerhets-enhetens läkemedelsgrupp

3.4 Mål 4: Minskad antibiotika förskrivning

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Strama utformar aktiviteter för att följa nationella 10 punktsprogrammet för minskad antibiotikaresistens inom sjukvården (se bilaga 1)	Ledningsgruppen	Antal utförda aktiviteter	2015	Stramas ordförande	Styrgrupp läkemedel	Stramas arbetsgrupp

10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom sjukvården

Resistenta bakterier fortsätter att öka och är ett hot mot folkhälsa såväl internationellt som nationellt. Sambandet mellan antibiotikaförbrukning och resistensutveckling är väl belagt men det behövs fler åtgärder än minskad antibiotikaförskrivning för att kunna fortsätta att bedriva en säker och effektiv vård av infektioner i Sverige. 2010 lanserade Strama och Svenska Infektionsläkarföreningen ett 10-punktsprogram för att minska antibiotikaresistens inom slutenvården. Ett flertal landsting har officiellt antagit det programmet som sin policy och många viktiga förändringar och projekt pågår. Arbetet ute i landstingen har fått extra draghjälp av Socialdepartementets och SKL:s patientsäkerhetssatsning. För att ytterligare stärka arbetet i kampen mot antibiotikaresistens har Stramanätverket och Svenska Infektionsläkarföreningen nu uppdaterat 10-punktsprogrammet som även breddas till att omfatta hela sjukvården. I den nya utformningen betonas även behovet av långsiktigt folkhälsoarbete. Friska människor får färre infektioner, behöver mindre antibiotika och hotas inte på samma sätt av resistensutvecklingen.

A. Förhindra smittspridning

1. Smittspridningen i sjukvården måste minimeras

- All vårdpersonal behöver ha grundkunskap inom vårdhygien
- Varje sjukvårdande enhet ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis tillhörande en vårdhygienisk enhet.
- Enkelrum med hygienutrymme måste finnas i tillräcklig utsträckning inom alla enheter.
- Patienten ska vårdas där den mest lämpliga kompetensen finns för det aktuella tillståndet.
- Infektion/kolonisation med resistenta bakterier får aldrig leda till att en patient nekas eller får fördröjd eller sämre vård.
- Screeningodling för multiresistenta bakterier bör alltid utföras enligt lokala riktlinjer
- Städning och desinfektion ska ske på ett sådant sätt att risken för smittspridning via miljö och materiel minimeras
- Den vårdhygieniska kompetensen inom landstingen måste säkras för att detta ska fungera optimalt

2. Basala hygienrutiner ska alltid tillämpas

- Basala hygienrutiner ska följas av all vårdpersonal

B. Minska behovet av antibiotika

3. Vårdrelaterade infektioner måste begränsas

- På varje sjukvårdande enhet ska nationella vårdprogram och lokala rutiner för att förebygga vårdrelaterade infektioner finnas. Metoder för att säkerställa följsamheten ska finnas .
- Behovet av urinkateter, intravenösa infarter, intubering, antibiotikabehandling och andra påverkbara riskfaktorer, ska värderas hos den enskilda patienten dagligen
- Patienter ska förberedas preoperativt enligt evidensbaserade rutiner.
- Infektionsverktyget ska vara implementerat och dess utdata ska ligga till grund för interventioner i syfte att minska riskfaktorer för, och förhindra VRI

4. Samhällsförvärvade infektioner ska förebyggas

Landstingen ska i sitt preventiva arbete mot infektioner arbeta för:

- att riskgrupperna vaccineras mot pneumokocker och influensa
- en hög anslutning till det nationella barnvaccinationsprogrammet
- bra hygienrutiner i barn och äldreomsorg
- att minska förekomsten av sexuellt överförbara infektioner
- en minskad tobaksrökning
- ett minskat missbruk av alkohol och narkotiska preparat

C. Optimera bakteriologisk diagnostik och säkerställ tillgången till epidemiologiska data

5. Bakteriologisk odling ska tas före antibiotikabehandling

- Det är behandlande läkare som ansvarar för att adekvat odling tas samt att kompletta remissuppgifter medföljer provet för att laboratoriet ska kunna optimera och vid behov påskynda diagnostiken och svaret
- Blododling samt odling från misstänkt infektionsfokus ska alltid tas före intravenös antibiotikabehandling
- Odling från misstänkt infektionsfokus ska alltid tas inför behandling av en misstänkt vårdrelaterad infektion, och ska alltid övervägas inför all typ av antibiotikabehandling i slutenvård
- Odling ska alltid övervägas inför all typ av antibiotikabehandling i öppenvård om bakterier med resistens mot planerad behandling kan misstänkas orsaka infektionen.
- Laboratoriet ansvarar för att adekvat diagnostik används samt för optimal svarstid och logistik för hela provkedjan, optimeras för alla veckans dagar.

6. Mikrobiologiska laboratoriet måste övervaka det epidemiologiska läget och bistå behandlande läkare, vårdhygien, smittskydd samt lokala Stramagrupper.

- Laboratoriet ansvarar för att snabbt återkoppla vid fynd av bakterier med särskilt oönskad resistens inklusive multiresistenta bakterier, särskilt vid anhopning som kan inge misstanke om lokal spridning och utbrott
- Laboratoriet ansvarar för att diagnostik är tillgänglig för karaktärisering av resistensmekanismer, multiresistenta stammar men även andra stammar vars spridning bör kontrolleras
- Laboratorierna ska ges i uppdrag att fortlöpande tolka och leverera epidemiologiska resistensdata till verksamheterna. Detta innefattar även diagnostik av särskilt oönskad resistens i enlighet med rekommendationer från RAF avseende vilka bakterie-antibiotikakombinationer som alltid bör analyseras när resistensbestämning utförs
- Laboratoriet bör ges övergripande ansvar att följa resistensläget för att upptäcka resistens som medför att empirisk behandling eller smittskydds- och vårdhygieniska riktlinjer behöver ändras
- Laboratoriet ska medverka med data till Svebar, vilket även medför att larm utgår till det lokala laboratoriet vid förekomst av oönskad resistens och/eller patogen.
- Den medicinska kompetensen på laboratoriet måste säkras liksom tillgång till datakunskap och elektroniska program för att extrahera och sammanställa resistensdata för att detta ska fungera optimalt.

D. Använd antibiotika rationellt

7. Lokala förskrivnings- och resistensdata måste analyseras ihop och återkopplas

- Lokal antibiotikaförbrukning ska följas och tillsammans med lokalt resistensläge återkopplas såväl till verksamhetsledningen som till förskrivare .
- Alla landsting ska kunna koppla förskrivningsdata till diagnos på sjukhus och i primärvården.
- Vårdgivare och Stramagrupper ska ha fri tillgång till lokala data

8. Riktlinjer för handläggning av infektioner ska finnas och följsamheten ska mätas

- Varje enhet ska ha aktuella behandlingsriktlinjer där hänsyn tagits till lokala resistensdata.
- Följsamheten till riktlinjerna ska mätas regelbundet och ingå i verksamhetens kvalitetsuppföljning, t.ex. via infektionsverktyget

9. Antibiotikaprofylax inför kirurgi ska ges på rätt sätt

- Användningen av antibiotikaprofylax ska baseras på evidensbaserade vetenskapliga studier och det lokala resistensläget. I avsaknad av evidens bör respektive operativ specialitet utarbeta riktlinjer ihop med infektionsexpertis.
- På varje opererande enhet ska det finnas rutiner som säkerställer att antibiotikaprofylaxen har givits på rätt sätt och på rätt indikation.

10. Antibiotika ska användas rationellt

Rationell antibiotikaterapi innebär att:

- behandlingen ges i enlighet med terapirekommendationer,
- dos, doseringsintervall och behandlingstid är optimal i förhållande till diagnos, ålder, kön och njurfunktion,
- indikationen för fortsatt behandling eller byte till smalare terapi utvärderas dagligen
- terapin anpassas efter odlingssvar och klinisk utveckling.
- intravenös terapi övergår till oral så snart som möjligt.

En förutsättning för rationell antibiotikaterapi är:

- Att varje sjukhus har tillgång till infektionsexpertis, antingen i form av infektionsklinik eller av regelbunden konsultverksamhet.
- Att öppenvården inklusive sjukhemmen via distriktsläkare eller motsvarande har tillgång till infektionsexpertis.

**Handlingsplan Patientsäkerhet utifrån nationella
överenskommelsen**

Samt uppföljning av vissa övergripande rutiner

Version: 1

Ansvarig: Nina Fållbäck- Svensson

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-07-24	Nyutgåva		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Handlingsplanens område	4
1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.3	Landstingets ansvar	4
1.4	Tidsplan	5
1.5	Ansvarig för handlingsplanen	5
2	JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV	5
3	GRUNDLÄGGANDE KRAV OCH INDIKATORER	6
4	UPPFÖLJNING AV VISSA ÖVERGRIPANDE RUTINER	13
5	BILAGA 1 UPPDATERAD HANDLINGSPLAN TRYCKSÅR	14
6	BILAGA 2 UPPDATERAD HANDLINGSPLAN PATIENTSÄKERHETSKULTUR	16

1 INLEDNING

Utgångspunkten för nationella patientsäkerhetssatsningen är en nollvision när det gäller antalet undvikbara skador, dvs. vårdskador.

Följande målsättningar finns:

- ❖ Sträva efter en patientsäkerhetskultur där patientens delaktighet och medverkan är tydlig
- ❖ Förebyggande arbete, dvs. att arbeta med att identifiera risker
- ❖ Jämförelser av insatser och resultat nationellt, regionalt

Överenskommelsen om patientsäkerhet mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2013 omfattar all vård som finansieras av landstingen. Patientsäkerhetslagen (2010:659) är en central utgångspunkt för denna överenskommelse. Avsikten är att arbetet som bedrivs inom denna satsning ska bli en ordinarie del av landstingets verksamhet.

För fullständigare beskrivning av bakgrund till satsningen, v.g. se Patientsäkerhetssatsning 2013, dnr: LS 409/2013.

1.1 Handlingsplanens område

Denna handlingsplan är avgränsad att innehålla beskrivning av grundläggande krav och indikatorer i patientsäkerhetsöverenskommelsen 2013, samt aktiviteter som ska göras för uppfyllande av kraven i överenskommelsen.

För förbättrad patientsäkerhet behövs ett kontinuerligt patientsäkerhetstänkande och agerande. Det är ett långsiktigt arbete som kräver bredare ansats än enbart aktiviteterna i denna handlingsplan.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Patientsäkerhet är en del av begreppet ”God vård” där förutom säker vård, övriga dimensioner är kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, patientfokuserad vård, jämlik vård, effektiv vård samt tillgänglig vård.

Patientsäkerhetsöverenskommelsen fokuserar på ett antal områden att förbättra. Landstinget medverkar i satsningen för att uppnå egna långsiktiga mål i landstingsplanen om trygga patienter och förbättringar i egna verksamhetens resultat.

1.3 Landstingets ansvar

Överenskommelsen om prestationsbaserad ersättning för patientsäkerhetsarbetet i hälso- och sjukvården 2013 syftar till att med ekonomiska drivkrafter uppmuntra och stärka patientsäkerhetsarbetet inom landstinget.

1.4 Tidsplan

Samtliga krav ska deklarerars enligt särskilda utskick från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen eller Smittskyddsinstitutet. De krav som ska granskas av SKL ska vara dem tillhanda 1 oktober. De krav som ska granskas av Socialstyrelsen respektive Smittskyddsinstitutet ska vara dem tillhanda 1 september.

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Landstingsdirektör är ansvarig för handlingsplanen. Vårdstrateg är översiktligt ansvarig för att innehåll i handlingsplan hålls aktuellt och gör revideringar vid behov.

Eftersom delarna i överenskommelsen är av relativt skiftande karaktär, anges i respektive del av handlingsplan vem/vilka som är ansvariga för aktiviteter för specifik indikator/grundläggande krav.

2 JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV

Aktiviteter i handlingsplan bidrar till landstingets arbete med jämställd hälso- och sjukvård. Barnperspektiv beaktas i alla grundläggande krav och tillämpbara indikatorer. Miljöperspektiv beaktas i delarna avseende antibiotikaförskrivning.

3 GRUNDLÄGGANDE KRAV OCH INDIKATORER

Läsinstruktion;

Kolumnen Uppföljning av indikator; innebär att ansvara för att skriva underlag som kommer att behövas inför deklaration av indikator eller grundläggande krav.

Deklaration av patientsäkerhetsöverenskommelsens grundläggande krav och indikatorer; samordning av deklaration och inskickande av underlag till Socialstyrelsen, SMI och Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar Anna Kerstin Lejonklou för.

Grundläggande krav	Målgrupp	Uppföljning av indikator	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Patientsäkerhets berättelse (psb). Samtliga vårdgivare i landstinget ska ha upprättat en psb i enlighet med patient säkerhetslagen.	Vårdgivare, landstingets egna verksamhet. Varje centrumchef skriver psb för egna verksamheten. Denna blir underlag till landstingets psb.	Vårdstrateg	1 gång per år. Utskick mall till centrumchefer. Tidplan bifogas utskick.	Centrumchefer. Delaktighet av Patient - säkerhetsenheten
	Vårdgivare inom hälsoval och privata vårdgivare som är finansierade av landstinget	Chef hälsoval, vårdstrateg	1 gång per år. Mall förmedlas via Hälsovalskansliet.	Berörda vårdgivare enl. målgrupp.

Patientsäkerhetsberättelse för landstinget och vårdgivare inom hälsoval skrivs med nationell mall för uppfyllande av krav enligt SOSFS 2011:9.

Patientsäkerhetsberättelse för privata vårdgivare skrivs med förenklad mall som grund.

Grundläggande krav	Målgrupp	Uppföljning av indikator	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Deltagande i nationell patientenkät primärvård	Primärvård finansierad av landstinget	Uppföljningen baseras på SKL:s uppgifter om deltagande i nationella patientenkäten	1 gång per år	Centrumchef primär vård, enhetschefer primärvård Stabsstöd: handläggare hälso- och sjukvårdsstab

Grundläggande krav	Målgrupp	Uppföljning av indikator	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Patientsäkerhetskultur; Landsting ska uppdatera handlingsplan 2013. Innehåll: mål för patient säkerhetskultur, patient nytta, vilka förbättringsarbeten som bedrivs	Landstings direktör ledningsgrupp, Chefer, med arbetare	Vårdstrateg	Se bilaga 2 för aktiviteter och tidplan	Chefer och medarbetare i landstinget Stabsstöd: hälso- och sjukvårdschef, landstingsöverläkare, vårdstrateg och Patient säkerhetsenheten

Grundläggande krav	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Markörbaserad journal granskning. 30 journaler per månad ska granskas sjukhusnivå. Journalgranskning inledas på klinikinivå. Dokumentation om hur journalgranskning avses utvecklas samt hur resultaten används för att främja patientsäkerheten	Verksamheter med somatisk slutenvård för vuxna patienter	Vårdutvecklare Patientsäkerhets-enheten	Kontinuerlig granskning varje månad 2013. Dock ska sjukhusresultat för januari -juni vara registrerade 15 sep. Klinikgranskning ska ha inletts.	Verksamhetschef Stabsstöd: Patient - säkerhetsenheten

Grundläggande krav	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Nationell patientöversikt; Landsting visa på bred användning av NPÖ i egna verksamheten, vilket innebär att minst 25 % av enheterna i landstinget ska kunna dela uppgifter. Dvs. att både lämna ut till och ta emot uppgifter från andra vårdgivare, samt vara ansluten med minst fem informationsmängder.	Landstingets hälso- och sjukvård	Systemadministra-tör VAS	Kravet vara uppfyllt 2013-09-01	Verksamhetschef Stabsstöd: systemadm VAS

Indikator	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Basala hygienrutiner och klädregler; Mätning av följsamhet till bhk på minst 80 % av alla slutenvårdsavdelningar. Resultat uppnå lägst 70 % följsamhet till bhk, dvs. genomsnittliga värdet i mätning 2012.	Krav att alla slutenvårdsavdelningar deltar i mätningar. Öppenvård enligt VOC beslut.	Hygiensjuk-sköterskor Patientsäkerhets - enheten	Mätning vecka 12 och vecka 42	Verksamhetschef Stabsstöd; Patientsäkerhetsenheten

Indikator	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Läkemedelsanvändning Dokumenterade rutiner för utskrivnings information i form av läkemedelsberättelse, inkl läkemedelslista till patienten och utifrån dessa rutiner påbörjat ett förbättringsarbete	Alla avdelningar inom slutenvård	Läkemedelsstrateg Patientsäkerhets - enheten	Se LS 326/2013	Verksamhetschef Stabsstöd; Patientsäkerhets enheten

Indikator	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
1. Antibiotikaanvändning verka för ökad följsamhet till lokala behandlingsrekommendationer avseende vanliga infektioner i öppenvården som respektive landsting gett till den lokala stramagruppen	Öppenvård i primärvård och specialiserad vård	STRAMA- grupp inom Patientsäkerhets - enheten	Se LS 326/2013	Verksamhetschef Stabsstöd: Patientsäkerhetsenheten
2. Antibiotikaanvändning minska skillnad mellan antal förskrivna recept per 1000 invånare inom öppenvård och långsiktiga målet om 250 recept per 1000 invånare och år under perioden 2012-10-01—2013-09-30 jmf. 2011-10-01—2012-09-30.	Öppenvård i primärvård och specialiserad vård	STRAMA- grupp inom Patientsäkerhets - enheten	Se LS 326/2013	Verksamhetschef Stabsstöd: Patientsäkerhetsenheten
3. Antibiotikaanvändning Påvisar att minst 50 % av vårdenheter i primär vården försett sina förskrivare med en översikt av deras personliga förskrivning. Översikten av den personliga förskrivningen ska på ett strukturerat sätt sättas i relation till vårdenhets, länets, respektive rikets förskrivning samt till lokala behandlingsrekommendationer. Detta arbete ska bedrivas i samråd med lokala stramagruppen	Öppenvård i primärvård	STRAMA- grupp inom Patientsäkerhets - enheten	Se LS 326/2013	Verksamhetschef Stabsstöd: Patientsäkerhetsenheten

Indikator	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Trycksår Delta i mätning av trycksår. Landsting ska ha landstinget ska ha uppdaterat handlingsplan och utifrån den ska avdelningarna bedriva förbättringsarbete	Alla avdelningar inom slutenvård	Vårdstrateg	Se bilaga 1 för aktiviteter och tidsplan	Verksamhetschef Stabsstöd; vårdstrateg

Indikator	Målgrupp	Uppföljning av indikatorn	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Överbeläggningar Kontinuerlig mätning av överbeläggningar och utlokaliserade patienter enl. fastställda definitioner på alla slutenvårdsavdelningar och rapportera till nationella databasen.	Alla avdelningar inom slutenvård	Vårdstrateg, systemadministratör VAS	Varje månad rapportering	Verksamhetschef Stabsstöd; systemadm VAS Carina Söderberg, vårdstrateg

Indikator	Målgrupp	Uppföljning	Tidsplan	Ansvarig för genomförande
Infektionsverktyget Landstinget ska ta väsentliga steg med att införa IT-stödet Infektionsverktyget inom sjukhus. Väsentliga steg innebär att det finns en organisation med bland annat ansvarig personal, budgetmedel och	Avdelningar inom slutenvård	Landstingsöver - läkare	Upprättad	Initialt testområden: Verksamhetschefer inom Barn- och ungdomsmedicin och Ortopedi. Efterhand; alla verksamhetschefer

tidsplan för införande, Landstinget ska ha infört, dvs. integrerat i lokala it- system, samt testat Infektionsverktyget på minst två kliniker.				Stabsstöd; landstingsöverläkare, system utvecklare VAS- gruppen , Patientsäkerhets enheten
---	--	--	--	---

4 UPPFÖLJNING AV VISSA ÖVERGRIPANDE RUTINER

Läshänvisning: Det kommer att behövas uppföljning av vissa övergripande rutiner, som inte med självklarhet görs inom ordinarie ordning för delårs- och årsbokslut i landstinget. Dessa rutiner kommer att ha en ägare som resultatet återförs till.

Aktuell rutin	Vad som ska följas upp	Ansvarig att göra uppföljning	Tidsplan	Återföring av resultat till
Vapenlagen, angående läkares anmälningsskyldighet till polismyndigheten. Se Centuri	Antal anmälningar per år samt analys av utfall. Ev. vidtagna åtgärder för förbättring	Verksamhetschef	Årligen	Berörd centrumchef

5 BILAGA 1

UPPDATERAD HANDLINGSPLAN TRYCKSÅR

Mål	Aktivitet	Uppföljning	Ansvarig för genomförande
Rätt hjälpmedel till patienter med risk och patienter med trycksår	Informera om rätt användning av kilkuddar, avlastande fotringar, glidlakan samt dokumentation i journal	I delårs- och årsbokslut Samt inom respektive enhet	Enhetschefer
	Lämpliga madrasser för olika patientgrupper (t.ex. strokepatienter). Information om funktionsområde för madrass typer	Årlig uppföljning	Enhetschefer
Fler patienter få risk- och hudbedömning inom 24 timmar.	Förbättra måluppfyllelsen om hudbedömning inom 24 timmar samt dokumentation av bedömningen	I delårs- och årsbokslut Samt inom respektive enhet	Enhetschefer
Rätt kunskap hos personalen	Samtliga avdelningar inom slutenvård ska i introduktion till nya medarbete ingå information om Förebyggande arbete för att minska antal fallhändelser, trycksår och undernäring Kunskap om vårdskador Vårdhandboken Trycksårskort Puclas	Årlig uppföljning	Enhetschefer
	Årlig landstingsövergripande genomgång av ny information /kunskap om förebyggande förhållningssätt för att minska bland annat andelen trycksår hos inlagda patienter	Årlig uppföljning	vårdstrateg
	Journalgranskningar gällande trycksår för att få mer kunskap om vilka patienter som främst drabbas inom viss verksamhet	Årlig uppföljning	Enhetschefer
Patienters behov av näring ska vara tillgodosett	Måltidsordning inom avdelningarna. Undvika för lång nattfasta, rätt fördelning av måltider under dagen.	Årlig uppföljning	Enhetschefer, verksamhetschef
	Enhetschefer ta upp frågan om vikten av mellanmål till patienter med risk för undernäring med all personal	Årlig uppföljning	Enhetschef
Behov av gemensamma rutiner och arbetssätt för behandling av	Utreda möjligheten att bilda sårvårdsgrupp med uppdrag för landstinget inom påbörjade planeringen för Konkretisering av förslag avseende	31 december 2013.	Vårdstrateg Hälso- och sjukvårdschef

trycksår	organisation och struktur för omhändertagande av patienter med bensår.		
Patientens medverkan	Ta fram underlag /använda framtaget material som används inom arbetet Bättre liv för sjuka äldre om vad patienten kan göra själv för att undvika tryckskador /trycksår	31 december 2013	Enhetschef

6 BILAGA 2 UPPDATERAD HANDLINGSPLAN PATIENTSÄKERHETSKULTUR

Mål	Aktivitet	Uppföljning	Ansvarig för genomförande
En tydlig struktur för patientsäkerhetsarbetet inom landstinget	Klargöra vilka roller sakkunniga och enheter i hälso- och sjukvårdsstaben har Tidssätta aktiviteten.	December 2013	Hälso- och sjukvårdschef och berörda funktioner i hälso- och sjukvårdsstaben
	Patientsäkerhet på varje ledningsgrupps agenda varje möte	Årsbokslut	Samtliga chefer i hälso- och sjukvård samt tandvård
	Kommunikation i alla led om organisation för patientsäkerhetsarbetet. Revidera dokumentet Så arbetar vi med patientsäkerhet inom Jämtlands läns landsting	Årsbokslut	Chef för patientsäkerhetsenheten
	Varje centrum ta fram former för genomföra patientsäkerhetsforum inom egna organisationen	Årsbokslut	Centrumchef
Struktur för patientsäkerhetsdialoger	Verksamheterna tillfrågas i förväg om vilka frågor de vill lyfta i patientsäkerhetsdialogen Verksamheterna informeras i förväg om vilka frågeställningar som Patientsäkerhetsenheten kommer att ta upp vid dialogen Verksamheterna ombeds själva berätta om vad som gjorts inom egna verksamheten sedan föregående patientsäkerhetsdialog	Årsbokslut	Chef för patientsäkerhetsenheten
Handlingsplan för bemanning i olika situationer	Varje centrum arbeta internt med frågan om hur bemanning behöver se ut i olika situationer med hänsyn tagen till vård- och arbetsmiljö	Kontinuerligt inom centrum Landstingsövergripande delår- och årsbokslut	Centrumchef, verksamhetschef, enhetschef
Tydlig rutiner för säker överföring av patient från en enhet till en annan	Fortsätta implementera SBAR Motivera användande av framtagna checklista Kommunicera vikten av att alla led i vårdkedjan får rätt information	Årsbokslut	Centrumchef, verksamhetschef, enhetschef. Patientsäkerhetsenheten kan bistå med stöd
Patientsäkerhet och medarbetarna	Tydliggöra att alla medarbetares insatser har betydelse för att säker vård ska kunna uppnås genom att patientsäkerhet finns på ärendelista varje arbetsplatsträff	Årsbokslut	Samtliga chefer

	I medarbetarsamtal ta upp fråga om syn på patientsäkerhet	Årsbokslut	Samtliga chefer
Synliggöra patienters delaktighet	Ta fram förslag om hur patienter, närstående och medborgare bättre kan nå oss med tankar och idéer Tidssätta aktiviteten	December 2013	Hälso- och sjukvårdschef Chef för patientsäkerhetsenheten

Marie Andersson
Leansamordnare
Samordningskansliet

2013-11-13 Dnr: LS/1637/2013



Jämtlands Läns
Landsting

**Landstingsövergripande handlingsplan för införandet
av lean**

Version: 1

Ansvarig: Landstingsdirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2013-11-13	Nyutgåva	Landstings- direktören	2013-11-13

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1.1	Handlingsplanens område	4
1.1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.1.3	Landstingets ansvar	4
1.1.4	Tidsplan	4
1.1.5	Ansvarig för handlingsplanen	5
1.1.6	Definitioner	5
1.1.7	Vad är Lean?	6
2	JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	8
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	9
3.1	Mål 1: Plan för införande	9
3.2	Mål 2: Organisation	9
3.3	Mål 3: Kommunikation	10
3.4	Mål 4: Kompetensutveckling.....	11

1 INLEDNING

Landstinget har under flera år och med olika metoder försökt lösa ekvationen med ett allt större behov av vård och med höjda krav på kvalitet samtidigt som kostnaderna blir allt högre.

Det finns därför behov av att kartlägga vårt arbete samt utröna hur vi med bibehållna resurser kan utvecklas samt förbättra flöden och kvalitet.

Det finns ett tydligt uppdrag från landstingsstyrelsen att samlat och långsiktigt hitta ett sätt att vända den negativa trenden. Att öka landstingets produktion för att framöver möta dagens och morgondagens behov för våra patienter och medborgare. Att göra detta på ett sätt så att det sker till en lägre kostnad än i dag.

Uppdraget har bidragit till att landstinget under 2013 påbörjat arbetet med införandet av lean.

Många landsting och övriga organisationer i Sverige har sedan några år tillbaka påbörjat ett införande av lean i den egna verksamheten med goda resultat.

1.1.1 Handlingsplanens område

Handlingsplanen omfattar införandet av en verksamhetsstrategi baserat på principerna i lean. Arbetet har påbörjats med att skapa en gemensam värdegrund att bygga vidare på, utbildning för chefer och läkare med medicinska ledningsuppdrag, utbilda interna handledare i leanspel samt genomföra en grundutbildning i lean i samverkan med universitetet. Alla medarbetare skall under 2014 ha kunskap och insikt om Lean-arbetet och i praktiken ha påbörjat arbetet med de olika metoderna/verktygen.

1.1.2 Bakomliggande beslut och mål

Landstingsstyrelsen (LS 27/9 2012 § 215) har beslutat om att landstinget ska arbeta med lean för att nå landstingets egna mål och de nationella krav som åvilar oss idag och imorgon.

1.1.3 Landstingets ansvar

Landstingets ansvar är att upprätthålla god vård enligt Socialstyrelsens definition. Det innebär att vi ska följa alla lagar och nationella riktlinjer för att nå den kvalitet som åvilar oss.

1.1.4 Tidsplan

Handlingsplanen gäller från september 2013 och för året 2014 och utvisar främst införandeplanen för arbetet med lean. De prioriterade aktiviteterna i planen är även kopplade till ett långsiktigt arbete som sträcker sig bortanför 2014.

1.1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Landstingsdirektören med sin ledningsgrupp är ansvarig för att handlingsplanen för införande av lean omsätts i verksamheten. Till hjälp finns en styrgrupp och en lean-samordnare för att följa upp mål och aktiviteter.

1.1.6 Definitioner

Landstinget har tagit fram en gemensam värdegrund för en verksamhetsstrategi som bygger på principerna i lean.



Landstingets verksamhetsstrategi baserat på lean

1.1.7 Vad är Lean?

”Lean är en ledningsfilosofi med målet att eliminera faktorer som inte skapar värde för patienten/kunden. Målet är också att öka flexibiliteten, undvika kvalitetsbrister och minska kostnaderna genom att hantera sina resurser på bästa sätt.

Lean bygger på några centrala principer: organisationen kan hela tiden bli bättre (ständiga förbättringar) genom att involvera alla medarbetare (allas ansvar) i att eliminera alla onödiga moment (reducera slöseri) i verksamheten. Detta gör man genom att alla arbeta strukturerat och standardiserat mot gemensamma mål, genom mätning och återkoppling, och genom att ständigt förbättra verksamhetens processer.

För ledningen gäller det att ändra fokus i organisationen från bästa resursutnyttjande till att i stället fokusera på genomloppstider i verksamheten. Det innefattar att utforma produktionssystem och processer rätt, att skapa rätt incitamentsstruktur och att bygga rätt värderingar i organisationen. För mellanchefer innebär det att, genom delegering av ansvar och befogenheter, involvera alla medarbetare. Viktigt är också att arbeta med system för förbättringar och att skapa fokus genom lokal mätning, uppföljning och återkoppling. För medarbetarna innebär det att man arbetar med tydliga och gemensamma mål, att man i viktiga uppgifter har ett arbetssätt som är oberoende av vem som utför uppgiften, att arbeta med förbättringar i den dagliga verksamheten och att arbeta med mottagaren i fokus.

Processer och flödesorientering

En viktig del i lean är att se verksamheten som processer i stället för enskilda aktiviteter och avdelningar. Fördelen med att tänka process i stället för aktivitet är att fokus hamnar på producerat slutresultat i stället för effektivitet i de enskilda momenten. Flödesorientering skall alltid ske med hela stora produktionsflödet i fokus, inte bara genom att mindre moment i enskilda avdelningar optimeras. En optimering av enskilda delprocesser kan ibland till och med skada helheten.

Ett exempel är om en klinik blir mycket effektiv på att förbereda patienter för operation, men genomförandet av operationen inte är synkroniserad med förberedelserna. Den första effektiviseringen får då inget genomslag på hela processen, utan kan i värsta fall leda till kö av förberedda patienter, som eventuellt behöver förberedas igen, när operationen genomförs.

Värderingar

Lean är inte en samling verktyg som kan tillämpas var för sig, det är ett övergripande sätt att se på verksamheten. För att fungera måste det genomsyra alla delar, vilket gör det till en kultur och värderingsfråga likaväl som en fråga om arbetssätt och flöden. Kundtänkande kräver att fokus ändras från den egna uppgiften till vad nästa led behöver för att slutresultatet skall bli bra.

Ledarskap

Ledarskapet är en mycket central del i hur väl lean produktion lyckas. Ledarskapet måste skapa en kultur med värderingar såsom öppenhet, ömsesidigt förtroende, lagarbete, kundfokus och utbildning/träning. Ledaren måste finnas till hands, vara synlig. Genom att delta i det dagliga arbetet och ställa frågor, lyssna och framför allt agera på det man får reda på uppnås ett förtroende. En viktig princip i lean och i förbättringsarbete är att betona allas ansvar för sitt eget arbete, alla är involverade och ansvariga för resultatet av sitt eget arbete.

För att kunna arbeta med ständiga förbättringar och med tydligt kundfokus måste ansvar och befogenheter ligga hos den som utför uppgiften. Det innebär särskilda krav att leda en verksamhet som arbetar på detta viset. En viktig princip är att ansvaret och befogenheten skall ligga hos den som gör jobbet. Det innebär att medarbetarna själva får ta beslut i så stor grad som möjligt. Om uppgiften är väldefinierad och kundbehovet är klart skall medarbetarna själva kunna avgöra hur undantag och problem skall hanteras. En annan viktig princip är att flera medarbetare skall kunna göra varje uppgift. På så vis blir organisationen mer flexibel och mindre sårbar.

Förändring och förbättring

Ständiga förbättringar är en av grunderna i lean. Ständiga förbättringar innebär att medarbetarna regelbundet reflekterar över hur arbetet utförs och är villiga att pröva nya, väl underbyggda och genomtänkta sätt att arbeta. För ett framgångsrikt förbättringsarbete behöver förändringar genomföras på ett metodiskt och organiserat sätt. Ordentligt faktaunderlag ska tas fram till varje viktigt beslut, detta gäller alla nivåer i organisationen och både kort- och långsiktiga beslut. Varje medarbetare medverkar till att deras arbetssätt utvecklas över tiden. Alla arbetar i en process och den processen innehåller oftast icke värdeskapande aktiviteter som bör elimineras.

Mål, mätning och återkoppling

Mätning och uppföljning är ett krav för att kunna säkerställa förbättringar. En grundprincip för mätning av produktivitet och kvalitet är att vi skall mäta lokalt, på varje process.

Mätningen skall användas som underlag för förbättringar där de görs. Alla mätningar skall återkopplas till den som utfört uppgiften. Målet är att det skall ske så snabbt som möjligt, helst direkt. Om resultatet inte är acceptabelt skall åtgärder ske direkt. En förutsättning för att kunna göra ett bra arbete är att alla skall veta kriterierna för vad som är ett bra arbete. I vården kan det vara ett problem att avgöra vad som skall prioriteras och var gränser skall dras. Både produktivitet och kvalitet är viktigt, medarbetarna måste veta vad som utgör ett bra arbete, och vad som skall undvikas. Gränsdragningarna skall inte göras av var och en, istället skall så klara riktlinjer som möjligt göra det lättare att göra ett bra jobb. En del i det är att alla skall få återkoppling på sitt arbete och genom den veta hur man ligger till jämfört med målen.

Standardiserat arbetssätt

En uppgift skall alltid utföras enhetligt på bästa sätt för samma resultat, oberoende av vem som utför den. Det gör att medarbetarna undviker att uppfinna hjulet på nytt hela tiden. Genom att standardisera arbetssätt, uppstår en förutsägbarhet i systemet och energin kan ägnas åt att förbättra det standardiserade arbetssättet. Därmed undviker man onödiga moment och arbetar med så enkla och effektiva verktyg och hjälpmedel som möjligt. Målet är att arbeta med en praktisk formaliseringsgrad, med enkla och användbara instruktioner och undvika krångliga och överarbetade strukturer och system.”¹

2 JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Jämtställdhetsperspektiv

Jämtställdhetsperspektivet tas tillvara genom värdegrundsarbetet inom lean

Barnperspektiv

Barnperspektivet ska beaktas i leanarbetet så att vård och behandling kan ske utifrån barns speciella förutsättningar.

Miljöperspektiv

Införande av lean ger möjligheter inom miljöarbetet då granskning av slöserier ingår i filosofin. Vid planering av möten och sammanträden ska alltid möjligheten till distansmöte övervägas innan resa bokas för att spara tid och resurser samt minimera miljöpåverkan.

Konsekvensanalys

Införande och befastande av lean bidrar till ett långsiktigt förbättringsarbete vilket förhoppningsvis utvecklar verksamheten och arbetsmiljön.

¹ *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*, in John Rognes & Anna Krohwinkel Karlsson (eds) *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*, LHC Report Nr 2 2012 (co-author Jon Rognes)

3 MÅL OCH AKTIVITETER

Handlingsplanen är framtagen av landstingets ledningsgrupp under hösten 2013 och ligger som grund för arbetet med införande av lean 2013-2014.

Planen baseras på fyra målområden: plan för införande, organisation, kommunikation samt kompetensutveckling”

”Plan för införande” innebär att alla medarbetare under 2014 skall ha kunskap och insikt om Lean-arbetet och i praktiken ha påbörjat arbetet med de olika metoderna/verktygen.

3.1 Mål 1: Plan för införande

Visar hur första året med lean ska genomföras inom Jämlands Läns Landsting

- Slutföra påbörjad chefsutbildning samt påbörja utbildning av stödpersoner.
- Samtliga verksamheter startar arbetet med att hitta egna slöserier
- Påbörja piloter med värdesflödeskartläggning inom opererande centrum och för informationsflödet i landstinget
- Införliva lean i verksamhetsplanen samt skapa en långsiktig handlingsplan

Övergripande aktiviteter för införandet 2013-2014

- Genomföra pilot i opererande centrum
- Genomföra pilot på informationsflödet i syfte att förbättra kommunikationen
- Alla enheter påbörjar att hitta egna slöserier
- Genomföra föreläsning om lean till alla medarbetare med Magnus Lord. Ska filmas för att alla kan se när tillfälle ges
- Ta fram en gemensam modell för måltavla i syfte att kunna visualisera resultat och verksamhet

3.2 Mål 2: Organisation

Det skall skapas en organisation internt för att komma i gång och hantera utbildningar m m. Målet är att det skall finnas stöd till verksamheten både lokalt och centralt.

- Styrgruppen övervakar arbetet under uppstart och så länge behovet finns
- Centrala stödet skall innefatta samordning av införandet och utbildningar
- Lokala stödet skall innefatta leancoacher och metodstöd från flera olika delar och yrkesgrupper i landstinget

Övergripande aktiviteter för organisation 2013-2014

- Identifiera resurspersoner och införliva dem i arbetet
- Skapa en organisation för att kunna hantera utbildningar, särskilda insatser och ett bra metodstöd

3.3 Mål 3: Kommunikation

En ny verksamhetsstrategi för organisationen skall tas fram samt en plan för inlärande av lean inom organisationen.

- Rekapitulera beslutet om varför JLL startat ett införande av lean.
- Informera om principer som lean bygger på.
- Löpande rapportering om leaninförandet.
- Informera brett om lean o andras erfarenheter.
- Informera uppdragsgivare o allmänhet.
- Fånga upp pågående aktiviteter (historier)
- Informera om huset/verksamhetsstrategin o vad det betyder.
- Synliggöra mätbara resultat.
- Ledningsgruppens engagemang i kommunikativt arbete.

Målet är att skapa delaktighet inom verksamheten samt att stärka Jämtlands Läns Landstings varumärke. Stor vikt läggs vid öppenhet i kommunikation. En kommunikationsplan tas fram och finns åtkomlig via lean-sidan.

Övergripande aktiviteter för kommunikation 2013-2014

- Kommuniera vår verksamhetsstrategi
- Skapa nyhetsbrev om Lean
- Ta fram ett bildspel att kunna använda på arbetsplatsträffar
- Ha ledardialog och presentera vägen framåt
- Använda goda exempel
- Planera för ett lean forum lokalt för att lyfta fram bra arbeten kring lean

3.4 Mål 4: Kompetensutveckling

Kompetensutveckling ska ske kontinuerligt och är ett långsiktigt arbete. Fler insatser av utbildningskaraktär eller inspiration kommer att behövas under de närmaste åren. Här inspireras vi också av från egna ”goda exempel”. Grundtanken är att ”lära genom att göra” i den konkreta vardagen

Initialt är målet att alla skall kunna få en kompetensutveckling i lean.

- Utbildning för chefer och MLU i de grundläggande leanprinciperna pågår till juni 2014 (steg 1 - 5) för att de ska kunna leda och stödja verksamheternas leanarbete
- En grundutbildning till blivande leancoacher via MIUN på 7,5 hp påbörjas ht 2013 samt vt 2014 för att öka kunskapen samt stöttnen av leanarbetet internt
- Utbildning samt föreläsningar för alla genom föreläsningar, arbetsplatsträffar och möjligheten att genom lean-spel erhålla kompetensutveckling

Övergripande aktiviteter för kompetensutveckling 2013-2014

- Fullfölja chefsutbildningen under 2014
- Utbilda metodstöd för vårdutvecklare, strateger och andra resurspersoner
- Anställa en doktorand för att följa upp lean-arbetet
- Kompetensutveckla alla medarbetare kring lean genom föreläsningar, filmer m m
- Utbilda egen kompetens i att genomföra leanspel
- Utbilda och informera politiken



Jämtlands Läns
Landsting

BÄST HÄLSA - UTAN VÄNTAN

VAD

Gör rätt
från början



VAD

Effektiva
flöden

Håller koll på läget
Sätter patienten först

HUR

Tar bort slöseri
Ständiga förbättringar

Genom samarbete och delaktighet

Övergripande handlingsplan för Återinskrivning inom 30 dagar 2014-2015

Version: 2

Ansvarig: Regiondirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-04-03	Nyutgåva	Landstings direktör	2014-04-07
2.	2014-08-20	Revidering enl ny mall, samt beskrivning av aktiviteter	Landstings direktör	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Handlingsplanens område	4
1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.3	Region Jämtland Härjedalens ansvar	4
1.4	Tidsplan.....	4
1.5	Ansvarig för handlingsplanen	4
1.5.1	Definitioner	5
2	JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	5
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	6
3.1	Mål: Minska återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak för patienter 65 år och äldre.	6

1 INLEDNING

Regiondirektören har i sin verksamhetsplan för 2015 som mål att andelen återinskrivna äldre inom 30 dagar oavsett orsak ska minska. Målet har utpekats som ett av målen med högst prioritet. Mot bakgrund av det har denna handlingsplan utarbetats. Målet gäller patienter som är 65 år eller äldre och är skrivna i länet.

1.1 Handlingsplanens område

Antal patienter som är 65 år och äldre och skrivs in i slutenvården är ca 800 per månad. Cirka 20 % av dessa återinskrivs inom 30 dagar. Resultat är relativt oförändrat jmf med 2013. Orsaker till återinskrivning varierar och kan exempelvis vara bristande information till patient/närstående men också bristande samverkan med primärvård och kommuner.

Nationellt sett har JLL goda resultat när det gäller återinskrivning med det finns ändå anledning att förbättra arbetssätten. Flera aktiviteter i handlingsplanen är redan påbörjade.

I Regionförbundets regi har Jämtlands läns landsting och länets kommuner under 2012-2014 arbetat med "Bättre liv för sjuka äldre" och upprättat en handlingsplan som delvis sammanfaller med denna plan.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Beslutad handlingsplan (SVOM) "Bättre liv för sjuka äldre" (Dnr LS/536/2014)

Beslutsdokument (LS/391/2014). Handlingsplanen gäller från 140401

1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar

Vård och omsorg om äldre har varit ett område för nationell satsning sedan 2006. Ej klart i nuläget hur ev satsning kommer att se ut 2015.

1.4 Tidsplan

2014-2015

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Lisbet Gibson, Centrumchef medicinska specialiteter

1.5.1 Definitioner

Tydliggör begrepp och ord som används i handlingsplanen och som inte kan ses som allmänt vedertagna.

CMS – Centrum för medicinska specialiteter

COS – Centrum för opererande specialiteter

BKP – Centrum för barn, kvinna, psykiatri

CLV – Centrum för lednings- och verksamhetsstöd

2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Utifrån ett jämställdhetsperspektiv, mäts återinskrivningar inom 30 dagar, totalt och könsuppdelat. Andel kvinnor som återinskrivs är 49 % och andel män är 51 %. Andel som rings upp för uppföljning är också jämnt könsfördelat.

Barnperspektivet är inte relevant då planen endast berör personen som är 65 år och äldre.

Ur ett miljöperspektiv påverkas inte miljön negativt. Däremot medför minskad återinskrivning färre sjukresetransporter (ambulans, taxi).

Konsekvensbeskrivning

Ekonomisk effekt - minskade kostnader till följd av färre inskrivna patienter

Organisationsförändring - ingen

Personalförändring - ingen

Lokaler - ingen förändring

Utrustning - utökat IT-stöd i Meddix med samordnad individuell plan (SIP)

Lisbet Gibson

20140403 Dnr: LS/391/2014
Rev
20140820

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Mål: Minska återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak för patienter 65 år och äldre.

Utgångsvärde helår 2013: total: 18,9 % varav kvinnor 18,5 % och män 19,3 %

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Identifiera risk(fokus)patienter med hjälp av IT-stöd från Prodiver	Läkare och sjuksköterskor	Antal enheter som använder systemet.	Alla relevanta enheter har infört under 2015	Centrumchef CMS COS	Centrumchef CMS COS	IT – Helena Montiadis Checklista förstärkt utskrivning
Ge skriftlig och muntlig utskrivningsinformation inkl läkemedel, till patienten innan hemgång. Informera med ”teach back”-metodik	Läkare	Andel patienter, 65 år och äldre, som fått skriftlig utskrivningsinformation	Alla relevanta enheter har infört senast juni 2015	Centrumchef CMS COS BKP	Centrumchef CMS COS BKP	Mall i VAS (Cosmic)
Upprätta handläggningsöverenskommelse (HÖK) mellan specialiserad vård och primärvård gällande dialog och informationsöverföring vid planering utskrivning för patienter med risk för återinskrivning	Läkare	Upprättad handläggningsöverenskommelse	I bruk under 2015	Centrumchef PV CMS COS BKP	Centrumchef PV CMS	Vårdutvecklare PV CMS Checklista förstärkt utskrivning
Utbildning om läkemedel till äldre	Läkare och	Antal utbildningar	2015	Centrumchef	Centrumchef	Läkemedels-

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
	distriktssköterskor			CLV	CLV	kommittén Patientsäkerhets- enheten
Utbildning brytpunktssamtal	Läkare	Antal genomförda utbildningar	2015	Centrumchef PV CMS BKP	Centrumchef CMS	Ledningskraft Webbutb (nationellt vårdprogram palliativ vård)
Utskrivningsuppföljning/uppringning	Sjuksköterskor	Antal områden som gör telefonuppföljning	2015	Centrumchef CMS COS	Centrumchef CMS COS	IT-stöd Webb- kollen
Geriatriskt stöd – upprätta organisation enligt plan	Landstinget och kommunernas verksamhet för äldre	Pilot Geriatriskt stöd pågår	2015	Centrumchef PV CMS COS BKP	Centrumchef PV	Uppdrag geriatriskt stöd Dnr: LS/537:1/2014
I samverkan med kommunerna, införa samordnad individuell plan (SIP).	Läkare, distrikts- och sjuksköterskor	SIP finns tillgängligt via Meddix samt utbildning	2015	Centrumchef PV CMS COP BKP	Centrumchef PV CMS	Ledningskraft Fredagsgruppen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Tidig och tydlig planering vid inskrivning tillsammans med patienten	Läkare och sjuksköterskor	Antal enheter som arbetar systematiskt med tidig planering	Infört på alla berörda enheter under 2015	Centrumchef CMS COS	Centrumchef CMS COS	Dokument ”långa vårdtider” Checklista förstärkt utskrivning



Jämtlands Läns
Landsting



Övergripande handlingsplan Miljö 2015

Version: 1

Ansvarig: Regiondirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-09-15	Nyutgåva	Landstings- direktören	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	4
1.1 Handlingsplanens område.....	4
1.2 Bakomliggande beslut och mål.....	4
1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar.....	5
1.4 Tidsplan	5
1.5 Ansvarig för handlingsplanen.....	5
1.6 Definitioner	5
2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS....	7
3 MÅL OCH AKTIVITETER.....	9
3.1 Materialanvändning och avfall	9
3.1.1 Mål om avfallsmängd:	10
3.1.2 Mål om papper:	11
3.1.3 Mål om hållbara inköp:	12
3.2 Energi	13
3.2.1 Mål om energianvändning:	14
3.3 Kemikalier (kemiska produkter)	15
3.3.1 Mål om kemikalier (kemiska produkter):.....	16
3.3.2 Mål om kemikalier i varor och produkter:	16
3.4 Livsmedelsinköp.....	17
3.4.1 Mål om ekologiska livsmedel:	18
3.4.2 Mål om socialt och etiskt producerade livsmedel	18
3.5 Tjänsteresor och transporter	19
3.5.1 Mål om koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter:	20

1. INLEDNING

1.1 Handlingsplanens område

Handlingsplanen omfattar Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter och det interna miljöarbetet.

Bredden i Region Jämtland Härjedalens verksamheter gör att vi påverkar den yttre miljön både direkt och indirekt.

Regionen köper in och använder stora mängder varor och upphandlar tjänster allt från förbrukningsartiklar, sjukvårdsmaterial, utrustning, bränslen, livsmedel och läkartjänster. Vår verksamhet ger upphov till stora mängder avfall (år 2013 gav landstingets verksamheter upphov till ca 814 ton). Tjänsteresor och transporter inom och utom länet leder till stora utsläpp av koldioxid. Fastigheterna med installationer och utrustning kräver stora mängder energi i form av el och värme. Kemikalier och läkemedel som används bland annat inom vården ger utsläpp både till luft och vatten och påverkar människors hälsa. För utförligare data se senaste miljöbokslut.

Det starka sambandet mellan miljö och hälsa gör också att när man arbetar förebyggande med miljöfrågor arbetar man samtidigt hälsoförebyggande.

Beskrivning av verksamhetens betydande miljöaspekter, rutiner för att upprätthålla lagkrav m.m. återfinns i ledningssystemet.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Landstingsfullmäktige beslutade i november 2013 om en långsiktig utvecklingsplan för miljö för åren 2014-2026. Ambitioner och målsättningar inom miljöområdet finns också fastställda i Landstingsplan/Regionplan 2015-2017, i Regionstyrelsens verksamhetsplan 2015 samt i Energi- och klimatstrategi för Jämtlands läns landsting 2011-2020. Denna handlingsplan utgår från de politiska ambitionsnivåer som uttryckts i de styrande dokumenten och miljöpolicy samt vad som återfinns i övriga beslut.

Handlingsplanen utgår från följande beslut och dokument:

- Miljöpolicy LS/1059/2011 (bland annat med åtagande att leva upp till nationella och regionala miljö- och klimatmål)
- Energi- och klimatstrategi LS/1320:2/2011
- Regiondirektörens verksamhetsplan 2015
- ISO 14001
- EMAS-förordningen (EG) nr 1221/2009
- Landstingsplan/Regionplan 2015-2017
- Regionstyrelsens verksamhetsplan 2015

1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar

Regionens verksamhet påverkas av en stor mängd lagstiftning inom miljöområdet och en lagförteckning för miljö återfinns i ledningssystemet. En viktig grundpelare i miljölagstiftningen är de allmänna hänsynsreglerna i Miljöbalkens andra kapitel där bland annat försiktighetsprincipen beskrivs.

Inom EU och nationellt finns inom flera områden, bland annat energi och livsmedel, uttryckt en ambition att offentliga verksamheter ska gå före i miljöarbetet. Regeringen har fastställt 16 nationella miljömål med preciseringar. Jämtlands län har 2014 beslutat om och publicerat länets regionala miljömål för 2013-2016 och även tagit fram en Klimatstrategi för Jämtlands län med mål och åtgärder för 2014-2020.

Då klimatförändringar, gifter i produkter och i miljön, luftföroreningar m.m. har så stor inverkan på människors hälsa, bör det åligga ett särskilt intresse, för verksamheter med hälso- och sjukvård som ett stort ansvarsområde, att minimera sin egen verksamhets negativa påverkan på miljön. Ur ekonomisk synpunkt är det också oftast väldigt fördelaktigt att prioritera miljöarbetet då det till stor del handlar om resurseffektivitet.

1.4 Tidsplan

De mål som beslutats i handlingsplanen gäller under 2015. De prioriterade aktiviteterna är även kopplade till ett långsiktigt arbete och bör i många fall löpa vidare.

Under 2015 kommer Långsiktig utvecklingsplan för miljö att revideras vilket kan medföra att långsiktiga mål justeras eller tillkommer varför denna övergripande handlingsplan är 1-årig.

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Miljöstrateg på Samordningskansliet ansvarar för att handlingsplanen hålls aktuell och revideras. Ansvariga för implementera relevanta mål och aktiviteter i verksamheternas verksamhetsplaner är ansvariga för respektive verksamhetsplan.

1.6 Definitioner

betydande miljöaspekter: – aktiviteter/åtgärder/verksamhet som påverkar miljön i mer betydande omfattning

LCC-kalkyl: - beräkning av livscykelkostnad för en produkt. Ett lågt inköpspris gör inte nödvändigtvis en vara billig. Ett sätt att räkna fram ett helhetspris för en vara är livscykelkostnader, LCC. En dyrare investering kan löna sig genom lägre drifts- och underhållskostnader och de allt högre energipriserna. OBS, bör inte förväxlas med LCA som står för livscykelanalys som är en metod för att åstadkomma en helhetsbild av hur stor den totala miljöpåverkan är under en produkts livscykel från råvaruutvinning, via

tillverkningsprocesser och användning till avfallshanteringen, inklusive alla transporter och all energiåtgång i mellanleden.

materialeffektivitet: - Materialeffektivitet innebär att material utnyttjas så att konkurrenskraftiga varor och tjänster kan produceras med så små insatser som möjligt. Att ersätta varor med tjänster kan även ses som en del av materialeffektiviteten.

processägare: - Processägaren har till uppgift att från ett helhetsperspektiv koordinera och leda utvecklingen av den tilldelade processen. Ansvaret för processledning inom regionstyrelsens förvaltning är delegerat till respektive centrumchef.

vektorbundna sjukdomar: - Vektorburna sjukdomar är sjukdomar som sprids av sjukdomsbärande organismer, så kallade vektorer. Exempel på vektorer är insekter, fästingar och andra djur.

2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Varje år dör tre miljoner barn i sjukdomar som har sin grund i miljöförstöring och klimatförändringar och t.ex. beräknar Världshälsoorganisationen att antalet barn som dör av astma kommer att öka med 20 procent de närmaste tio åren, om inte utsläppen minskar¹. Barn och unga framhåller själva klimat- och andra miljöfrågor som några av de viktigaste framtidsfrågorna. FN har låtit göra en stor utredning om hur barn och unga påverkas av naturkatastroferna som kommer i klimatförändringens spår. Man har haft barnkonventionen som utgångspunkt och har ganska snabbt kunnat konstatera att barn och unga som lever i katastrofutsatta områden har berövats de flesta av sina rättigheter. Utredningen har även slagit fast att problemet både är akut i de områden som är utsatta, men även långsiktigt då klimatförändringen är en pågående process. Om inget görs kommer än större problem att uppstå. Det är således både ett lokalt och ett globalt problem samt både kortsiktigt och långsiktigt.

Människor och miljö utsätts för farliga ämnen som sprids via kemiska produkter och varor som finns omkring oss i vardagen. Det kan ske genom direkt kontakt till exempel vid inandning av ämnen som dunstar från rengöringsmedel, genom upptag i huden av kosmetiska produkter eller när barn suger på föremål. Kemikalier kan vara akut giftiga, vilket betyder att de kan orsaka skada genast, till exempel vara frätande. Det finns också kemikalier som kan skada genom att till exempel ge allergi. En del ämnen bryts inte ner utan samlas i djurs och människors kroppar. I blodprover och bröstmjolk från människor har forskarna hittat många ämnen, varav en del kan påverka hormonsystemet och andra kan påverka nervsystemet. Påverkan kan också ske indirekt. En stor mängd varor genererar en stor mängd avfall och med avfallet sprids kemikalierna vidare – till marken och till vattnet, och så småningom till grönsakerna och till fisken som i sin tur hamnar på middagsbordet.

Barn och unga är mer känsliga för kemikalier än vuxna. Det beror dels på att deras kroppar, till exempel hjärnan, hormonsystemet och immunsystemet, inte är färdigutvecklade och om skador uppstår i ett tidigt utvecklingsskede kan det få livslånga konsekvenser. Barn betar sig också annorlunda jämfört med vuxna och blir därför mer exponerade för kemikalier. De äter, dricker och andas mer än vuxna i förhållande till sin storlek. Mindre barn utforskar världen krypande och de suger och tuggar på saker för att uppleva dem. Exponering tidigt i livet har också betydelse för vad som händer senare i livet hos män och kvinnor. I en studie vid Uppsala universitet, där man exponerade möss för vissa organiska miljögifter under nyföddhetsperioden så orsakade det beteendestörningar som

¹ Källa: UNICEF

hyperaktivitet och sämre inlärningsförmåga ungefär lika mycket för han- och hondjur. När det gäller andra miljögifter kan man dock se skillnad i hur kvinnor och män påverkas, olika för olika ämnen.

Genusperspektiv på klimatförändringar visar på stora skillnader i hur kvinnor och män drabbas, i vem som belastas och vem som värnar om miljön och vem som har makt att fatta beslut. Ojämställdheten resulterar i att kvinnor är den grupp som har minst möjlighet att påverka, men som drabbas hårdast i miljörelaterade krissituationer. I flera delar av tredje världen förväntas allt fler människor snart att dö på grund av miljöproblem.

En av klimatförändringarnas svåraste konsekvenser är massflykt. Miljöflyktingarna i världen är i dag fler än dem som flytt på grund av krig. Kvinnor riskerar inte bara att dö på grund av naturkatastrofer, utan för att våld mot kvinnor tilltar i krissituationer. Kvinnors arbetsbörda ökar också markant jämfört med männens i flykt.²

Konsekvenserna av ett ändrat klimat är störst i utvecklingsländer, men även i Sverige påverkas kvinnor mer än män av förändringar, samtidigt som de har mindre makt över orsakerna till dem. Exempelvis är det mestadels män som sitter i energibolagens beslutsfattande positioner.

Men kvinnor verkar i större utsträckning än män vilja göra något åt klimatet. Flera svenska rapporter har under de senaste åren visat bland annat att män förbrukar mer energi än kvinnor, framför allt på transporter, och att kvinnor säger sig vara mer villiga att förändra sina levnadsvanor till förmån för miljön.

² Källa: Måns Andersson, Centrum för genusvetenskap vid Uppsala universitet

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Materialanvändning och avfall

Påverkan på:

Miljö:

- Klimatpåverkan i form av avfallstransporter, avfallsdeponier samt förbränning av avfall
- Hushållning med naturresurser med förebyggande av uppkomst av avfall, långtgående källsortering och materialåtervinning
- Giftfri miljö genom utsortering av farligt avfall och säkert omhändertagande av avfallet

Hälsa:

- Bättre arbetsmiljö för de som hanterar avfallet vid bättre källsortering.

Ekonomi:

- Lägre kostnader för kvittblivning vid högre grad av källsortering samt vid minskade mängder avfall
- Lägre kostnader vid materialeffektivitet

3.1.1 Mål om avfallsmängd:

Den totala avfallsmängden ska minska med 1% till slutet av 2015 jämfört med 2012 (822 ton 2011 => 814 ton 2015). Mäts på central nivå med statistik uppdelad på olika avfallsslag.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Vid upphandling och inköp ställs krav för att minska mängden onödiga förpackningar och för att underlätta materialåtervinning.	De ansvariga för att göra kravspecifikationen i respektive upphandling samt de som ansvarar för avrop och inköp	Mäts inte		Beställare, inköpare samt Upphandlingsenheten		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare
Vid upprättande och revidering av rutiner och översyn av processer ska materialanvändning och hantering av avfall som uppkommer alltid beskrivas och materialanvändning/uppkomst av avfall minimeras där så är möjligt.	Personal som medverkar i arbetet med rutiner och processer	Mäts inte		Ansvariga för rutiner samt processägare		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare
Vid upphandling och inköp ställs krav för att minska mängden onödiga förpackningar och för att underlätta materialåtervinning.	De ansvariga för att göra kravspecifikationen i respektive upphandling samt de som ansvarar för avrop och inköp	Mäts inte		Beställare, inköpare samt Upphandlingsenheten		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Vid upprättande och revidering av rutiner och översyn av processer ska materialanvändning och hantering av avfall som uppkommer alltid beskrivas och materialanvändning/uppkomst av avfall minimeras där så är möjligt.	Personal som medverkar i arbetet med rutiner och processer	Mäts inte		Ansvariga för rutiner samt processägare		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare

3.1.2 Mål om papper:

Mängden kopieringspapper ska minska med 2% till slutet av 2015 jämfört med 2013

(38,7 ton 2013 => 38,0 ton 2015). Mäts på central nivå med statistik uppdelad per verksamhet.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Införande av s.k ”privat utskrift” med kod på alla skrivare där så är praktiskt möjligt	Arbetsplatser med multifunktions-skrivare	Andel multifunktionsskrivare med ”privat utskrift” som standardinställning		Enhetschefer	Miljöstrateg	Miljöstrateg/ Miljöhandläggare
Översyn om kallelser och handlingar till politiska sammanträden	Politiker			Samordnings-kansliet	Kanslichef	

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
kan erbjudas digitalt						
Införande av s.k. "privat utskrift" med kod på alla skrivare där så är praktiskt möjligt	Arbetsplatser med multifunktions-skrivare	Andel multifunktionsskrivare med "privat utskrift" som standardinställning		Enhetschefer	Miljöstrateg	Miljöstrateg/ Miljöhandläggare
Översyn om kallelser och handlingar till politiska sammanträden kan erbjudas digitalt	Politiker			Samordningskansliet	Kanslichef	

3.1.3 Mål om hållbara inköp:

Principerna för hållbara inköp ska vara allmänt kända för all personal som är involverade i inköp

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Regler och rutiner för hållbara inköp ska vara allmänt kända för personal involverade i inköp	All personal som gör inköp eller är involverade i inköp/upphandlingar	Mäts inte		Enhetschefer		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare samt Upphandlingsenheten

Kommentar: Regler/rutiner för Hållbara inköp tas fram under 2014 i enlighet med mål i Landstingsdirektörens verksamhetsplan 2014 och kommer att publiceras på Insidan i ledningssystemet.

3.2 Energi

Påverkan på:

Miljö

- Klimatpåverkan via utsläpp från energiproduktionen.
- Hushållning med naturresurser.
- Utsläpp av försurande ämnen vid förbränning av fossila bränslen.
- Bildandet av marknära ozon vid förbränning av fossila bränslen.

Hälsa

- Klimatförändringar kan medföra ökning av vektorbundna sjukdomar, ökad frekvens av extrema väderhändelser kan medföra olyckor/skador, köldskador, hälsopåverkan vid värmeböljor, risk för försämrad vattenkvalitet m.m.

Ekonomi

- Energieffektivare utrustning, energismart beteende, investeringar för energieffektiviseringar och minskad energianvändning är nödvändigt för att dämpa kostnadsutvecklingen med stigande energipriser.
- De byggnations- och renoveringsprojekt som sker i Region Jämtland Härjedalens regi ska samordnas med planerade energieffektiviseringsåtgärder och följa den energi- och klimatstrategi som beslutades av landstinget 2011.
- För hyrda lokaler är målsättningen att landstinget står för elenergiabonnemangen för att kunna påverka elenergikostnaden och göra landstingets investering i vindkraft ännu lönsammare.

3.2.1 Mål om energianvändning:

Energianvändningen ska minska med 8 % till år 2020 från 2009 (mätt som kWh/m², BRA-yta). Det innebär -5,5% till år 2015 jämfört med år 2009. Mäts på central nivå per fastighet med viss mätning på enhetsnivå.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Bedömning av och hänsyn till energiprestanda t.ex. med LCC-kalkyl eller energimärkning ska användas vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel.	Medverkande i framtagande av kravspecifikationer för sådan utrustning samt beställare/inköp av sådan utrustning	Mäts inte		Beställare, inköpare, upphandlande enhet, upphandlingsenheten		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare/ Fastighetsenheten
Där så är möjligt ska energisparläge ställas in för teknisk utrustning och avstängning vid arbetspassets slut	Personal som handhar teknisk utrustning som kräver energitillförsel	Mäts inte		Enhetschef		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare

3.3 Kemikalier (kemiska produkter)

Påverkan på:

Miljö

- Giftfri miljö genom utfasning av särskilt farliga kemikalier, säker hantering av kemikalier och kemikalieavfall samt minskning av den totala kemikalieanvändningen

Hälsa

- Giftiga, frätande, brandfarliga, hälsoskadliga kemikalier påverkar hälsa och arbetsmiljö i olika grad. Kemikalier som hanteras felaktigt kan indirekt påverka människors hälsa om skadliga ämnen kommer ut i t.ex. vatten och luft. Kan vi få en samlad överblick över vilka kemikalier vi använder i landstinget är det lättare att arbeta för att effektivisera sortiment, lagerhållning och användning samt utfasning av de skadligaste kemikalierna.
- Skadliga kemikalier kan också ingå i varor och produkter. Genom att minimera användning material och produkter som innehåller sådana ämnen minskar också risken för skadliga verkningar på hälsan där särskilt barn och unga är känsliga för hormonstörande och cancerframkallande ämnen.

Ekonomi

- Bättre arbetsmiljö ur kemikaliesynpunkt minskar risken för sjukfrånvaro av den orsaken
- Kostnad för inköp och årskostnader för kemikaliehanteringssystem
- Frigör viss arbetstid för uppdatering av säkerhetsdatablad m.m. och fokus kan läggas på andra arbetsuppgifter.
- Lägre kostnader på sikt vid mer kontrollerad kemikalieanvändning och en förmodad minskning av totala användningen.

3.3.1 Mål om kemikalier (kemiska produkter):

Kemikaliehanteringssystem ska implementeras i verksamheten under 2015

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Personal som hanterar enhetens kemikalieförteckning ska ta del av instruktioner för handhavande av kemikaliehanteringssystemet	Personal som inventerar och uppdaterar kemikalieförteckningen för enheten		2015	Miljöhandläggare erbjuder information/instruktioner. Enhetschef ansvarar för att berörd personal tar del	Miljöhandläggare	Miljöhandläggare
Under 2015 ska enhetens kemikalieförteckning vara uppdaterad i kemikaliehanteringssystemet	Enhetschefer och personal som inventerar och uppdaterar kemikalieförteckningen för enheten		2015	Enhetschef	Enhetschef samt Miljöhandläggare	Miljöhandläggare

Kommentar: Kemikaliehanteringssystem upphandlas under 2014. Avtal beräknas i dagsläget vara klart hösten 2014 varefter införande, utbildning och implementering påbörjas.

3.3.2 Mål om kemikalier i varor och produkter:

Vid inköp av material och produkter som används i miljöer och verksamhet där barn och ungdomar vistas ska särskild hänsyn tas vad gäller risk för exponering av oönskade hormonstörande ämnen.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Vid inköp av material och produkter som kan komma i kontakt med barn/ungdomar ska man så långt möjligt ta reda på om något kan innehålla hormonstörande ämnen.	Enhetschefer samt övrig personal. I synnerhet personal på BVC/MVC. Upphandlingsenheten			Enhetschefer, beställare, upphandlingsenheten		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare samt Upphandlings- enheten
Så långt möjligt undvika att köpa in produkter med hormonstörande ämnen samt dokumentera	Enhetschefer samt övrig personal. I synnerhet personal på BVC/MVC.			Enhetschefer och personal som gör inköp, upphandlingsenheten		Miljöstrateg/ Miljöhandläggare samt Upphandlings-

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
produkter där det i dagsläget inte finns godtagbara alternativ.	Upphandlingsenheten					enheten

Kommentar: I de fall upphandlingsenheten är involverade i inköpet kan man komma överens om att upphandlingsenheten gör kontrollen och dokumentationen. Vid andra typer av inköp måste respektive ansvarig för inköpet själv göra kontrollen.. Om godtagbara alternativ saknas bör detta dokumenteras och dokumentationen bör samlas för att förbättra framtida inköp.

I europeiska kemikalielagstiftningen, REACH, finns en lagkrav om informationsplikt för leverantörer. Leverantören ska lämna information i de fall varan innehåller något eller några av de ämnen som är namngivna på kandidatförteckningen i halter över 0,1 vikt-% i varje enskild del av varan. Hormonstörande ämnen kan t.ex. förekomma i plastprodukter.

3.4 Livsmedelsinköp

Påverkan på:

Miljö

- Stor indirekt påverkan på biologisk mångfald, minskning av föroreningar och användning/spridning av gifter, påverkan på djurskydd m.m. genom att ställa krav på produktionen och produkter.

Hälsa

- Möjlighet till bättre arbetsmiljö och hälsa för de som producerar varorna samt för omgivande befolkning
- Minskar antibiotikaanvändningen då ekologiskt uppfödda djur enbart får ges antibiotika i botande syfte och inte i förebyggande.

Ekonomi

- Merkostnad för inköp av ekologiskt producerade livsmedel då dessa generellt sett är dyrare.

3.4.1 Mål om ekologiska livsmedel:

Andelen ekologiska livsmedel ska vara minst 21% av det totala utfallet av livsmedelsinköpen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Inköp av ekologiska livsmedel		Procentuell andel av det totala utfallet av livsmedelsinköpen i kronor.	Löpande under året. Avstämning vid tertialboksluten.	Kostchef	Kostchef	Inköp av ekologiska livsmedel

3.4.2 Mål om socialt och etiskt producerade livsmedel

Andelen socialt-etiskt märkta livsmedel ska vara minst 6% av det totala utfallet för livsmedelsinköpen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Inköp av socialt-etiskt märkta livsmedel		Procentuell andel av det totala utfallet av livsmedelsinköpen i kronor.	Löpande under året. Avstämning vid tertialboksluten.	Kostchef	Kostchef

3.5 Tjänsteresor och transporter

Påverkan på:

Miljö

- Klimatpåverkan genom avgasutsläpp
- Hushållning med naturresurser vid val av färd sätt, bränslen samt vid val om att använda teknik istället för transport.
- Utsläpp av försurande ämnen vid förbränning av fossila bränslen
- Bildande av marknära ozon vid förbränning av fossila bränslen

Hälsa

- Hälsoskadliga avgasutsläpp
- Buller
- Minskat antal tjänsteresor medför minskade skaderisker via trafikolyckor då man minimerar tiden man tillbringar på väg.
- Utsläpp av koldioxid förstärker växthuseffekten som medför ett förändrat klimat vilket kan medföra en rad olika effekter på människors hälsa.

Ekonomi

- Lägre kostnader vid minskat antal tjänsteresor och transporter
- Eventuellt ökade kostnader initialt vid byte av fordon till alternativt drivna fordon
- Lägre kostnader vid övergång till kollektivt resande
- Att använda tele- och videomöten och telefonkonferenser istället för att resa innebär minskade kostnader.
- Utbildning och fortbildning i sparsam körning innebär en kostnad, men minskar bränsleförbrukningen respektive bibehåller en minimerad bränsleförbrukning och därmed minskade bränslekostnader.

3.5.1 Mål om koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter:

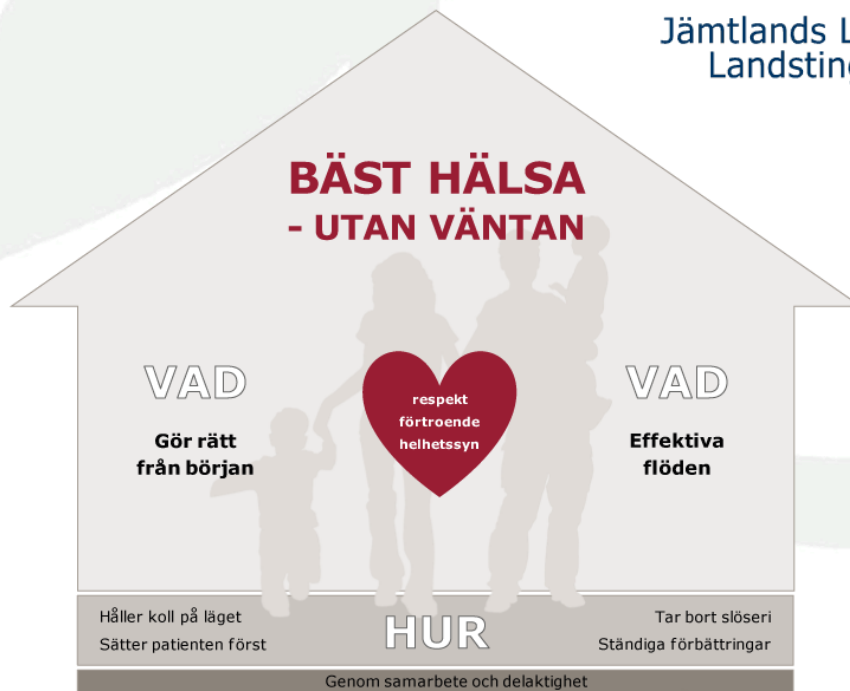
Koldioxidutsläppen från landstingsanställdas tjänsteresor och transporter ska minska med 12 % jämfört med år 2010 (1 553 609 kg CO₂ år 2010 => 1 367 175 kg CO₂ år 2015, motsvarande -186 433 kg)

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig
I upphandling, avrop och hyra prioriteras energieffektiva fordon med låga utsläppsvärden	alla som avser att köpa, hyra eller leasa fordon			alla som avser att köpa, hyra eller leasa fordon samt upphandlingsenheten och enhet ansvarig för regionens egna leasingfordon	Enhetschef Hjälpmedel MA Transport samt Miljöstrateg	Enhet Transport Upphandling Miljö
Landstingsgemensamma regler för resor inom Jämtlands läns landsting ska vara kända och tillämpas*	alla som ska ta ställning till om en resa eller transport behöver göras.	Antal resta mil samt koldioxidutsläpp per rest mil (kg CO ₂ /mil) (Bör minska)	Fortlöpande	Alla medarbetare	Miljöstrateg	Person Miljö
Möjligheterna till nyttjande av vård på distans och resfria möten ska bli mer känt i organisationen och nyttjas i större utsträckning	All personal			Staben för e-hälsa och IT	Staben för e-hälsa och IT	IT-St Distans

* Landstingsgemensamma regler för förtroendevalda och anställda i Jämtlands läns landsting beslutades av Landstingsfullmäktige 2013 och gäller därmed Region Jämtland Härjedalens verksamheter.



Jämtlands Läns
Landsting



Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2014-2015

Version: 1

Ansvarig: Regiondirektören

Anna-Lena Alfreds

2014-09-16

Dnr: LS/1398/2014

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-09-16	Nyutgåva av landstingsövergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2014-2015 (Dnr 1339-2013)	Regiondirektören	2014-10-28

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Handlingsplanens område	4
1.2	Bakomliggande beslut och mål	5
1.3	Region Jämtland Härjedalens ansvar	5
1.4	Tidsplan.....	5
1.5	Ansvarig för handlingsplanen	6
1.6	Definitioner	6
2	JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	6
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	8
3.1	Övergripande mål.....	8
3.2	Bedömning och hantering av risker.....	9
3.3	Personalresurser, säkerhet och kompetensförsörjning.....	10
3.4	Kontinuitetsplanering för verksamheten	11

1 INLEDNING

Informationssäkerhet är ett komplext område som spänner över bland annat patientsäkerhet, teknik, administration, ekonomi och juridik, området omfattar och tangerar alla landstingets verksamheter. Samhällsutvecklingen och dess snabba utvecklingstakt kräver dessutom en effektiv samverkan.

Information är en av regionens viktigaste tillgångar. En god informationssäkerhet innebär att minimera risker som finns mot informationens:

- Sekretess – så att informationen bara är tillgänglig för den som har rätt att ta del av den
- Riktighet – så att informationen förblir korrekt, begriplig och fullständig
- Tillgänglighet – så att informationen finns till hands när den behövs
- Spårbarhet – så att man i efterhand kan identifiera vem som har gjort vad och när.

Att arbeta fram ett ledningssystem för informationssäkerhet stödjer regionens verksamhetsstrategi "LEAN" genom att slöserier minimeras, rätt information finns tillgänglig vid rätt tillfälle på rätt ställe vilket bidrar till att rätt kvalitet och effektivitet uppnås.

Informationssäkerheten i Region Jämtland Härjedalen ska tillvarata medborgarnas krav på integritet, rättsäkerhet och god service. Att uppfylla sekretess bidrar till respekt och förtroende mot våra patienter och medborgare. Information och data är tillgångar, som i likhet med andra verksamhetstillgångar är viktiga, för regionens verksamheter och dessa tillgångar måste skyddas. Regionens verksamhet är omfattande, med många olika intressenter och med ett stort behov av information. Information och data förekommer i många former och avser allt från enskilda medarbetares kunskaper till information och data lagrad i IT-system.

Det finns allvarliga risker förknippade med ett bristande informationssäkerhetsarbete. Detta gäller inte minst inom hälso- och sjukvården där känslig patientinformation hanteras och där riskerna kan vara både felaktig information eller att otilbörliga kommer åt känslig information. Ett sunt och vaket säkerhetsmedvetande hos alla medarbetare är en förutsättning för väl fungerande informationssäkerhet.

1.1 Handlingsplanens område

Syftet med handlingsplanen är att med ledningens stöd på ett strukturerat sätt öka kännedom om informationssäkerhet i regionens verksamheter så att styrande lagar och beslutad policy efterlevs och förverkligas. En viktig åtgärd för att uppnå detta är att genomföra grundläggande utbildning för alla medarbetare samt riktad utbildning till nyckelfunktioner. Vidare behövs arbete med BITS analyser göras för att uppnå den beslutade basnivån för informationssäkerhet i landstingets olika IT system. Arbete med kontinuitetsplanering behöver stärkas så att verksamheten kan fungera när störningar och avbrott i viktiga IT system uppstår.

Ett arbete har startats upp med framtagande av styrande dokument för att uppfylla kraven för informationssäkerhet enligt ISO 27001:2006. Det arbetet ingick tidigare i projektet "insidan och

Anna-Lena Alfreds

2014-09-16

Dnr: LS/1398/2014

ledningssystemet”. Då relativt mycket arbete återstår och projektet är avslutat, finns det med som aktivitet i handlingsplanen.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Flera försök har gjorts i landstinget för att skapa struktur och komma framåt i informationssäkerhetsarbetet. Projekt startades upp både 2009 och 2011, trots goda ambitioner med hjälp från externa konsulter och väl definierade projektbeskrivningar så har inga arbeten nått målen eller avstannat av olika orsaker. Informationssäkerhetssamordnaren fick 2011 särskild avtalspension och funktionen ersattes ej, under en period fanns ingen utsedd ansvarig för informationssäkerhet trots att det är ett lagstadgat krav att vårdgivaren ska utse en eller flera personer som ska ansvara för arbetet. En informationssäkerhetsgrupp har sedan dess skapats med kompetens inom områdena juridik, IT-säkerhet, arkiv och dokumenthantering, riskhantering, patientsäkerhet, kvalitetsutveckling och sedan januari 2012 finns en utsedd informationssäkerhetssamordnare. Landstingsfullmäktige fastställde i juni 2013 en ny informationssäkerhetspolicy. Beslut är taget att informationssäkerhet ska vara en integrerad del av landstingets ledningssystem och att informationssäkerhetsarbetet så långt det är möjligt ska följa standarden i ISO 27001. Beslut är också taget att begreppet informationsägare ska användas i landstinget och att det följer verksamhetsansvaret.

Vid internkontroll 2013 av landstingets säkerhetsarbete gjorde landstingsstyrelsen observation att det fanns stora brister i landstingets informationssäkerhetsarbete. Landstingsdirektören gavs i uppdrag att stärka informationssäkerhetsarbetet (landstingsstyrelsens protokoll 20130219). Även vid uppföljning 2014 konstateras brister i informationssäkerhetsarbetet, varför en handlingsplan och fortsatt arbete med informationssäkerhetsarbetet är av största vikt.

1.3 Region Jämtland Härjedalens ansvar

Patientdatalagen (SFS 2008:355) som trädde i kraft den 1 juli 2008 ställer tydliga krav på landstinget hur informationssäkerhetsarbetet ska bedrivas och vad det ska omfatta. Lagen förtydligas i Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14). Socialstyrelsen har dessutom publicerat en handbok ”Handboken – ett stöd för vårdgivare, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal som ska tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården”.

En översikt av styrande lagar återfinns i dokumentet [Lagförteckning informationssäkerhet](#).

1.4 Tidsplan

Handlingsplanen sträcker sig över två år d.v.s. 2014-2015.

Anna-Lena Alfreds

2014-09-16

Dnr: LS/1398/2014

1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Beredskapschef ansvarar för att handlingsplanen hålls aktuell, följs upp och revideras vid behov.

1.6 Definitioner

Behörighet	Tilldelad åtkomsträttighet i IT-system
BITS	Basnivå för informationssäkerhet
LIS	Ledningssystem för informationssäkerhet
DISA	Datorstödd informationssäkerhetsutbildning för användare
Riskanalys	Metodisk process som identifierar säkerhetsrisker och bestämmer dess betydelse.

2 JÄMSTÄLLDHETS- OCH JÄMLIKHETSPERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Jämställdhets- och barnperspektiv

Informationssäkerhetsarbetet är könsneutralt ur ett jämställdhetsperspektiv. I arbetet ingår t ex att arbeta fram och utbilda om säkra rutiner för hantering av personuppgifter bl.a. skyddade personuppgifter och sekretessbelagda patientuppgifter. En god informationssäkerhet bidrar till ökad trygghet för alla landstingets patienter oberoende av kön och ålder.

Miljöperspektiv

Införande av LIS (ledningssystem för informationssäkerhet) har ingen påverkan på landstingets materialförbrukning eller mängden avfall. Handlingsplanen innebär vidare inte heller något ökat resande. Utformning av en webbaserad utbildning i informationssäkerhet, DISA, kan genomföras på den egna arbetsplatsen och bidrar inte till ökat resande.

Konsekvensanalys

För att genomföra utbildning i informationssäkerhet krävs resurser i form av utbildningstimmar samt personalresurser för framtagande och genomförande. Kostnaden för att anpassa och installera en webbaserad utbildning är idag oklart. Den planerade webbutbildningen DISA behöver vårdanpassas och arbetet som utförs av MSB är försenat, installation i citrix miljö beräknas till ca 5000 kr. Privata aktörer har dykt upp på marknaden och erbjuder bra anpassade webbutbildningar till en kostnad av ca 150 000 kr.

Att genomföra BITS analyser kräver tid från systemansvariga och verksamhetsföreträdare. Dessa behöver också stöd för genomförandet från samordningskansliet samt IT. Kostnader kommer

Anna-Lena Alfreds

2014-09-16

Dnr: LS/1398/2014

också sedan att uppstå för att åtgärda de brister och risker som framkommer vid BITS analyserna. Det är kostnader som idag inte är budgeterade och som är svåra att beräkna. När kostnaderna är klarlagda behöver beslut tas där kostnader får vägas mot vilka risker som finns om förslagen inte genomförs. Det behöver också frigöras resurser inom samordningskansliet och IT för att aktivt arbeta med BITS analyser. Det finns idag ingen budget avsatt för informationssäkerhet för ex riskanalyser, konsultkostnader, utbildningar osv.

I aktivitetsplanen föreslås att införa en ny roll som informationssäkerhetsombud. En översyn av resurser och organisatorisk placering av rollen behöver göras innan införande. Ombudets roll är att utgöra kontakt framförallt mellan landstingets informationssäkerhetsgrupp och verksamhetsområden, de ska kunna hantera informationssäkerhetsfrågor inom verksamhetsområdet, fånga upp risker och brister ute i verksamheten och vara ett stöd för chefer.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Övergripande mål

Det övergripande målet är att uppnå ett ledningssystem för informationssäkerhet (LIS) som ska integreras i regionens övergripande ledningssystem. Region Jämtland Härjedalen ska utveckla ett ramverk för informationssäkerhet enligt ISO/IEC 27000-serien, den internationella standarden för informationssäkerhet för att tillhandahålla ett över tiden lättanvänt och effektivt stöd för verksamheterna så att de kan utveckla sin informationssäkerhet.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Uppfylla krav enligt standard avseende dokumentation – separat aktivitetsplan finns.		Andel uppfyllda krav	2014-12-31	Kvalitetssamordnare informationssäkerhetssamordnare	Kanslichef	Informationssäkerhetsgrupp
Slutföra arbetet med GAP analys			Hösten 2014	Informationssäkerhetssamordnare	Beredskapschef	Informationssäkerhetsgrupp

3.2 Bedömning och hantering av risker

Regionens informationstillgångar måste skyddas oavsett vilken form de har. Om det visar sig att skyddet kan kringgås är det viktigt att vi har en förmåga att upptäcka detta. Därför ska vi ha god kunskap om de hot, risker och sårbarheter som kan komma att påverka oss och hur vi kan förebygga och hantera dem.

Mål: Att öka förmågan att förebygga och hantera allvarliga incidenter/kriser med IT-inslag. 50% av regionens verksamhetskritiska system i systemklass 1 och 2 ska vara BITS analyserade 2015. >50% av föreslagna åtgärder enligt BAS nivå ska vara åtgärdade.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Stödja arbetet med BITS analyser	Systemägare/OC	50% av verksamhetskritiska system ska vara BITS analyserade	2015	Informationssäkerhets-samordnare Systemägare samt OC/VC	Kanslichef	
Stödja arbetet med åtgärder enligt BITS.	Systemägare	75-100% av åtgärderna bör vara genomförda	2015	Informations-säkerhetssamordnare Systemägare samt OC/VC	Kanslichef	
Genomföra riskanalys/internkontroll avseende logguppföljning	Enkät till VOC	Genomfört Ja/Nej Resultat återförs på landstingsstyrelsens internkontroll höst 2014	Hösten 2014	Informations-säkerhetssamordnare	Beredskapschef	Kvalitetssamordnare
Genomföra riskanalys/internkontroll avseende behörighetshantering och behörighetsuppföljning		Genomfört Ja/nej Resultat återförs på landstingsstyrelsens internkontroll	2015	Informations-säkerhetssamordnare	Beredskapschef	Informations-säkerhetsgrupp

3.3 Personalresurser, säkerhet och kompetensförsörjning

Alla som arbetar i regionens verksamheter ska förstå sitt ansvar för och bidra till att hantera och skydda regionens informationstillgångar.

Mål: Att på ett effektivt och samordnat sätt kunna höja kompetensen inom området informationssäkerhet.

Utbildning i informationssäkerhet ska startas upp under 2014. 2015 ska 50% av landstingets medarbetare deltagit i någon utbildning avseende informationssäkerhet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Arbeta fram och publicera webbutbildning ex DISA	Regionens samtliga medarbetare	Webbaserad utbildning finns nåbar via insidan i ledningssystemet	Under 2015	Informationssäkerhets-samordnare	Beredskapschef	
Framtagande och genomförande av utbildning riktat till olika målgrupper	Ledningsgrupper	Antal genomförda utbildningar (verksamheterna ska för en förteckning över vilka som genomgått utb)	2015. Börja med ltr lgr.	Informationssäkerhets-samordnare	Beredskapschef	
Utbildning informationssäkerhet (tidsåtgång max 1 timme, avbrott kan göras, resultat sparas).	Regionens samtliga medarbetare	50% av regionens medarbetare ska ha deltagit i utbildning avseende informationssäkerhet ex. DISA	2015	OC/VC	Informations-säkerhetssamordnare	
Införande och utbildning av verksamhetsnära informations-säkerhetsombud	OC/VC	Samtliga områden ska ha minst 1 person utsedd och utbildad.	2015	OC/VC	Informations-säkerhetssamordnare	

Anna-Lena Alfreds

2014-09-16

Dnr: LS/1398/2014

3.4 Kontinuitetsplanering för verksamheten

Verksamheten ska kunna fortsätta även om till exempel ett IT-system slås ut. Därför är det viktigt att planera också hur verksamheten ska fungera om det händer oss något.

Mål: Kritiska verksamheter ska kunna upprätthållas på rimlig nivå med bibehållen patientsäkerhet vid olika typer av katastrofsituationer, störningar och oplanerade avbrott.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning	Sakkunnig/stöd
Upprätta kontinuitetsplaner som innehåller reservrutiner avseende informationssäkerhet dvs. hur verksamheten ska bedrivas vid avsaknad av kritiska IT-system samt hur återgång till normalläge ska ske.	Verksamhets- ansvariga Systemansvariga	Infört/ej infört	2015	OC/VC	Informationssäkerhetssamordnare	
Planera, genomföra och utvärdera informations-säkerhetsövning	Verksamhets- ansvariga Systemansvariga	Genomfört/ ej genomfört	2015	Informations- säkerhetsgrupp	Beredskapschef	



Jämtlands Läns
Landsting

BÄST HÄLSA - UTAN VÄNTAN

VAD

Gör rätt
från början



VAD

Effektiva
flöden

Håller koll på läget
Sätter patienten först

HUR

Tar bort slöseri
Ständiga förbättringar

Genom samarbete och delaktighet

Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2015-2017

Version: 1

Ansvarig: Regiondirektören

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-10-15	Nyutgåva	Landstings direktör	2014-10-16

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Handlingsplanens område	4
1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.3	Värdegrund.....	4
1.4	Anställd i regionen.....	5
1.5	Tidplan	5
2	MEDARBETARE OCH CHEF.....	5
2.1	Medarbetare	5
2.2	Chef	5
3	KOMPETENSFÖRSÖRJNING	6
3.1	Medarbetarens kompetens.....	6
3.1.1	Introduktion, karriärvägar och kompetensutveckling	6
3.1.1	Kompetenssammansättning - vem gör vad	7
3.2	Studerande – våra framtida medarbetare och kollegor	7
3.3	Lön och ersättningar.....	7
3.4	Hälsofrämjande arbetsmiljö.....	8
4	MÅL OCH AKTIVITETER.....	9
4.1	Medarbetare	9
4.1.1	Mål 1: Alla medarbetare bidrar aktivt till verksamhetens uppdrag och utveckling.	9
4.2	Chef- och ledarförsörjning.....	10
4.2.1	Mål 2: Alla chefer utövar ett aktivt chefs- och ledarskap för att genomföra verksamhetens uppdrag och utveckla den.....	10
4.3	Kompetensförsörjning.....	11
4.3.1	Mål 3: Regionen tar tillvara medarbetarnas kompetens med fokus på verksamhetens uppdrag 11	
4.3.2	Mål 4: Alla medarbetare får inskolning och introduktion i yrket samt en individuell kompetensutvecklingsplan	11
4.3.3	Mål 5: tillvarata medarbetares kompetens till fulla och på ett effektivt sätt utifrån verksamhetens behov	11
4.3.4	Mål 6: Säkra framtida kompetensförsörjning	12
4.4	Lönebildning/lönepolitik	12
4.4.1	Mål 7: Regionens lönepolitik är tydlig och känd i organisationen.....	12
4.5	Hälsa och arbetsmiljö	13
4.5.1	Mål 8: Hälsofrämjande arbetsmiljö för att nå uppsatta mål och skapa engagemang för utveckling.....	13

1 INLEDNING

Detta är Region Jämtland Härjedalens strategiska handlingsplan för att attrahera och behålla kompetenta och engagerade medarbetare i vår verksamhet. Vårt mål är att vara en attraktiv arbetsgivare för kvinnor, män och queera medarbetare för att klara kompetensförsörjning på kort och lång sikt.

Detaljerad handlingsplan med aktiviteter för perioden 2015-2017 finns i bilaga 1.

1.1 Handlingsplanens område

Med handlingsplanen Attraktiva arbetsgivare vill vi visa vad Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare kommer att göra för att vara en attraktiv arbetsgivare. Region Jämtland Härjedalen är i resterande dokument refererat till som regionen.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Som grund för detta dokument ligger lagar och avtal, personalpolitisk policy och långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning. Denna handlingsplan Attraktiv arbetsgivare är en bilaga till regiondirektörens verksamhetsplan.

För norrlandstingen finns även Kompetensförsörjningsstrategi samt Kompetensförsörjningsplan för cancervården i norra regionen 2014-2018. För Region Jämtland Härjedalen finns även Regional utvecklingsstrategi (RUS).

1.3 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.”

Respekt innebär att alla människor ska behandlas lika oavsett kön, hudfärg, etnisk och religiös tillhörighet, sexuell läggning. Att respektera varandra skapar **förtroende**. Förtroende innebär ömsesidig tillit. Det skapas genom respekt för varandra som människor, för varandras kompetenser, genom lyhördhet och öppenhet i mötet. Med **helhetssyn** menas att vi alltid utgår för dem vi är till för och att vi ser till hela människans behov samt till hela verksamhetens bästa.

Regionen ska vara en jämställd och jämlik arbetsgivare där kvinnors, mäns samt queera personers villkor, rättigheter, möjligheter och skyldigheter är lika inom hela verksamheten.

1.4 Anställd i regionen

Regionen bevakar trender i samhället för att erbjuda goda anställningsvillkor som underlättar för medarbetare att förena yrkesliv med samhällsliv och privatliv.

Regionen erbjuder idag tillsvidareanställning, heltidsanställning, möjlighet till deltid, introduktion, kompetensutveckling, möjlighet till forskning, delaktighet och möjlighet till påverkan, arbetstidsmodell, flextid, omställningsgrupp, personalförening, friskvårdsprogram, friskvårdsanläggning och företagshälsovård.

1.5 Tidplan

Handlingsplanen gäller 2015-2017

2 MEDARBETARE OCH CHEF

Uppgiften för alla som arbetar i Region Jämtland Härjedalen är att tillgodose medborgarnas och regionens behov. Medarbetare och chefer har stor betydelse för en framgångsrik verksamhet och utveckling av den.

2.1 Medarbetare

Regionens medarbetare har ett aktivt medarbetarskap där de deltar i utveckling och aktivt arbetar med ständiga förbättringar. Var och en tar ansvar för god kvalitet i sina egna arbetsuppgifter samt det egna arbetets betydelse för helheten och bidrar aktivt till verksamhetens resultat. Medarbetaren förstår vikten av samverkan och samarbete och har god insikt om sina skyldigheter och rättigheter.

Mål: Alla medarbetare bidrar aktivt till verksamhetens uppdrag och utveckling

2.2 Chef

Regionens chefer har ett tydligt uppdrag, ansvar och befogenheter och chefsuppdraget ses som ett yrke i sig. Ledarskapets uppgift är att styra och stödja medarbetarna till eget ansvar och uppmuntra kreativitet för att nå verksamhetens mål.

Det personliga och hälsofrämjande ledarskapet är en stor del av chefsuppdraget, och utövas genom mod, lyhördhet, helhetssyn och ärlig återkoppling och bekräftelse till medarbetarna.

Mål: Alla chefer utövar ett aktivt chefs- och ledarskap för att genomföra verksamhetens uppdrag och utveckla den.

3 KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Medarbetaren har en viktig roll i regionens kompetensförsörjning. Medarbetare, chefer och deras kompetens är en förutsättning för att kunna bedriva hälso- och sjukvård och regional utveckling för medborgarna i Jämtlands län. Förutom att regionen betraktas som en seriös och professionell arbetsgivare så erbjuder regionen en hälsofrämjande arbetsmiljö och goda anställningsvillkor.

3.1 Medarbetarens kompetens

Varje medarbetares specifika kompetens tas tillvara och värdesätts i det dagliga arbetet. Den ständigt pågående utvecklingen inom regionens verksamheter ställer krav på medarbetarnas kompetensutveckling och utveckling av yrkesrollen. Regionen ska ta tillvara kompetensen hos och främja integrationen av arbetskraft med utländsk bakgrund samt underlätta anställning av funktionshindrade.

Regionen säkrar att kompetens tas tillvara om medarbetaren själv avslutar sin anställning, vid omställning eller vid begränsningar i arbetsförmågan.

Mål: Regionen tar tillvara medarbetarnas kompetens med fokus på verksamhetens uppdrag.

3.1.1 Introduktion, karriärvägar och kompetensutveckling

Inskolning, introduktion i yrket och karriärvägar skapar förutsättningar för att medarbetarna på ett bra och tryggt sätt kommer in i yrkesrollen, vill vara kvar i yrket och hos regionen som arbetsgivare.

Karriärvägar är kopplat till verksamhetens behov av kompetens samt ett viktigt verktyg för att engagera medarbetare att bidra till verksamhetens utveckling.

För att definiera karriärvägar kan tre grundläggande inriktningar användas:

- **Expert – fördjupning** inom ett avgränsat område
- **Linjär – uppåt**, genom att avancera i organisationen (chefs- och ledarskap)
- **Utvidgande – sidledes**, vidga och bredda sin kompetens genom att byta yrkesområde eller inriktning

Att forska och göra akademisk karriär är en möjlighet att göra karriär som expert.

Mål: Alla medarbetare får inskolning och introduktion i yrket samt en individuell kompetensutvecklingsplan.

3.1.1 Kompetenssammansättning - vem gör vad

Vem som gör vad grundas på en helhetssyn på verksamhetens uppdrag och produktions- och kapacitetsstyrning. Kompetenssammansättningen ger förutsättningar för både hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö.

Kompetenssammansättningen speglar arbetsfördelningen. För den enskilde medarbetaren innebär det bl. a. utvecklingsmöjligheter, tydlig rollfördelning, ansvar och en hållbar arbetsmiljö.

Mål: Tillvarata medarbetarens kompetens till fullo och på ett effektivt sätt, utifrån verksamhetens behov.

3.2 Studerande – våra framtida medarbetare och kollegor

Regionen och därmed också medarbetarna har ett viktigt uppdrag att handleda och utbilda studerande och medarbetare, alltifrån gymnasiestuderande till utbildning av specialistläkare.

Studerande är regionens framtida medarbetare och medarbetarnas framtida kollegor. Det är viktigt att regionen under studerandeperioderna uppfattas som en attraktiv arbetsgivare.

Mål: Säkra framtida kompetensförsörjning.

3.3 Lön och ersättningar

Regionens lönebildning är ett styrmedel för att bidra till att verksamhetens mål uppnås och utveckling av verksamheten samt stimulera medarbetarna till ansvar och engagemang. Regelbundna lönekartläggningar genomförs för att säkerställa att inte diskriminerande lönesättningar förekommer inom regionen.

För att uppnå detta är det viktigt att lönepolitiken är tydlig och känd i organisationen, så att medarbetarna kan förstå grunderna för arbetsgivarens lönesättning och lönepolitiska prioriteringar.

Chefen tillämpar regionens lönepolitik och är en tydlig representant för arbetsgivaren med ansvar för både sin egen verksamhet och regionen som helhet.

Medarbetarens lön baseras på *arbetets innehåll och krav i arbetet* - beskrivs genom arbetsvärdering, *medarbetarens prestation och resultat* –bedöms av chef i samband med löneöversyn samt *marknad* – bevakas och bedöms kontinuerligt på regionnivå.

Mål: Regionens lönepolitik är tydlig och känd i organisationen.

3.4 Hälsöfrämjande arbetsmiljö

Alla medarbetare är en del av sin egen och varandras arbetsmiljö.

En hälsöfrämjande arbetsmiljö är en framgångsfaktor i verksamheten för att nå uppsatta mål och skapa engagemang för utveckling. Det kräver bra och fungerande kommunikation, feedback, rolltydlighet och kända mål i verksamheten.

Arbetsmiljöarbetet inom regionen bidrar till en hälsöfrämjande och utvecklande arbetsmiljö, som fokuserar på det friska och faktorer som skapar förutsättningar för medarbetare att behålla, förstärka och förbättra sin hälsa.

Ett förebyggande och hälsöfrämjande perspektiv krävs för att minska risken för ohälsa och behov av rehabilitering. Regionen agerar tidigt vid tecken på ohälsa eller sjukskrivning genom att skapa förutsättningar och klimat att föra dialog i tidigt skede.

Mål: Hälsöfrämjande arbetsmiljö för att nå uppsatta mål och skapa engagemang för utveckling.

Annica Sörensdotter

2014-10-15 Dnr: LS/1363/2014

4 MÅL OCH AKTIVITETER

Nedanstående aktiviteter ska genomföras under 2015-2017. Aktiviteter inom jämställdhet och mångfald har integrerats i denna handlingsplan under varje målområde. De återfinns även i den regionövergripande handlingsplanen för en jämställd och jämlik verksamhet under en egen rubrik mål och aktiviteter medarbetare.

Ansvariga för att aktiviteterna genomförs och följs upp är personalchef och personalstab. Uppföljning sker i samband med bokslut och/eller personalbokslut.

4.1 Medarbetare

4.1.1 Mål 1: Alla medarbetare bidrar aktivt till verksamhetens uppdrag och utveckling.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Göra medarbetarna medvetna om regionens krav och förväntningar vad avser roll, värdegrund, rättigheter och skyldigheter, roll i kompetensförsörjning, delaktighet, samverkan, lönebildning, jämlikhet och jämställdhet, kränkande särbehandling, trakasserier och diskriminering	Alla medarbetare samt vid introduktion	Genomförs minst 1 gång/år på APT samt ges återkommande via e-learning	Påbörjas 2015

4.2 Chef- och ledarförsörjning

4.2.1 Mål 2: Alla chefer utövar ett aktivt chefs- och ledarskap för att genomföra verksamhetens uppdrag och utveckla den.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
”Chefsaspirantutbildning” Utbildning för tv anställda medarbetare med intresse för blivande chefsuppdrag	Tv anställda medarbetare	Minst en grupp vartannat år med 5-15 deltagare	Hösten 2015
Grupphandledning för chefer Bidra till utveckling av det personliga chefs- och ledarskapet för att därmed åstadkomma positiva resultat i verksamheten	Alla chefer	Minst 5 handledningsgrupper 3 -5 deltagare pågående	2015
Utbilda chefer i genusmedvetet ledarskap, jämställdhet och jämlikhet	Alla chefer	Erbjuda utbildning till centrum- och områdesledning 1gång/år	2016
Introduktion och kompetensutveckling för chefer - introduktion (obligatoriskt) - Ny som chef (obligatorisk utbildning) - Kunskapstorg (möjlighet till fördjupad kunskap) - Erfaren som chef (möjlighet till kompetensutveckling)	Alla chefer	Mäta deltagande inom varje aktivitet	- Kontinuerligt - En gång per år - Kontinuerligt -2016
Chefsnätverk och mentorskap Ge chefer möjlighet till utveckling av sitt personliga ledarskap samt öka kommunikation mellan olika verksamheter.	Alla chefer	Minst 5 nätverksgrupper à 6-8 deltagare pågående	2016
”Chefskörkort” Ta fram underlag och metod ,ex. webb utbildning, för att säkerställa att vissa obligatoriska utbildningsavsnitt fullgjorts inom viss tid som ny chef.	Alla chefer	Ta fram förslag till	2017
Ledningsgruppsutveckling	Ledningsgrupper på olika nivåer	Ta fram kravspecifikation, upphandla	Påbörjas hösten 2015

4.3 Kompetensförsörjning

4.3.1 Mål 3: Regionen tar tillvara medarbetarnas kompetens med fokus på verksamhetens uppdrag

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Utforma kompetensutvecklingsprocess för att systematisera verksamhetens behov av kompetens och individens önskemål och behov av kompetens.	Alla chefer och medarbetare		2015
Samtal - vid signal om att medarbetare har för avsikt att sluta - avslutningssamtal inkl. webbversion	Alla medarbetare	Alla medarbetare enligt målgrupp	2016

4.3.2 Mål 4: Alla medarbetare får inskolning och introduktion i yrket samt en individuell kompetensutvecklingsplan

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Karriärvägar Modeller för introduktion, kompetensutveckling, villkor under utbildning, karriärvägar samlat i en individuell kompetensutvecklingsplan	Medarbetare med en minsta anställningstid av 6 mån	Alla medarbetare enligt målgrupp	2015-2017

4.3.3 Mål 5: Tillvarata medarbetares kompetens till fullo och på ett effektivt sätt utifrån verksamhetens behov

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Medarbetare ska i möjligaste mån arbeta på toppen av sin kompetens. Systematisera och strukturera arbetsfördelning i hälso- och sjukvården – ”vem gör vad”?	Alla yrkesgrupper/medarbetare	Alla medarbetare enligt målgrupp	2015
Inkluderat modell för bemanningsmål och totalbemanning			2016

4.3.4 Mål 6: Säkra framtida kompetensförsörjning

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Marknadsföring och information till studenter om regionen som arbetsgivare	Studerande och medarbetare under utbildning	Alla enligt målgrupp	Kontinuerligt
Implementera regionens kompetensförsörjningsstrategi gällande handledning av studerande	Alla enheter	Alla enheter	2015
Handledarutbildning samt skapa utrymme för handledning	Handledare för studerande och medarbetare under utbildning	Öka antalet som handleder	2015-2017
Säkerställa att regionen har en rättvis och icke-diskriminerande rekryteringsprocess	Arbetssökande till regionen	Säkerställd rekryteringsprocess	2017

4.4 Lönebildning/lönepolitik

4.4.1 Mål 7: Regionens lönepolitik är tydlig och känd i organisationen

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Tydliga regler, riktlinjer, anvisningar och lönestatistik som stöd vid lönesättningar	Chefer och personalkonsulter		2015
Tydliggöra och utveckla löneöversynsprocessen och lönekriterier. Ge struktur och tydlighet för både chefer och fackliga företrädare.	Chefer och fackliga företrädare		2016
Ta fram en långsiktig och strategisk målbild för lönestruktur. Hitta metoder för att göra ställningstaganden om lönestruktur och verktyg för analys av löner internt och omvärldsbevakning.	Politiker, chefer och medarbetare		2017
Årligen genomföra lönekartläggningar och analysera dem utifrån ett genusperspektiv	Alla medarbetare	Genomförd kartläggning	Årligen

4.5 Hälsa och arbetsmiljö

4.5.1 Mål 8: Hälsöfrämjande arbetsmiljö för att nå uppsatta mål och skapa engagemang för utveckling

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan
Utbilda chefer och föra dialog kring arbetslivsinriktad rehabilitering tidigt i rehabiliteringen samt genomgång och analys med genusperspektiv. Handlar om att byta perspektiv till förebyggande.	Alla chefer	Sänka sjukfrånvaron	2015
Fortsatt utveckling och genomförande av arbetsmiljöenkäten 2 ggr/år. Återkoppla med dialog på APT	Alla chefer och medarbetare	Ökad svarsfrekvens högre än > 62,7% Förbättra/ bibehålla arbetsmiljöindex	2015
Utbilda chefer i hälsöfrämjande ledarskap och systematiskt arbetsmiljöarbete	Alla chefer	Sänka sjukfrånvaron och förbättra arbetsmiljöindex	2016
Arbeta fram metodstöd för systematiskt arbetsmiljöarbete med genusperspektiv samt att arbetsplatserna är anpassade utifrån behov för anställda med någon funktionsnedsättning	Alla chefer	Säkerställa i checklista skyddsrand	2017



Landstingsövergripande handlingsplan för eHälsa

Version: 1.0

Ansvarig: Gun Råberg Kjellerstrand, Marit Nilsson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	3
1.1.1	Handlingsplanens område	3
1.1.2	Bakomliggande beslut och mål	4
1.1.3	Landstingets ansvar	4
1.1.4	Tidsplan	5
1.1.5	Ansvarig för handlingsplanen	5
1.1.6	Definitioner	5
2	JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.	6
3	MÅL OCH AKTIVITETER.....	7
3.1	Generella mål	7
3.2	Mål ur invånarperspektiv	8
3.2.1	Information till patienter och invånare	8
3.2.2	Personliga interaktiva tjänster	9
3.3	Mål ur verksamhetsperspektiv	12
3.3.1	Telemedicin, video och distansmöten	12
3.3.2	Informationsutbyte i vårdprocessen	14
3.3.3	Patientsäkerhet och kvalitetsutveckling	16
3.3.4	Verksamhetsplanering- och uppföljning	17
3.4	Infrastrukturella mål	19

1 INLEDNING

1.1.1 Handlingsplanens område

Inom Jämtlands läns landsting används idag ett vårdinformationssystem kallat VAS för journal och patientadministration i öppen- och sluten vård inom samtliga medicinska specialiteter och inom primärvård. All patientinformation finns samlad i en gemensam databas som även innehåller konverterad information från tidigare system. Systemet har ett flertal integrationer till andra system som t ex remiss och svar till laboratorier och röntgen, befolkningsregister, ekonomisystem. Upphandling av ett nytt processtödjande vårdinformationssystem genomförs under 2013, med planerat införande under 2014.

Telemedicin och distansöverbyggande teknik används i ett antal tillämpningar som t ex multidisciplinära ronder, återbesök och konsultationer, utbildning på distans. Landstingen inom norra sjukvårdsregionen har sedan några år tillbaka en samverkan inom telemedicinområdet.

Landstingens gemensamma arbete med eHälsa förbereddes och beslutades under 2006 och startade årsskiftet 2006/2007. Parallellt antogs den nationella IT-strategin för vård och omsorg. Strategins innehåll har konkretiserats i treåriga handlingsplaner och årliga verksamhetsplaner, vilket resulterat i utveckling av ett antal IT-lösningar inom eHälsa-området. Landstinget har anslutit till och använder idag följande eHälsotjänster:

Invånartjänster	Vårdtjänster	Infrastrukturtjänster
1177 Sjukvårdsrådgivningen	Elektronisk födelseanmälan	Sjunet
1177.se	Elektroniska sjukintyg och fråga-svar	Hälsa- och sjukvårdens adressregister (HSA)
Mina vårdkontakter (MVK)	Kunskapsstöd, databaser och tidsskrifter i Eira	Video och distansmötestjänst
	Vårdhandboken	Identifieringstjänsten (SITHS tjänstelegitimation)
	Ordinationsverktyget Pascal	Spärrtjänst
	Nationell patientöversikt (NPÖ)	
	Svensk ordinationsdatabas för läkemedel (SIL)	
	IT-stöd för händelseanalys (Nitha)	

1.1.2 Bakomliggande beslut och mål

I Landstingsdirektörens verksamhetsplan för 2013 anges att en Handlingsplan för eHälsa ska utarbetas.

Landstingsstyrelsen har gett Landstingsdirektören i uppdrag att ytterligare tydliggöra arbetet med telemedicin samt att genomföra en inventering av vilka tillämpningar och tekniska lösningar som idag används inom hälso- och sjukvårdsektorn nationellt och internationellt.

1.1.3 Landstingets ansvar

Den Nationella IT-strategin för vård och omsorg från 2006 angav en övergripande målbild för IT i framtidens vård och omsorg. Strategin innehöll sex insatsområden för samarbete och samordning på nationell nivå. Jämtlands läns landsting har beslutat anta och tillämpa strategin LS/475/2006. Den Nationella IT-strategin reviderades 2010 till den nu gällande Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg”.

Landstingens/regionernas samarbete har fastställts i treåriga handlingsplaner och den nu gällande planen omfattar perioden 2013-2018 (LS/444/2012). Handlingsplanen anger vad som ska uppnås inom:

- generella mål
- mål ur invånarperspektiv
- mål ur verksamhetsperspektiv
- infrastrukturella mål

Denna handlingsplan beskriver de aktiviteter som ska genomföras för att Jämtlands läns landsting ska kunna uppfylla målen i Handlingsplan 2012-2018 Landsting, regioners och kommuners samarbete inom eHälsa-området.

För att stödja kommunal sektor har SKL tagit fram Strategi för eSamhället. Jämtlands läns landsting har beslutat anta och tillämpa strategin LS/1133/2011. Strategin pekar ut tre övergripande mål för kommunal sektors utveckling av e-förvaltning som bidrag till e-samhället:

- enklare vardag för privatpersoner och företag
- smartare och öppnare förvaltning stödjer innovation och delaktighet
- högre kvalitet och effektivitet i verksamheten

Patientdatalagen (PDL) reglerar hur personuppgifter och journalhandlingar ska hanteras inom hälso- och sjukvården. Patientdatalagen innehåller uppgifter om vem som är skyldig att föra journalhandlingar, vad en patientjournal ska innehålla och vilka rättigheter och skyldigheter patienter och sjukvården har rörande patientjournaler.

1.1.4 Tidsplan

Landstingsövergripande handlingsplan för eHälsa omfattar perioden 2013-2015.

1.1.5 Ansvarig för handlingsplanen

Ansvarig för mål och aktiviteter invånartjänster - Gun Råberg Kjellerstrand
(Kommunikationschef)

Ansvarig för mål och aktiviteter vårdtjänster och infrastrukturtjänster – Marit Nilsson (IT-chef)

Handlingsplanen har utformats i samarbete med eHälsorådet. eHälsorådet är det forum som löpande följer upp arbetet och initierar revidering av mål och aktiviteter.

1.1.6 Definitioner

Det finns ingen entydig definition på begreppet e-hälsa, men det beskrivs ofta som användning av modern informations- och kommunikationsteknik för att möta behoven hos medborgare, patienter, sjukvårdspersonal, vårdgivare samt beslutsfattare. I vidare mening innefattar därmed e-hälsa inte bara en teknisk utveckling, utan även nya arbetssätt och ett engagemang för nätverk och globalt tänkande i utveckling av vården.

Inom eHälsa och IT förekommer ett antal termer och benämningar. I bilaga 1 finns beskrivningar av dessa.

2 JÄMSTÄLLDHETS PERSPEKTIV, BARNPERSPEKTIV, MILJÖPERSPEKTIV OCH KONSEKVENSANALYS.

Jämtställdhetsperspektiv

eHälsa- och IT-lösningar är könsneutrala, ur ett jämställdhetsperspektiv. Vid införande av internetbaserade informations- och kontaktvägar samt personliga interaktiva tjänster, ska ett jämlikhetsperspektiv alltid beaktas. För patienter och invånare som saknar tillgång till eller ej har möjlighet att nyttja lösningar via internet, ska alltid alternativa lösningar med direktkontakt med hälso- och sjukvårdspersonal finnas tillgängliga.

Barnperspektiv

Barnperspektivet ska beaktas i utformning och anpassning av eHälsa- och IT-lösningar, så att vård och behandling kan ske utifrån barns speciella förutsättningar.

Miljöperspektiv

Nyttjandet av videokonferenser som alternativ till fysiska möten, ger möjlighet att tillämpa miljöpolicy för tjänsteresor. Vid planering av möten och sammanträden ska alltid möjligheten till distansmöte överväga innan resa bokas.

Konsekvensanalys

Konsekvensanalys arbetsmiljö ska alltid göras inför större förändringar i informationsförsörjning och funktionellt stöd i processer och arbetsrutiner, till följd av införande av nya eHälsa- och IT-lösningar.

3 MÅL OCH AKTIVITETER

3.1 Generella mål

Mål 2015

- Samtliga landsting/regioner och kommuner har förändrat befintliga ekonomiska ersättningsformer till vårdgivare så att de stimulerar användning av eHälsotjänst

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Utredning av möjlig incitamentsmodell för att öka användningen av eHälsotjänster.	Chefer inom hälso- och sjukvård resp. tandvård.	Modell utformas i samband med ev. införande av incitamentsmodell.	2015-01-01—2015-12-31	Kommunikationschef resp. IT-chef	Kommunikationschef resp. IT-chef

3.2 Mål ur invånarperspektiv

3.2.1 Information till patienter och invånare

Mål 2013

- 70 % av invånarna känner till 1177-konceptet via telefon, 35% av invånarna känner till 1177-konceptet via internet
 - Mäts via befintliga frågor i Vårdbarometern

Mål 2014

- 70% av invånarna anser att 1177 på internet och telefon är ett bra komplement för kontakt med sin vårdcentral
 - Mäts via ytterligare och tillköpta frågor i Vårdbarometern

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Regionala tillägg till nationella kampanjer – internt och externt	Medborgare Personal	2 regionala tillägg till nationella kampanjer/år	Löpande 2013-14	Kommunikationsstrateg	Kommunikationschef
Öka personalens kännedom om 1177 – kontaktkort – sprida guider mm	Personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården	5 infopaketer att använda på apt/år	Löpande 2013-14	Kommunikationsstrateg	Kommunikationschef
Tydligare ingång till 1177 och MVK från jll.se	Medborgare	Infört/ej infört	2013	Webbutvecklare	Kommunikationschef

3.2.2 Personliga interaktiva tjänster

Mål 2013 – samtliga mål mäts via MVK

- 15% av invånarna är år 2013 anslutna till "Mina Vårdkontakter"
- 50% ökning av antalet ärenden i MVK, jmf 2012
- 100% av landstingets mottagningar anslutna till MVK
- 50% av invånarna som gör ett aktivt listningsval gör det via MVK
- 100% av HC ska tillhandahålla basutbud 1HC i MVK (Basutbud 1HC - Förnya recept, förnya hjälpmedel, kontakta mig, förnya p-medel, av- och omboka tid)
- 100% av öppenvårdsmottagningar ska tillhandahålla basutbud 1Ö i MVK (Basutbud 1Ö - Förnya recept och avboka tid)

Mål 2014 - samtliga mål mäts via MVK

- 20 % av invånarna är anslutna till "Mina Vårdkontakter"
- 75% av invånarna upplever sig känna till hur man ansluter sig till MVK
- 100% kan boka tid för tandvård, mammografi och blodcentralen via MVK
- 100% av HC ska tillhandahålla basutbud 2HC i MVK (Basutbud 2HC -
- 100% av öppenvårdsmottagningarna ska tillhandahålla basutbud 2Ö i MVK (Basutbud 2Ö –

Mål 2015 - samtliga mål mäts via MVK

- 25 % av invånarna är anslutna till "Mina Vårdkontakter"
- 100% av patienterna med MVK-konto har möjlighet att ta del av sina resultat och värden från provtagningar och undersökningar via "Mina Vårdkontakter".
- 100 % av invånarna har möjlighet att nå delar av sin journalinformation avseende vård enligt hälso- och sjukvårdslagen via MVK, integrerat med faktainformation från 1177.se.
- 40 % av besöken till hälso- och sjukvården bokas via MVK

- 80 % av invånarna har möjlighet att nå intyg som utfärdats inom hälso- och sjukvården via MVK
- 100% av invånarna har möjlighet att samla och överblicka sina vaccinationer via MVK
- 100% av HC ska tillhandahålla basutbud 3HC i MVK (Basutbud 3HC -
- 100% av öppenvårdmottagningarna ska tillhandahålla basutbud 3Ö i MVK (Basutbud 3Ö –

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Öka marknadsföringen av MVK	Medborgare Personal	Minst en lokal annonsering i samtliga kommuner per år Producera och distribuera affischmallar för nya tjänster	Löpande Löpande	Webbutvecklare MVK-utbildare Webbutvecklare MVK-utbildare	Kommunikationschef
Tydligare ingång för MVK från jll.se	Medborgare	Infört/ej infört	2013	Webbutvecklare	Kommunikationschef
Anslutning av flera mottagningar, sjukhuset och tandvården	Personal	Antal utbildningsinsatser	Löpande 2013-14	MVK-utbildare	Kommunikationschef
Utveckla integration mellan listningssystemet och MVK	Medborgare	Infört/inte infört	2014	IT-strateg/ PL eHälsa	IT-chef
Marknadsföring av hur man skaffar sig konto	Medborgare	Samtliga mottagningar erbjuds skräddarsydd patientinformation	Löpande 2013-2014	MVK-utbildare	Kommunikationschef

Införa tidsbokning på folktandvården	Medborgare	Infört/ej infört	2013	MVK-utbildare	Kommunikationschef
Införa tidsbokning generellt	Medborgare	Infört/ej infört	2015	MVK-utbildare	Kommunikationschef

3.3 Mål ur verksamhetsperspektiv

3.3.1 Telemedicin, video och distansmöten

Mål 2013

- 10 % ökning av nyttjandet av antal timmar telemedicin- och videokonferenssystem jmf 2012
- 1 nyetablerad klinisk konsultationer via video inom PV/ Spec.vård i ordinarie verksamhet
- 1 nyetablerad klinisk tillämpningar via video med patient/ vårdgivare i ordinarie verksamhet

Mål 2014

- Mål 10 % ökning av nyttjandet av telemedicin- och videokonferenssystem jmf 2013

Mål 2015

- Mål 10 % ökning av nyttjandet av telemedicin- och videokonferenssystem jmf 2014

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Inventering av telemedicinska tillämpningar nationellt och internationellt	Svar på politiska initiativ Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal	Rapport till Landstingsstyrelsen Registrerat nyttjande från videoutrustning Nya tillämpningar i drift	2013	IT-strateg MTA	IT-chef
Utbildnings/ informationsaktiviteter för inspiration och idéer till video/telemedicinska utvecklingsaktiviteter	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2013	IT-strateg MTA	IT-chef

Förstärkning av support och serviceorganisation inom video/telemedicin	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2013	Enhetschef MTA	IT-chef
Video/ telemedicin- utrustning vid varje vårdenhet	Hälso- och sjukvårdspersonal Patienter		2013	Chefer vårdenheter	Chefer vårdenheter
Centrumvisa workshop för att identifiera möjliga konsultationer på distans och videotillämpningar patient/vårdgivare	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal Patienter		2013	IT-strateg MTA	IT-chef Chefer vårdenheter
Pilot inom valt tillämpningsområde	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal Patienter		2013	IT-strateg MTA	IT-chef Chefer vårdenheter
Utformning av processer/rutiner för att etablera valt tillämpningsområde	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal Patienter		2013	IT-strateg MTA	IT-chef Chefer vårdenheter
Utvärdering och utformning av modell för identifiering och etablering av ytterligare tillämpningar	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal Patienter		2013	IT-strateg MTA	IT-chef Chefer vårdenheter

3.3.2 Informationsutbyte i vårdprocessen

Mål 2014

- 100% av behandlande medarbetare i hälso- och sjukvården har tillgång till patientens hälso- och sjukdomshistorik, inklusive läkemedelshistorik och relevant kunskap om läkemedelsfakta, vid behandling och ordination
- Ytterligare ett av landstingets vårdssystem är ansluten till NPÖ som producent

Mål 2015

- Samtliga informationsmängder i NPÖ levereras till NPÖ
- 80 % av vårdpersonal verksam inom länet kan nå vårdinformation om sina patienter oberoende av geografisk placering och huvudman
- 100% av remisser/svar inom landstinget är elektroniska

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Införande av nytt processtödjande vårdinformationssystem inkl anslutning till nationella eHälsotjänster	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal	Andel användare med tillgång till vårdssystem resp. eHälsotjänst	2013-2015	Systemansvarig nya vårdsystemet	IT-chef
Utbildning och information för att öka kunskap om och användning av gemensamma eHälsotjänster..	Hälso- och sjukvårdspersonal		Löpande 2013-2015	IT-strateg/ PL eHälsa IT-chef Kommunikationschef	IT-chef Kommunikationschef

Anslutning av journal-systemet Obstetrix och tandvårdssystemet T4 som producent till NPÖ	Hälso- och sjukvårdspersonal		2014-2015	Resp. systemägare IT-strateg/ PL eHälsa	IT-chef Resp. systemägare
Anslutning av nya vårdssystemet som producent av Uppmärksamhetssignal, övriga undersökningar och bilddiagnostik	Hälso- och sjukvårdspersonal		2014	Systemansvarig NPÖ Systemansvarig nya vårdssystemet IT-strateg/ PL eHälsa	IT-chef
Utveckling av integration remiss/svar för samtliga medicinska service-system till nya vårdssystemet	Hälso- och sjukvårdspersonal		2013-2015	IT-strateg/ PL eHälsa Systemansvarig nya vårdssystemet Resp. systemansvariga medicinska servicesystem	IT-chef Resp. systemägare medicinska servicesystem
Utveckling och anslutning till nationell eRemiss för remiss/svar till andra vårdgivare , för konsultationsremiss	Hälso- och sjukvårdspersonal		2015	IT-strateg/ PL eHälsa Systemansvarig nya vårdssystemet	IT-chef
Stöd till kommunerna för anslutning vård- och omsorgssystem som producenter till NPÖ	Hälso- och sjukvårdspersonal Kommunal personal		2013-2015	IT-strateg/ PL eHälsa	IT-chef

3.3.3 Patientsäkerhet och kvalitetsutveckling

Mål 2015

- Processtöd implementerat i vårdsystemet för 3 stora diagnosgrupper
- 100% av alla vårdrelaterade infektioner registreras

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Utformning av process/vårdprogram för valda diagnosgrupper	Ansvariga chefer MLU Hälso- och sjukvårdspersonal	Antal konfigurerade processflöden Antal vårdepisoder i process av antal diagnoser	2014-2015	Systemansvarig nya vårdsystemet MLU, vårdutvecklare Chefer vårdenheter	IT-chef Hälso- och sjukvårdschef
Konfigurering av processverktyg utifrån process/vårdprogram	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2014-2015	Systemansvarig nya vårdsystemet MLU, vårdutvecklare	IT-chef Hälso- och sjukvårdschef
Pilotinstallation, utvärdering och anpassning av processverktyg och arbetsrutiner	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2014-2015	Systemansvarig nya vårdsystemet MLU, vårdutvecklare	IT-chef Hälso- och sjukvårdschef
Utbildning och implementering av processverktyg för valda diagnosgrupper	Ansvariga chefer MLU Hälso- och sjukvårdspersonal		2014-2015	Systemansvarig nya vårdsystemet MLU, vårdutvecklare	IT-chef Hälso- och sjukvårdschef
Anslutning till Infektionsverktyget	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal	Antal VRI-registreringar av antal antibiotika-ordinationer	2014	Systemansvarig nya vårdsystemet Chefer vårdenheter	IT-chef Hälso- och sjukvårdschef

Utformning av rutiner och uppföljning och analys av vårdrelaterade infektioner	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2014	Chef Patientsäkerhetsenheten	Hälso- och sjukvårdschef
--	--	--	------	---------------------------------	--------------------------

3.3.4 Verksamhetsplanering- och uppföljning

Mål 2014

- Lösningar för uppföljning och utvärdering av vårdens kvalitet och resultat med fokus på patientnytta och systematiskt förbättringsarbete, finns tillgänglig via landstingets intranät
- Lösning för produktions- och kapacitetsplanering finns tillgänglig inom samtliga enheter, så att resurserna i verksamheten nyttjas effektivt med hög produktivitet och tillgänglighet

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Migrering av datalager 1.0 till 2.0 för vårddata	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal	Antal rapporter, mätetal och grafer tillgängliga via intranätet	2013-2014	Systemansvarig datalager	IT-chef
Utveckling och anpassning av analys/ presentations-verktyg, för prioriterade uppföljningsområden	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2013-2014	Systemansvarig datalager	IT-chef
Utveckling/ anskaffning av system för produktions- och kapacitetsplanering baserat på kravspecifikation från projekt produktions-/ kapacitetsplanering	Ansvariga chefer		2013-2014	PL produktions- och kapacitetsplanerings-projektet Systemansvarig datalager Chefer vårdenheter	Hälso- och sjukvårdschef IT-chef

Pilotinstallation av system för produktions- och kapacitetsplanering samt utveckling av integration till datakällor.	Ansvariga chefer		2013-2014	PL produktions- och kapacitetsplaneringsprojektet Systemansvarig datalager	Hälso- och sjukvårdschef IT-chef
Utbildning och implementering av system för produktions- och kapacitetsplanering	Ansvariga chefer		2014-2015	PL produktions- och kapacitetsplaneringsprojektet Systemansvarig datalager	Hälso- och sjukvårdschef IT-chef

3.4 Infrastrukturella mål

Mål 2013

- Förenklad inloggning med 50% färre inloggningar i vårdsystemen

Mål 2014

- Förvaltningsorganisation SITHS kommun/landsting finns etablerad i hela länet
- Säkra internetbaserade lösningar för telemedicin finns tillgängliga för tillämpningar patient/vårdgivare
- 1 st vårdsystem nyttjar Autentiseringstjänst
- 1 st vårdsystem nyttjar Samtyckestjänst
- 1 st vårdsystem nyttjar Patientrelation
- 5 st vårdsystem är anslutna till gemensam lokal Spärrtjänst

Mål 2015

- En sammanhållen lösning för telefoni, sökare och klient med åtkomst till vårdsystemet, finns tillgänglig i hela verksamheten.

Aktivitet	Målgrupp	Mätetal	Tidsplan	Ansvarig för genomförande	Ansvarig uppföljning
Införande av förenklad inloggning successivt i aktuella vårdsystem.	Hälso- och sjukvårdspersonal	Antal inloggningar i vårdsystem	2013-2014	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef
Utvärdering av funktionalitet i läsplattor, mobiltelefoner mm, utifrån verksamhetens behov av mobilt arbetssätt samt pilotinstallation.	Hälso- och sjukvårdspersonal		2013-2014	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef

Införa lösning för hantering av beställningar och behörigheter.	Ansvariga chefer		2013-2014	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef
Utformning och etablering av landsting/kommungemensam organisation för tillhandahållande av SITHS-kort.	Hälso- och sjukvårdspersonal Kommunal personal		2013-2014	IT-strateg/ PL eHälsa i samverkan med chef i resp kommun	IT-chef i samverkan med chef i resp kommun
Införande av IP-telefoni i två etapper länet resp. sjukhuset.	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal	Antal användare med tillgång till mobil lösning telefoni resp klient	2015	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef
Utbyggnad av trådlöst nät på sjukhuset för bärbar telefoni	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2014-2015	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef
Introduktion av nya typer av bärbara klienter i olika format anpassade för hälso- och sjukvårdsverksamhet	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2015	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef
Anpassning och anslutning till nationella lösningar för e-klient.	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2015	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef
Införande VPN-lösning med SITHS-kort	Ansvariga chefer Hälso- och sjukvårdspersonal		2013-2014	Systemansvarig IT-infrastruktur	IT-chef

Bilaga 1 Definitioner

Term	Beskrivning
1177	1177 är landstingens och regionernas gemensamma tjänst till allmänheten för råd om vård på webb och telefon.
CeHis	Center för eHälsa i samverkan, landsting och regioners gemensamma bolag för utveckling och förvaltning av gemensamma eHälsotjänster.
Datalager	Ett datalager är en logiskt sammanhållen datamängd, som är avsedd för analys och som speglar flera tidsperioder genom att data regelbundet hämtas från andra register.
E-förvaltning	E-förvaltning definieras i Strategi för eSamhället som ”verksamhetsutveckling i offentlig förvaltning som drar nytta av informations- och kommunikationsteknik kombinerad med organisatoriska förändringar och nya kompetenser”.
eRemiss	eRemiss är ett projekt inom CeHis med uppdrag skapa grunden för enhetlig elektronisk hantering av remisser mellan vårdgivare inklusive utomlansremisser.
HSA	HSA (Hälo- och sjukvårdens adressregister) är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och privata vårdgivare. Medarbetaruppdrag i HSA är central i behörighetsstyrning enligt PDL.
IP-telefoni	IP-telefoni är överföring av röstsamtal via datornätverk baserade på internetprotokollet (IP).
MVK	Mina vårdkontakter (MVK) är en personlig e-tjänst på webben som möjliggör säker kommunikation mellan invånare/patient och vårdgivare. Exempel på tjänster är beställa tid, av- och omboka tid, förnya recept, önskemål om kontakt.
NOD	Nationella Ordinationsdatabasen (NOD) är en nationell och gemensam informationskälla som innehåller patients samlade ordinationer och uthämtade läkemedel,
Pascal	Pascal är ett webbaserat ordinationsverktyg för e-recept och dosordinationer.
PDL	Patientlagen (PDL) innehåller regler för behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Lagen reglerar bland annat sammanhållen journalföring, inre sekretess, patienternas möjlighet att spärra uppgifter och hur patienten kan få direktåtkomst till journalanteckningar.
SIL	Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) är en landstings-gemensam databas med kvalitetssäkrad läkemedelsinformation.
SITHS	SITHS är en tjänst för säker identifiering av personal inom hälso- och sjukvård. Säkerhetslösningen bygger på att alla har ett personligt elektroniskt ID-kort med elektroniska legitimationer som möjliggör säker identifiering och kryptering av känslig information. SITHS-kortet ger möjlighet till säker inloggning i alla nationella tjänster inom e-hälsa.
Sjunet	Sjunet är ett datakommunikationsnät för säker överföring av hälso- och sjukvårds- samt omsorgsinformation.
Spärrtjänst	Säkerhetstjänst som registrerar spärrar och kontrollerar om en patient har spärrat tillgång till patientinformation inom och mellan vårdgivare.

Term	Beskrivning
SSO	Single sign-on (SSO) är en metod att hantera användare med aspekt på användarbehörighet och användarverifiering (a), så att dessa användare endast behöver logga in en enda gång för att nå de system som är anpassade till tjänsten.
Telemedicin	Telemedicin innebär att ge medicinsk vård på distans, med hjälp av telekommunikationsteknik och informationssystem.
Uppmärksamhetssignal	Journalinformation som uppmärksammar någonting som avviker från det som normalt kan förväntas om patienten och som påverkar vård och behandling, t ex överkänslighet, smitta, vårdbegränsning
VPN	Virtual private network (VPN) är en teknik som används för att skapa säkra förbindelser, så kallade tunnlar, mellan två punkter i ett osäkert datanätverk t ex Internet.

***”Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland
med spets och bredd.”***

**HANDLINGSPLAN FÖR UTVECKLING AV CANCERVÅRDEN
I Jämtlands läns landsting**

2013 – 2015

Version 0.1 2012-11-21 Inför lokal RCCgrupp

Version 0.2 2012-11-26 Bearbetn inför Ledningsgrupp

Version 0.3 2012-12-10 Bearbetn inför Ledningsgrupp

Version 0.4 2012-12-16 Bearbetning inför lokal RCCgrupp – alla underlag inne

Version 0.5-0.6 2013-01-02 Bearbetning inför Ledningsgrupp 20130109

Version 0.7 2013-01-10 Bearbetning till slutlig handling till Landstingsstyrelsen

Läsanvisning:

Svart text = Hämtat ur regionala planen dvs mallen som är lika för alla 4 norrlandsdting

Brun text = Jämtlands läns landstings uppgifter

Datum: 2013-01-23

Fastställd av: Jämtlands läns landstingsstyrelsen § xx/2013

Bakgrund

Utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) förutspår en fördubbling av antalet cancerfall inom 20 år, vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvården. Enligt utredningen behövs bättre förutsättningar än idag för utvecklandet av ny kunskap för prevention, diagnostik och behandling. Det behövs även ett mer multidisciplinärt angreppssätt i både vård och forskning. Baserat på utredningens har regionala cancercentra (RCC) inrättats. Norrlandstingen fattade 2011 det politiska beslutet att inrätta RCC Norr, vars struktur och arbetsätt framgår av PM 2011-05-25 från Norrlandstingens Regionförbund.

Tio kriterier ska utmärka ett RCC. Dessa omfattar patientcentrerade kriterier, kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning samt RCC:s organisation.

För RCC Norr har en första regional utvecklingsplan utarbetats som 26 september 2012 behandlas av förbundsdirektionen för godkännande att sändas till landstingen i regionen. Planen utgår från de kriterier som gäller för regionala cancercentra och grundar sig på de specifika utmaningar som finns i regionen. Regionala arbetsgrupper har utarbetat målnivåer baserade bland annat på de resultat för regionen som kan utläsas ur kvalitetsregister och där regionala öppna jämförelser (RÖJ-rapporter) tagits fram som underlag.

Norra regionens vision är *”Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd.”* Norra regionens befolkningsstruktur, med många glest befolkade delar, ställer särskilda krav för att åstadkomma en likvärdig prevention, tidig upptäckt, utredning, vård och behandling. *Cancervård i glesbygd* är därför ett särskilt profilområde för RCC Norr.

Enligt beslut i förbundsdirektionen ska varje landsting göra en handlingsplan för hur man ska nå den regionala utvecklingsplanens mål, utifrån sina egna utgångslägen inom planens målområden. Handlingsplanen anger vilka beslut och aktiviteter som krävs, vilka ansvarsområden och funktioner som engageras, vilken funktion som är ansvarig för genomförande respektive rapportering och en tidplan. Handlingsplanerna ska vara förbundsdirektionen tillhanda senast 2013-01-31, inför direktionens beslutsmöte i februari 2013. Landstingen ska redovisa en avstämning gentemot sina handlingsplaner två gånger per år till förbundsdirektionen, senast 2013-06-01 respektive 2013-12-01.

I den regionala utvecklingsplanen har följande områden identifierats som särskilt angelägna:

- *Patologin* behöver förstärkas och befintliga resurser optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostik.
- Bedömning och planering på *multidisciplinära konferenser* (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.
- Alla patienter ska erbjudas tillgång till en *kontaktsjuksköterska*, med definierat uppdrag.
- *God inrapportering i kvalitetsregister*, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.
- Den *palliativa vården* i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner
- *Onkologisk specialistkompetens* behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas.
- Öka förutsättningarna för *tidig upptäckt*, genom att utveckla och optimera screening-verksamheten och genom att förbättra förmågan hos akut- och primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar.

Bakgrund för Jämtlands läns landsting

I Landstingsplan 2013-2015 finns följande beslut om inprioriterade medel för cancerområdet:

Till Centrum opererande specialiteter	Screening Colorectal cancer	575 tkr och
Till Landstingsdirektörens stab	RCC organisation	1 500 tkr

Vid Norrlandstingens Regionförbunds mötet i december 2012 beslutades

§ 66 Verksamhetsplan och budget för RCC Norr 2013 (Dnr 108/12)

Verksamhetsplan och budget är upprättad för RCC Norr för 2013, (bilaga 66 a, b). Stygruppen behandlade dessa vid sitt sammanträde 2012-10-25. Information från Socialstyrelsen ger vid handen att statsbidrag kan påräknas även för 2013.

I uppbyggnaden av RCC Norr tillsattes inledningsvis processledare endast för ett antal större cancerdiagnoser. I redovisningen av flerårsplanen 2012-2013 framhölls nödvändigheten av att samtliga cancerdiagnoser kan tilldelas processledare på ca 20 % vardera för att målet med jämlik vård på så sätt ska kunna tillgodoses. Stygruppen har därför förordat att under 2013 från landstingen tillsammans tillskjuta 3,5 mkr, med fördelningen Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland 1 mkr vardera och Jämtland 0,5 mkr.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna verksamhetsplan och budget för RCC Norr för 2013;

att uppdra till förbundsdirektören att återkomma med information om patientrådets arbete; samt

att rekommendera regionlandstingen att förstärka finansieringen av RCC Norr med 3,5 mkr, med ovan angiven fördelning.

Jämtlands läns landstings 500 tkr tas av de avsatta 1 500 tkr. Därefter kvarstår 1 575 tkr att fördela för colorectalcancer-screening och andra åtgärder och aktiviteter i denna handlingsplan.

I handlingsplanen nedan har verksamhetsföreträdare beskrivit nuläge, mål, tidplan aktiviteter liksom vilka beslut som krävs. Detta för respektive cancerdiagnos och andra prioriterade områden i den regionala cancerplanen.

Under rubriken beslut som krävs har landstingsdirektörens ledningsgrupp föreslagit vilka åtgärder som ska prioriteras 2013 resp vad som måste hanteras i 2014 eller kommande års budget/inprioriterings-diskussioner. Landstingsdirektörens ledningsgrupp har också föreslagit andra åtgärder t ex uppdrag om mer utredningar inom Jämtlands läns landsting eller inom RCCNorr.

Sammanfattningsvis innebär förslagen i handlingsplanen att de inprioriterade medlen nyttjas så här:

RCCNorr-organisation	500 tkr till centrum för lednings och verksamhetsstöd
Kolorectalcancer-screening	200 tkr till centrum för opererande specialiteter
Kontaktsjuksköterskor	375 tkr till centrum för medicinska specialiteter
Kontaktsjuksköterskor	375 tkr till centrum för opererande specialiteter:
Kontaktsjuksköterskor	125 tkr till centrum för barn, kvinna, psykiatri
Palliation	500 tkr till centrum för opererande specialiteter

Handlingsplan för 2013-15

För respektive område/kriterium redovisas regionens övergripande målnivåer, landstingets nuläge och mål och en tidsplan. Eventuella beslut som krävs för att målen ska kunna nås, vilka aktiviteter som krävs och vem som är ansvarig för genomförandet, medicinsk ansvarig respektive ansvarig för rapportering anges. För några av de övergripande och prioriterade områdena finns detaljerade delmål angivna under de olika kriterierna.

Handlingsplanen ska vara förbundsdirektionen tillhanda senast 2013-01-31.

Övergripande och prioriterade områden

1. Patologin behöver förstärkas och befintliga resurser optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostik. Ökad regional planering av ST-utbildningarna i patologi, med fler regiongemensamma ST-block, ökade handledarinsatser, bättre forskningsmöjligheter för patologer och utlandsrekrytering är några möjligheter till förstärkning.

Landstingets nuläge:

Jämtlands läns landsting har inte patologi som egen verksamhet, utan det är Västerbottens läns landsting som via avtal med Jämtlands läns landsting sköter uppgifter inom patologi-specialiteten. Samarbetet innebär att VLL ansvarar för driften av laboratorietjänsterna kliniskt patologiskt laboratorium, kliniskt cytologiskt laboratorium, obduktions- och bårhus-verksamhet samt administration av gynekologisk cellprovskontroll enligt särskilt vårdprogram. Avtalet tecknades första gången 2006 och omförhandlades under 2012.

Den distansövergripande tekniken bör utvecklas inom regionen eftersom den är utmärkt att använda både för att minska tillfälligt ökade väntetider inom den basala patologin och för gemensam bedömning av mer svårbedömda fall som kräver subspecialiserad patolog – men den tekniken kan aldrig ersätta patolog på plats för fryssnittsundersökningar, möjlighet till kollegiala diskussioner vid olika svåra fall, möjlighet till ronder i utbildningssyfte, goda möjligheter till obduktioner mm. För närvarande har Östersunds sjukhus ett utmärkt samarbete med patologen med påtagligt korta svarstider (vilket avspeglar sig i kvalitetsregister och ÖJ), men kommande pensionsavgångar kräver snara lösningar på patologsidan för att försäkra Östersunds sjukhus en fungerande patologi-verksamhet – vilket är helt avgörande för kvaliteten på vården för alla opererande specialiteter - under kommande år.

Landstingets mål: Fast patolog på plats den övervägande andelen av årets veckor och stafettpatolog övrig tid. Utbyggd distansöverbryggande teknik som möjliggör undervisning, avlastning och bedömning av subspecialiserad patolog.

Tidsplan: 2013 – 2015

Aktiviteter: Rekrytering av patolog som bor i Östersund föreslås snarast slutföras. Deltagande i utbildning av ST-läkare vid NUS.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Den regionala cancerplanen föreslår 4 gemensamma ST-block i patologi, med någon form av samfinansiering inom regionen. VLL har meddelat att de har flera intresserade (avsätter i

VLL 2 ST block/årligen själva) och har lätt att hitta lämpliga personer. VLL föreslår att AC, BD och Y avsätter ca 200 000/år och Z 100 000 att starta upp ett ST-block i patologi.

LDs ledningsgrupp anser att eftersom VLL sköter patologin via ett avtal med JLL ingår det i VLLs åtagande att också säkra framtida kompetens. Därför behöver inga särskilda beslut fattas i denna fråga av JLL.

Ansvarig för genomförande: Centrumchef M-DOT

Medicinskt ansvarig: Område patologi vid NUS

Ansvarig för rapportering: Centrumchef M-DOT

2. Bedömning och planering på multidisciplinära konferenser (MDK, även kallade multidisciplinära terapikonferenser, MDT, eller multidisciplinära ronder, MDR) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter. MDK medför att rätt undersökningar utförs på patienten och att den behandling patienten får blir optimal utifrån rådande kunskap. För att möjliggöra MDK i önskad omfattning måste bland annat radiologi och nuklearmedicin (bild- och funktionsmedicin) förstärkas och befintliga resurser optimeras.

Landstingets nuläge: Teknisk utrustning för genomförande av MDR är inköpt och på plats.

Utrustningen är inrymd i befintliga rondrum och med användning av befintlig radiologisk arbetsstation. Etablerade MDK är ÖGI, NGI (endast för ändtarmscancer ännu), LOT, mammo- och carcinoidrond. Allt eftersom ännu fler ronder kommer att etableras behöver den befintliga arbetsstationen ersättas och en översyn av använt lokalutrymme genomföras.

Personalsituationen däremot är mer bekymmersam. När det gäller patologiresurser är vi avhängiga av inhandlade tjänster från NUS. När det gäller onkologspecialister är vi helt avhängiga av resurser från NUS. När det gäller radiologspecialister finns en bristsituation inom överskådlig framtid. Resurser för att kunna genomföra undersökningar (särskilt magnetkamera- och datortomografiundersökningar) i tid kan behövas.

Landstingets mål: Att kunna följa de regionala och nationella vårdprogrammen, där diskussion i MDK ofta är krav för verksamhetens bedrivande.

Tidsplan:

Aktiviteter: Se ovan.

Fortsatt utbildnings- (ST) och rekryteringsinsatser

Översyn av magnetkamera- och datortomografiresurser

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): För lokalfrågan pågår redan nu en översyn av lokalbehov vid röntgenavdelningen, där de olika frågorna aktualiseras. Beslut angående ombyggnation kommer dock att behövas.

Ersättning av befintlig arbetsstation.

Sannolik förstärkning av magnetkamera- och datortomografiresurser.

LDs ledningsgrupp gav Jonas Törngren uppdrag att utreda investeringsbehoven till mars 2013 för hantering i anslutning till budget/ inprioriteringsdiskussionerna 2014 -2016. Utbildnings- och rekryteringsinsatserna ska resp. verksamhet hantera inom befintliga ramar.

Ansvarig för genomförande: Samarbete mellan olika specialiteter som deltar i MDK, men röntgenavdelningen /Centrum M-DOT ansvariga för rekrytering av röntgenpersonal.

Medicinskt ansvarig: Läkare med MLU inom de olika specialiteterna.

Ansvarig för rapportering: MLU röntgenavdelningen/ Centrumchef M-DOT

3. Alla patienter ska erbjudas tillgång till en *kontaktsjuksköterska*, med tydligt definierat uppdrag.

Kontaktsjuksköterskan ska, enligt SKL:s gemensamma definition och med viss modifiering, kunna bistå med en rad funktioner. I teambaserad vård med stöd av läkarsekreterare och läkare kan man sammanfatta kontaktsköterskans funktioner enligt nedan:

För patienten är kontaktsjuksköterskan

- tydligt namngiven och har tydliga kontaktvägar
- tillgänglig – d.v.s. har en specificerad tillgänglighet och ger i övrigt hänvisning till annan kontakt

För patienten kan kontaktsjuksköterskan

- ge information om kommande steg i diagnostik och behandling
- ge stöd till honom/henne och närstående vid en normal krisreaktion
- förmedla kontakt med andra yrkesgrupper, som kan bistå i att möta patientens behov, t.ex. vägleda till ytterligare psykosocial hjälp vid behov
- säkerställa patientens eget inflytande i sin vård
- aktivt bevaka ledtider så att onödig väntan minimeras

En kontaktsjuksköterska har dessutom

- ett tydligt skriftligt uppdrag
- kunskap om individens diagnos, behandlingar och det specifika cancerområdet där hon/han verkar inom uppdraget
- ansvar för att det finns en individuell vårdplan (även om den kan upprättas av andra)
- ansvar för en aktiv överlämning till en ny kontaktsjuksköterska
- uppgift att delta och förbereda multidisciplinära ronder/möten
- ansvar för viss rapportering i kvalitetsregister efter diagnos och behandlingsbeslut.

Landstingets nuläge:

Samtliga enhetschefer inom område kirurgi-öron-ögon, centrum medicinska specialiteter, område barn och ungdomsmedicin samt område kvinna och alla sjuksköterskor som deltagit i träffar för kontaktsjuksköterskor har fått möjligheten att uttala sig. Det finns både regionalt planer på gemensam arbetsbeskrivning för kontaktsjuksköterskor och också distansutbildning. Båda dessa aktiviteter kan medföra behov av resurser utöver nedanstående.

Barn/ungdom

Har meddelat att de inte tillhör RCC och har därför inte besvarat frågorna

Kvinnosjukvården

Ingen utnämnd kontaktsjuksköterska med skriftligt uppdrag, men planen i nuläget är att alla patienter ska ha en patientansvarig barnmorska. Se under synpunkter under ovarialcancer. Ett utökat tjänsteutrymme med 25 % barnmorsketjänst (125 000kr) beräknas behövas.

Centrum medicinska specialiteter

Lungenheten har sedan 1/11-12 kontaktsjuksköterska med skriftligt uppdrag enligt SKL's definition.

Hematologin har i dagsläget ingen kontaktsjuksköterska med skriftligt uppdrag. Fem sköterskor roterar på dagvården och alla patienter i aktiv behandling är knutna till denna. För hjärntumörerna finns ingen kontaktsjuksköterska

Huvud-halscancer

Öronmottagningen har två kontaktsjuksköterskor. Alla patienter med cancerdiagnos som kräver behandling har tillgång till dem. De har inget skriftligt uppdrag i nuläget, men begäran om sådant har lämnats till läkare med MLU.

Kirurgi

Det finns kontaktsjuksköterskor inom bröstcancer, prostatacancer och colorektalcancer. Det finns i nuläget skriftliga uppdrag för kontaktsjuksköterskorna inom colorektalcancer och prostatacancer och för övriga områden hoppas man ha detta klart 1/1-13. Det saknas kontaktsjuksköterskor för övre GI cancer (alla cancerformer), för malignt melanom och ytterligare kontaktsjukskötersketid för urologisk cancer utöver prostatacancer eftersom den onkologiska behandlingen utanför onkologmottagningen nu ökar snabbt.

Sammanfattning: Det saknas idag kontaktsjuksköterskor inom kvinnosjukvården, hematologin, hjärntumörer, för malignt melanom, all övre GI cancer och viss urologi. Det finns skriftliga uppdrag inom lungcancer, colorektalcancer och prostatacancer. För områden inom kirurgin där det idag inte finns skriftliga uppdrag kommer det troligtvis att finnas från 1/1-13. För huvud-halscancer är det oklart när det kommer att vara klart.

Landstingets mål: Att alla cancerpatienter ska kunna erbjudas tillgång till en kontaktsjuksköterska 1/1-14.

Kontaktsjuksköterskan uppdrag bör uppfylla kraven enligt SKL´s definition på en kontaktsjuksköterska och vidare ha en individuell arbetsbeskrivning/kravspecifikation utformad från en gemensam regional sådan.

Tidsplan: Se ovan.

Aktiviteter:**Resurser/aktiviteter**

Hematologin behöver utökning med 50 % sjukskötersketjänst, eventuellt mer beroende på vad som kommer att ingå i uppdraget. Hjärntumörer behöver utökning med 30% sjukskötersketjänst.

Kirurgi kommer behöva en 75 % tjänst för samtlig ÖGI- cancer, försöker ordna för maligna melanom genom omorganisation, men behöver ytterligare 40% inom urologin.

Kvinnosjukvården kommer att behöva utökning med 25 % barnmorsketjänst

Resurser i form av utbildning inom psykosocial omvårdnad, rehabilitering samt inom den egna verksamheten kommer att behövas. Resursbehoven kommer att bero på vilken utbildning som planeras i Norra regionen – och när den i så fall kan starta. Utbildning för kontaktsjuksköterskor är mycket olika i landet. I södra regionen kommer kontaktsjuksköterskorna att gå en 30 poängs kurs, som halvtids studier. I Stockholms län finns en uppdragsutbildning för kontaktsjuksköterskorna på en termin. Det kan vara rimligt att planera för resursåtgång på liknande nivå. Arbetsuppgifter, utbildning se RCC syd .

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

LDs ledningsgrupp rekommenderar att 875 tkr av 2013 års avsatta medel för cancerområdet nyttjas för kontaktsjuksköterskor med följande centrumfördelning:
centrum för medicinska specialiteter: 375 tkr
centrum för opererande specialiteter: 375 tkr
centrum för barn, kvinna, psykiatri: 125 tkr

LDs ledningsgrupp markerar vikten av denna satsning genom att lyfta in följande mål till LDs verksamhetsplan: "Kontaktsjuksköterskor med skriftligt uppdrag ska finnas för 11 diagnosgrupper 2013-12-31" Ingångsvärde 20130101 är 4 av 11 dvs 36%. De 11 diagnosgrupperna är: Lungcancer, Gynekologiska cancrar, Kolorektalcancer, Bröstcancer, Prostatacancer, Hematologiska cancrar, Hjärntumörer, Öron-cancrar, Malignt Melanom, Övre GI-cancrar och Urologiska cancrar utanför prostata.

LDs ledningsgrupp anser att RCC Norr bör ta fram en regiongemensam rekommendation angående utbildning och andra krav på kontaktsjuksköterskorna.

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschefer för respektive områden

Medicinskt ansvarig: Läkare med MLU inom resp. (sub)specialitet.

Ansvarig för rapportering: Respektive verksamhetschef/ Centrumchef

4. God inrapportering i kvalitetsregister, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.

Landstingets nuläge: Nyligen genomförd kartläggning bör användas som underlag. Område kir/ö/ö har 12 register inom cancervården, varav ett startar 2013, och totalt torde det inom JLL finnas knappt 20 register aktuella.

Landstingets mål: Deltagande i samtliga aktuella register med minst 80 % täckningsgrad.

Tidsplan: 2013-2014.

Aktiviteter: Ansvarig läkare namnges för varje register, återkoppling sker till aktuell arbetsgrupp minst årligen, kartläggning av stöd för inläggande av data (resurser avsätts) och efterfrågan i delårsbokslut (täckning – se nästa stycke), årsbokslut (täckning och återkoppling) Kontinuerlig återkoppling från RCC Norr ang. täckning, samt RÖJ rapporter för så många sjukdomsgrupper som möjligt.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef

Medicinskt ansvarig: Läkare ansvarig för registret

Ansvarig för rapportering: Respektive Centrumchef

5. Den palliativa vården i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner.

Landstingets nuläge I Jämtlands län har under den senaste 12-månadersperioden 75 % av alla som dött enligt befolkningsregistret registrerats i Svenska palliativregistret. Jämför man antalet som dött av cancer enligt Svenska palliativregistret med dödsorsaksregistrets uppgifter om antalet döda i cancer (2010), så är 328 fall av 354 (93%) registrerade.

Storsjögläntan tillhandahåller specialiserad palliativ kompetens över hela länet till stöd för anslutna patienter som vårdas i det egna hemmet. En palliativ konsultverksamhet har testats under 1,5 år riktad mot hälften av sjukhusets vårdavdelningar och hälften av länets kommuner (främst korttidsplatser i kommunen regi). I dagsläget finns finansiering endast för att driva

konsultteamet terminstid. Utifrån resultaten i Svenska palliativregistret pågår förbättringsarbeten inom flera enheter såväl på sjukhuset som inom kommunerna.

Landstingets mål: Att uppfylla de mål som är uppsatta för den palliativa verksamheten i RCC:s dokument, i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens riktlinjer för palliativ vård.

Att tillse att en länsövergripande palliativ konsultverksamhet etableras på helårsbasis.

Att all vårdpersonal med patientansvar får genomgå en web-baserad utbildning i allmän palliativ vård (omfattning 8-10 timmar).

Tidsplan: Web-baserad utbildning i allmän palliativ vård genomförs under 2013-14 för all vårdpersonal (inklusive läkare) på sjukhusets vårdavdelningar, samt för primärvårdens distriktsläkare.

Försök med länsövergripande palliativ konsultverksamhet planeras under 2013.

Att senast 2014 tillskapa tjänst för psykosocial kompetens knuten till länets palliativa konsultteam.

Verksamheterna kontrollerar sina resultat i Svenska palliativregistret mot uppsatta mål fortlöpande, samt vidtar förbättringsåtgärder vid behov med start 2013.

Aktiviteter: Framtagning av webbaserad utbildningsmaterial gemensamt för hela norra regionen via palliativ samrådsgrupp och den palliativa processledaren inom RCC.

Genomförande av webbaserad utbildning för all vårdpersonal under 2013-14.

Test av länsövergripande palliativt konsultteam under terminstid.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): För att web-baserad utbildning i palliativ vård ska kunna genomföras måste upphandlingsenheten i Västerbottens län hantera ärendet för att upphandling ska kunna ske och utbildningsmaterialet tas fram.

Budgettrymme behövs för:

- att det palliativa konsultteamet ska kunna verka 52 veckor om året över hela länet.
- att tjänst för psykosocial kompetens knyts till den specialiserade palliativa verksamheten (100% kurator)

LDs ledningsgrupp rekommenderar att 500 tkr av 2013 års avsatta medel för cancerområdet nyttjas för förstärkt palliativ verksamhet i Jämtlands läns landsting.

LDs ledningsgrupp anser att RCC Norr bör finansiera den webbaserade utbildningen enligt tidigare styrgruppsbeslut och därmed också ta ansvar för att påskynda upphandlingsprocessen.

Ansvarig för genomförande: Respektive verksamhetschef vad gäller webbaserad utbildning och avstämning av resultat i Svenska palliativregistret.

Storsjögläntan vad gäller genomförande och uppföljning av länsövergripande palliativt konsultteam.

Medicinskt ansvarig: Ewa Lundgren, område kirurgi i samarbete med Bertil Axelsson, MLU för Storsjögläntan

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

6. Onkologisk specialistkompetens behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas.

Landstingets nuläge: Konsult från Norrlands universitetssjukhus (NUS) en dag/vecka under terminerna och en st-läkare i onkologi från länet, som just har påbörjat sin utbildning vid

NUS. Läkarestöd (ej onkolog) ordnat i samarbete med Storsjögläntans läkare på deltid sedan ett år.

Landstingets mål: Egna onkologer för basal onkologisk verksamhet, utökat konsultstöd till flera dagar per vecka och tillgång till subspecialiserade konsulter via distansteknik.

Tidsplan: Tre till fem år.

Aktiviteter: Fortsatt rekrytering av st-läkare, just startad utredning av onkologin i norra Sverige (klar mars 2013), tyvärr försenad av personliga skäl.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): Ekonomisk satsning på fortsatt utbildning av st-läkare i onkologi, stöd för utnyttjande av både Sundsvall och Umeå som bas för konsultverksamhet från båda moderklinikerna.

LDs ledningsgrupp rekommenderar att JLL avvaktar just startad utredning av onkologin i norra Sverige (klar mars 2013)

Ansvarig för genomförande: Voc kir/ö/ö och medicin (i samarbete med RCC och Cancercentrum, NUS).

Medicinskt ansvarig: Verksamhetschef

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

7. Öka förutsättningarna för tidig upptäckt, genom att utveckla och optimera screening-verksamheten och genom att förbättra förmågan hos akut- och primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar.

Landstingets nuläge: *Mammografiscreening* digitaliserad, åldergränserna utökade till nationell nivå och täckningen mycket god

Screening för colorectal cancer i förberedelsefas med bl.a. utbildning av coloscooperande sköterskor, följer nationell utveckling

PSA-screening, ej införd, avvaktar nationella beslut

Landstingets mål: Fortsatt välfungerande mammografiscreening, start av screening för colorectal cancer 2014 och avvaktande hållning t.v. för PSA-screening.

Tidsplan: Tre år

Aktiviteter: Fortsatt utbildning av coloscooperande sköterskor, viss omstrukturering av endoscopiverksamheten

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): ekonomiskt stöd för screening colorectal cancer enl. plan – se LDs ledningsgrupps rekommendation sid 15

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef kir/ö/ö för slutna vård

Medicinskt ansvarig: Resp. läkare med MLU

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

Primärvården och cancer

Tidig upptäckt

Primärvården har som en av de viktigaste uppgifterna att tidigt hitta allvarliga sjukdomar, såsom cancer. Många cancersjukdomar har i början lindriga och svårtolkade symtom som

med tiden tilltar och blir tydligare. Det kan vara en svår uppgift att relativt tidigt i sjukdomens förlopp misstänka malignitet, ta rätt prover, ombesörja rätt röntgen och skicka remiss till specialistklinik.

För att primärvården ska klara detta på ett bra sätt krävs kompetent personal som är stabil och som har god kompetens. Vidare krävs det att tillgängligheten till sjukvården är tillräckligt god men att det sker någon form av sortering så att de med mycket lindriga besvär inte tränger undan de med allvarligare symtom

Landstingets nuläge:

Problem i nuläget:

1. brist på ordinarie distriktsläkare, vilket till viss del kompenseras med stafettläkare. Det innebär sämre kontinuitet i utredningar och att man inte känner till rutinerna för utredning. Utbildningsinsatser når inte heller dessa grupper.

Lösning: Ett systematiskt rekryteringsarbete av distriktsläkare vilket ännu inte startats.

2. i nuläget saknas vårdprogram/riktlinjer för samarbetet mellan primärvård och sjukhusklinikerna för många sjukdomar.

Lösning: Just nu pågår uppstart av Primärvårdskonsulter.

Tidig upptäckt - del 2

Vid återfall av cancersjukdom – vilket kan dröja ett flertal år – är det ofta inte självklart att koppla ihop besvären med cancer. Ont i ryggen t ex är ett vanligt symtom. Även de som haft cancer kan få ryggsmärtor, utan att det behöver vara någon dottertumör. Även här är det viktigt med kompetent personal som göra en bra medicinsk bedömning.

Fast bemanning med distriktsläkare med god kompetens är grunden för att detta ska fungera.

Aktiviteter:

Primärvårdskonsult

Detta innebär att en distriktsläkare på 10 % av sin arbetstid arbetar tillsammans med en klinik för att utveckla samarbetet. Detta konkretiseras i korta vårdprogram som beskriver vem som gör vad, när det ska remitteras, vad remissen ska innehålla och kontaktvägar.

12 12 01 startar den första primärvårdskonsulten inom området kirurgi med första fokus på prostatacancer.

I början av 2013 planeras Primärvårdskonsult med start inom området hudsjukdomar och som första sjukdom hudtumörer, (i samarbete med öronkliniken och kirurgen).

Primärvårdskonsulterna ska sedan arbeta igenom område för område, både för cancer och annat.

Förebyggande

Primärvården arbetar på olika sätt, mest i den direkta patientkontakten med

1. minskad rökning 2. alkohol under kontroll 3. ökad fysisk aktivitet

Ansvarig rapportör primärvård:medicinsk samordnare för beställd primärvård

Målnivåer för patientcentrerade kriterier, kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning samt för nivåstrukturering.

1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

a) Förebyggande insatser

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Införa ”Tobaksfri duo”	2014
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner	2014
Kunskapsnätverk för tobaksprevention	2012
Kunskapsnätverk för alkoholprevention	2013
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR)	2014

Landstingets nuläge: Tobaksfri Duo – JLL startade sitt arbete med implementering av metoden juni 2012 och i nuläget har två skolor beslutat att arbeta enligt metoden fr o m 2013. Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – Idag finns det tobaksavvänjare i alla kommuner
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – nätverk etablerat
Kunskapsnätverk för alkoholprevention – JLL har i dagsläget ingen representant i nätverket
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – JLL förskriver 2012 ca: 950 FaR dock är uppföljningen av skiftande kvalitet.

Landstingets mål: ”Tobaksfri duo” - Målet 2014 är två skolor per kommun = 16 skolor. Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – bibehålla antalet avvänjare samt att de har god kompetens samt ges förutsättningar att arbeta med avvänjning
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – minskat tobaksbruk i grupper med låg SES
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – målet 2014 är 2000 förskrivna FaR, varav minst hälften erhållit uppföljning efter 6 mån. Därutöver ska vi ha ökad kunskap om verk samma metoder som bidrar till långsiktig fysisk aktivitet med stöd av FaR

Tidsplan:

”Tobaksfri duo” – Länets skolor kommer att löpande erbjudas möjlighet att ansluta sig.
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – löpande
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – metodutveckling påbörjad
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – löpande

Aktiviteter:

”Tobaksfri duo” – Inspiration av skolpersonal samt konkret stöd för genomförande
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – kontinuerliga utbildningsinsatser
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – samverkan med fackliga organisationer som organiserar aktuella grupper
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – interventionsstudie genomförs liksom ytterligare några utvecklingsarbeten i samverkan med lokala aktörer fr o m våren 2013. Därutöver genomförs utbildningsinsatser för FaR-förskrivare

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

”Tobaksfri duo” – FHC har externa medel från Länsstyrelsen t o m aug. 2013 sannolikt krävs fortsatt ekonomiskt stöd för att arbetet kan genomföras enligt plan.

Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – nej

Kunskapsnätverk för tobaksprevention – ja externa medel krävs

Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FAR) – nej

LDs ledningsgrupp ger uppdrag till Nina Fållbäck-Svensson att via Folkhälsocentrum agera för att landstinget bevakar möjligheterna till extern finansiering.

Ansvarig för genomförande: Chef Folkhälsocentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Chef Folkhälsocentrum

b) Tidig upptäckt av cancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Cytburken (regional databas för registrering av cervixcancerscreening) ska tas i bruk	2013
Data över mammografiscreening enligt nationell mall ska kunna levereras till nationellt kvalitetsregister via RCC Norr.	2013
Deltagande i nationell screening för coloncancer*	*
Minst ett samarbetsprojekt per landsting startar där primärvården och den specialiserade vården samarbetar kring cancerpatientens väg in i vården	2014

* Beslut om deltagande från regionen och exakt tidsplan har inte fattats

b-1) ”Cytburken”

Landstingets nuläge: se under kap 1 (patologi), JLL köper tjänsten av VLL.

LD beslutade i aug 2011 om införande och att driftskostnaden skulle finansieras av ”inprio” för RCC aktiviteter. RCC har satt av pengar för införande och drift det första året. Oklart i nuläget och om kostnadskalkylen för införande i alla 4 länen som fastställdes för mer än ett år sedan fortfarande är aktuell. Håkan Jonsson processledare TUPP –RCC Norr har i uppdrag att driva frågan.

P.g.a. av att cytologi/patologi verksamheten för JLL bedrivs av VLL som även har alla JLLs data i sin databas har JLL inte haft möjlighet att påverka processen som ”kört fast” inom VLL.

Landstingets mål: att JLL skall komma in i registret under 2012

Tidsplan: VLLs planer avgör

Aktiviteter: VLL ansvariga

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): JLLs beslut måste utföras av VLL- rimligen utifrån det avtal som finns

LDs ledningsgrupp gav uppdrag till Jonas Törngren att utreda läget ang finansiering via RCC Norr och aktivitetsläget via VLL.

Ansvarig för genomförande: Troligen VC för laboratoriemedicin VLL Jens Boman

Medicinskt ansvarig: Troligen VC för laboratoriemedicin VLL Jens Boman

Ansvarig för rapportering: MHV-öl JLL, ledare för processen förbygga livmoderhalscancer inom JLL, som försöker bevakna och driva JLLs intressen i denna fråga.

genom Pia Collberg

Data över mammografiscreening enligt nationell mall ska kunna levereras till nationellt kvalitetsregister via RCC Norr.

Landstingets nuläge:

Fram till 2006 överförde vi screeningdatafiler från dåvarande mammoRIS "Amma" till OC NUS (data från inbjudan till dess att patienten remitteras vidare till kirurg). Numera har vi SECTRA RIS. Det har lång tid pågått regionalt samarbete med diskussioner mellan screeningcentra och OC NUS (Håkan Jonsson) inom NORMA (Norrländska Mammo-grafiscreeninggruppen) för att åstadkomma ett enhetligt regionalt mammografiscreening-register. En förstudie tillsammans med SECTRA, "Mammografistatistik i Norra regionen", är nyligen gjord. (En föreslagen SECTRA lösning innebär lokala merkostnader eftersom alla enheter inte har SECTRA RIS enl. pers kommentar Håkan Jonsson). Vi fortsätter leverera datafiler till OC NUS intermittent.

Landstingets mål:

Att lösa huvudproblemen som finns idag och hitta fram till enhetlig effektiv och transparent lösning.

Huvudproblem: Svårt jämföra data från olika enheter. Svårt vara säker på kvaliteten. Mycket manuellt arbete. Data inte aktuell eller regelbunden. Svårt idag följa kvinnor som opereras, men som inte har cancer. Målet är att all data alltid finns aktuellt uppdaterad. Att all data finns tillgängligt alltid och enkelt. Att dataöverföring /lagring sker automatiskt. Att innehåll/variabler går att lita på (har en tydlig betydelse). Att lagkrav är uppfyllda t.ex. Patientdatalagen.

Tidsplan: Mammografiscreeningen JLL vill verkställa en finansierad lösning enligt de tidsmål som RCC Norr ställer upp.

Aktiviteter:

H Laaksonen, överläkare vid röntgenavd är representant för mammografiscreeningen vid JLL i RCC arbetsgruppen TUPP (tidig upptäckt).

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Krävs budgetbeslut när skarpt förslag finns.

LDs ledningsgrupp gav uppdrag till Jonas Törngren att bevaka att beskrivna problem åtgärdas
--

Ansvarig för genomförande: Får utses när plan finns.

Medinskt ansvarig: MLU mammografi

Ansvarig för rapportering: MLU mammografi, Centrumchef

Ang koloskopiscreeningstudie*

Landstingets nuläge:

Enligt mail fr Karin Strandberg Nöjd 19 okt : På LD-mötet beslöts att alla tar hem detta underlag för lokal/regional diskussion o ev. nytt ställningstagande. Vad vi måste fundera på är vad vi anser vara vårt målsnöre att tillräckligt många andra landsting ansluter sig.

Enl mail fr Beatrice Melin 24 okt : På senaste landstingsdirektörmötet 18 oktober skickades detta reviderade förslag ut med minskade kostnader för forskningsdelen och FIT testning ut

till landstingsdirektörerna. Landstingsdirektörerna uttryckte sig mycket positiva till det reviderade förslaget och det skulle nu gå tillbaka till politikerna för ett nytt ställningstagande i vardera landsting, med svar till SKL till mitten av december

Landstingets mål: Mail Karin Strandberg Nöjd 19 okt: vårt positiva inriktningsbeslut kvarstår.

Tidsplan:

Aktiviteter:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

LDs ledningsgrupp rekommenderar att 200 tkr av 2013 års avsatt medel (575 tkr) för colorectalcancerscreeningen avsätts för detta, resterande medel nyttjas för andra satsningar inom denna handlingsplan.

Ansvarig för genomförande: Ej beslutat

Medicinskt ansvarig: Ej beslutat

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

Samarbetsprojekt Primärvård och specialiserad vård:

Aktiviteter:

Primärvårdskonsult

Detta innebär att en distriktsläkare på 10 % av sin arbetstid arbetar tillsammans med en klinik för att utveckla samarbetet. Detta konkretiseras i korta vårdprogram som beskriver vem som gör vad, när det ska remitteras, vad remissen ska innehålla och kontaktvägar.

12 12 01 startar den första primärvårdskonsulten inom området kirurgi och med första fokus på prostatacancer.

I början av 2013 planeras Primärvårdskonsult med start inom området hudsjukdomar och som första sjukdom hudtumörer, (i samarbete med öronkliniken och kirurgen).

Primärvårdskonsulterna ska sedan arbeta igenom område för område, både för cancer och annat.

Förebyggande

Primärvården arbetar på olika sätt, mest i den direkta patientkontakten med

1. minskad rökning 2. alkohol under kontroll 3. ökad fysisk aktivitet

Ansvarig för rapportering: Olof Englund, distriktsläkare och medicinsk samordnare för hela primärvården

2. Vårdprocesser

a) Lungcancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge: Nuvarande nivå
FDG-PET-DT ska ingå i utredningen för 90 % av patienterna i stadium Ib-III	2015	100 % (2010)
Alla patienter ska ha tillgång till kontakt-sjuksköterska	2015	100 % (okt 2012).
Ledtid från remiss till behandlingsbeslut < 28 dagar för 80 % av patienterna	2015	median 29 dagar. ca 50 % (2010) se nedan

Operation inom 20 dagar från behandlingsbeslut för 80 % av patienterna	2015	33 % (2008-2011)
Andel av patienter i stadium IIIA som erhåller kurativt syftande radiokemoterapi ska stå i paritet med nuläget i övriga landet, vilket är 30 %	2015	45 % (IIIA+B 2010)
95 % inrapportering i det nationella kvalitetsregistret - både anmälning och uppföljning - med första inrapportering inom 3 månader	2013	98 % (2010) dock ej inom 3 mdr

Enligt ovan har alla målnivåer utom ledtid från remiss till behandlingsbeslut samt operation inom 20 dagar från behandlingsbeslut uppfyllts i nuläget. När det gäller ledtid från remiss till behandlingsbeslut finns det stora variationer i utredningstider mellan olika stadier. Utredningstiden för stadium 1A-IIIB har medianvärde 52 dagar, medan medianvärdet för alla grupper är 29 dagar. Problemet ligger alltså främst i grupper med mer avancerat utredning där transthorakal biopsi och/eller där regionsjukhusets resurser behövs.

Problemområden

- Långa väntetider på transthorakala biopsier (senaste månaderna mellan 15-32 dagar)
- Väntetid för undersökningar vid regionssjukhuset i Umeå?
- Läkarförsörjning - brist på lungspecialister
- Bemanning med stafettläkare medför bristande kontinuitet under utredning, samt risker vid överlämnande av ärenden. Vid korta anställningsförhållanden även bristande kunskap om rutiner

Landstingets mål:

- Införande av alla kontaktsjuksköterskans funktioner verkställd till slutet 2013
- Korta ledtid från remiss till behandlingsbeslut enligt målnivå
- Korta ledtid från behandlingsbeslut till operation enligt målnivå
- Bibehålla övriga målvärden

Tidsplan:

- Uppföljning av kartläggning av problemområden, samt ledtid från remiss till behandlingsbeslut efter 6 och 12 månader. Nya ställningstagande till åtgärder vid behov
- Lokala ronder och checklista start november 2012.
- Kontakt röntgenenheten december 2012 för diskussion om tider transthorakala punktioner
- Rekrytering av lungspecialister?

Aktiviteter:

- *Följa tider från remiss till (för att följa/kartlägga problemområden):*

PET- undersökning och svar

Transthorakal biopsi

EBUS- undersökning och svar

Tid till operation från behandlingsbeslut

- Remiss från LOT- rond kommer från nov-12 gälla som remiss till thoraxkirurgen. Överlämnas direkt vid rond, vilket borde förkorta tiden till operation från behandlingsbeslut.

- Införande av checklista vid cancerutredning

- Lokala tumörkonferenser för att minska risken vid överlämnande av utredning samt få till en mer sammanhållen utredning (remisser iväg i tid, till rätt ställe osv)

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

- Behov av utökade resurser på röntgen för transthorakala biopsier
- Rekrytering av lungspecialister.

LDs ledningsgrupp gav Lisbet Gibson i uppdrag att utreda frågeställningen ang. transthorakala biopsier

LDs ledningsgrupp anser att rekrytering av lungspecialister ska verksamheten hantera inom befintliga ramar.

Ansvarig för genomförande:

- Lokala ronder, användande av checklista samt uppföljning/kartläggning av problemområden: processansvarig Östersund samt kontaktsjuksköterska
- Läkarerekrytering: ansvarig verksamhetschef
- kontakt röntgenavdelningen: processansvarig Östersund

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Verksamhetschef

b) Ovarialcancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
Organisera utbildning för och utse kontaktsjuksköterskor på alla sjukhus	2013	
Organisera en fungerande MDK på Nus	2013	
Alla patienter ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska	2015	
Organisera regional videounderstödd MDK	2015	
95 % av patienterna med misstänkt avancerad ovarialcancer samt patienter med sitt första recidiv blir föremål för MDK och får en optimal preoperativ bedömning	2015	
Öka andelen optimalt opererade patienter till 40 % och därmed öka överlevnaden	2015	

Landstingets nuläge: Kvinnosjukvården följer ”Regionalt vårdprogram för ovarialcancer” med förtydligande i lokalt PM. Kliniken har team med läkare/PAS barnmorska/kurator till varje patient och har än så länge möjlighet att snabbt nå gynonkolog i Umeå per telefon för snabb rådgivning. Inrapportering till kvalitetsregister Gynop-INCA sker, men behöver optimeras. Kliniken har PAD-ronder och gynonkronder och kontakt med det palliativa konsultteamet vid Östersunds sjukhus.

Landstingets mål: Följa ”Nationellt vårdprogram för ovarialcancer” med de regionala och lokala anpassningar som behöver göras och mål enligt ovan. Om kliniken helt arbetar efter detta, vilket förespråkas i det nationella programmet, kommer det att bli ökade omkostnader. Ett realistiskt antal patienter som kommer att opereras i Umeå är fyra patienter/år för 105 912 kr (DRG357, enligt avtal 2012) vilket innebär en sammanlagd merkostnad för området med 424 tkr per år.

Antalet patienter som skall remitteras för utredning av ärftlig ovarialcancer kommer att öka.

Optimera inrapportering till kvalitetsregistren. Utvärdering av de regionala målen enligt ovan sker via Gynop-INCA, som dock ännu ej kommunicerar med varandra fullt ut

Tidsplan: Målet bör vara att ovanstående kan implementeras under 2013 – 2015

Aktiviteter: Optimering av vårdkedjan, utbildningsdagar och närmare kontakt med primärvården och i andra änden fortsatt kontakt med det palliativa konsultteamet på Östersunds sjukhus. Förtydligande av vikten med PAD-ronder och dokumentation av dessa. Onkologronder finns, men kan möjligen ersättas av MDK när de kommer igång. Diskussioner pågår med Gynonkologerna i Umeå. Förtydligande att omhändertagandet av cancerpatienter sker i team där läkarsekreterare är av stor betydelse så att det administrativa flödet kring cancerpatienterna (och i och med detta också LED-tider) fungerar på bästa sätt. För att säkerställa kvalitén i inrapportering till kvalitetsregister behöver ansvariga doktorer och läkarsekreterare resurser för att delta i regionala och nationella möten.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): För att få kommande generation läkare och barnmorskor att engagera sig optimalt behövs extra resurser i form av avsatt tid och tid och pengar till fortbildning. För läkare fortbildning på Gynonkologen i Umeå och också möjlighet att delta i avancerade canceroperationer i Umeå för att behålla kompetensen här i Jämtland (viktigt då det ej alltid är canceroperationerna som är de mest avancerade). För att komplettera vårdkedjan med kontaktsjuksköterska bedöms ett utökat tjänsteutrymme med 25 % barnmorsketjänst (125 000kr). Uppbyggnad av MDK innebär ca 24 ronder per år med ca 48 timmars överläkararbete utöver idag. Resurser för deltagande i regionala och nationella möten angående kvalitetsregistren behövs. Pengar till VIDEO-utrustning inom kvinnosjukvården (avtalet går ut januari 2013) och vi har ökat antal VIDEO-konferenser med norra regionen. Budget för MDK. Budget enl. ovan för ökat antal patienter som ska opereras i Umeå. Budget för omkostnader för utredningar av ärftlig ovarialcancer. Budget för ev. behandling med Avastin.

LDs ledningsslag anser att fortbildningsinsatser och multidisciplinära ronder ska hanteras av verksamheten inom befintliga ramar. Ang kontaktsjuksköterska se kap 3 sid 6
LDs ledningsslag gav Håkan Gadd uppdrag att utreda beskrivna konsekvenser angående ökat antal operationer i Umeå, genetiska utredningar och läkemedel till mars 2013 för hantering i anslutning till budget/ inprioriteringsdiskussionerna 2014 -2016.

Ansvarig för genomförande: Klinikledning Kvinnosjukvården och Processledare för premaligna och maligna gynekologiska sjukdomar.

Medicinskt ansvarig: MLA kvinnosjukvården

Ansvarig för rapportering: Processledare för premaligna och maligna gynekologiska sjukdomar Kvinnosjukvården

c) Kolorektalcancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. Patienter med	2013	Detta är siffror för 2011, och vi började med MDT konferenser i april det året. Rektalcancer: preop : 88%, post op: 43 %. Dessa siffror kommer ligga mycket

koloncancer, >75 % preop och >90 % postop		nära 100 % 2012! Colon hittills 0 %, Umeå började med MDT för coloncancer sent 2012, men inga andra norrlands-sjukhus har fått ansluta ännu. Enligt planerna ska vi dock göra det under 2013
Förbättrad patologiundersökning: För >95 % av patienterna ska ≥ 12 lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska ≥ 12 lymfkörtlar undersökas i operationspreparat efter op för rektalcancer.	2013	86 % både för colon- och rektal-cancer 2011
Minska ledtider för cytostatika-behandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum	2013	Hittar inga siffror, men är helt övertygad om att detta över huvud taget inte är ett problem hos oss.
>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie	2015	Inte så länge vi inte har egna onkologer på plats i Östersund
<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer	2013	2011 opererade vi ovanligt få rektalcancrar, 14 st. Av dessa reopererades tre, vilket ger reop-frekvens på 21%, men alltså få patienter! 2008-2010 reopfrekvens: 13%. Vad gäller coloncancer så hittas endast siffror för postoperativa komplikationer, där vi har 19 % (snitt 26 % i landet)
95 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	2013	Hittar inga siffror

Landstingets nuläge: se ovan. Det är svårt att jämföra siffrorna för kolorektalcancer, dels ser inte rapporterna likadana ut för kolon respektive rektum (finns på cancercentrum.se), dels så har vi börjat med en hel del nya rutiner de senaste två åren, bl.a. MDK och även införandet av ERAS.

Landstingets mål: Uppfylla de mål vi själva kan styra inom en tre års period; deltagande i MDK beroende av NUS´ s möjligheter att ordna dessa och deltagande i kliniska (onkologiska) studier, men då måste Östersund godkännas som ”prövnings-site”, sannolikt beroende av onkolog på plats.

Tidsplan: 2013-2015

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Aktiviteter: Fortsatt kvalitetsarbete inom subsektionen

Ansvarig för genomförande: Överläkare Tomas Koczkas (med MLU)

Medicinskt ansvarig: Överläkare Tomas Koczkas (med MLU)

Ansvarig för rapportering: Centrumchef opererande specialiteter

d) Bröstcancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
98 % av patienterna ska genomgå pre- och postoperativ MDK, registrering ska ske i INCA.	2013	100 %
90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	2013	Medeltid från vårdplan till op är 17 dgr, i median 15 dgr,
Antalet reoperationer p.g.a. misstänkt eller manifest bristande radikalitet ska vara < 10 %.	2013	< 10 %.
95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor	2013	uppfyller målet även om exakta siffror ej är tillgängliga.
90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	2013	kan inte få ut siffrorna ang start onkologisk behandling, men målsättning är att start skall ske inom 4-6 v postop o detta uppfylles oftast.
Av kvinnor med servicescreeningupptäckt bröstcancer ska maximalt 20 % ha körtelmetastaser	2013	uppgift begärd - ska kompletteras
5-årsöverlevnaden ska vara >90 %	2013 + 5 år = 2018	ÖJ 2011 är 90,2%

Landstingets nuläge: Bröstcancervården har ju mkt homogent o bra resultat för hela landet mkt beroende på mkt väl implementerat nationellt vårdprogram med hög följsamhet, o vi har ett utförligt regionalt dito som är av stor hjälp för kirurgerna i Östersund, då onkolog saknas. Norra regionen har mkt bra resultat när resultaten redovisas på regionnivå o Jämtlands län står sig mkt väl vid jämförelse inom regionen.

Vi fyller redan nu i princip de uppsatta målen utifrån de siffror som redovisats gn Regionala Öppna Jämförelser för BC-vården, där senaste årsredovisningen gäller 2011.

Vi ha 100% av BC-pat med i såväl preop- som postop multidisciplinära konferenserna.

Bekymret har snarast varit att onkologerna i Umeå inte alltid närvarat vid dessa. Vår täckningsgrad till registret är 100 % vad gäller nyanmälningar (den siffra man vanligen anger. än så länge).

Medeltid från vårdplan till op är 17 dgr, i median 15 dgr. 70% av pat får op inom 3 v och 86 % inom 4 v från diagnos enl registersiffror. Vi försöker (vilket också oftast är patienternas val) ha läkarkontinuitet d.v.s. den som opererar är också den läkare som tidigare handlagt pat,

detta kan innebära ngt förlängd tid till operation, men pat som insisterar på tidigare op får det oftast.

Andelen reoperationer pga bristande radikalitet är redan nu under 10 % (5,7%).

Vi har korta tider för PAD-svar o jag bedömer att vi även här uppfyller målet, även om exakta siffror ej möjliga att ta fram annat än med manuell räkning. Det som kan ta tid är när kompletterande färgningar skickas till Umeå, men detta till trots bedömer jag att målet uppfylles.

Vi har ännu inte riktigt kommit igång med fortsättningsblanketterna, som tillkommit i registret o kan därför inte få ut siffrorna ang start onkologisk behandling, men vår målsättning är att start skall ske inom 4-6 v postop o detta uppfylles oftast. Om pat skall träffa onkolog (vilket naturligtvis alla med cytostatikabeh åtminstone borde få göra), finns risk att tiden kan fördröjas då tillgängliga onkologtider är alldeles för få för den verksamhet vi bedriver.

Av kvinnor med screeningsupptäckt bröstcancer har 19,7% körtelmetastaser, vilket ju är precis under den angivna maxiamala andelen (20%)

5-årsöverlevnaden ligger på ca 90% inom norra regionn, publicerade siffror finns inte splittrade på länsnivå då materialen är så små.

Nuläget: Således mkt gott.

Landstingets mål: Att bibehålla o om möjligt förbättra dessa fina resultat, men många orosmoln finns för framtiden. Mål att också via registerhållaren i Umeå regelbundet få ut de parametrar för Jämtlands län vi överenskommer skall följas

Tidsplan: ?

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): Personalrekrytering.

Inom i princip samtliga steg i vårdprocessen, såväl mammografi, patologi (mest överhängande) som kirurgi förväntas pensionsavgångar på läkarsidan inom närmaste två åren (o även övrig personal) o det finns ingen riktigt plan för "påfyllning".

På kirurgsidan är subspecialiteten svårrekryterad, mkt beroende att kirurgerna, utöver kirurgen, sköter den i volym o komplexitet snabbt (snarast explosionsartat) tillväxande onkologin, för vilket de inte har ngn utbildning o det inte heller finns tillräckligt med tid avsatt. Det måste till klinikchefsbeslut att styra över kirurgspecialister till BC-verksamheten. Det måste vara landstingsbeslut att aktivare driva så att det skapas en onkologverksamhet som leds o sköts av onkologspecialister. Den satsning som nu görs via kirurgkliniken, att subventionera en inom JLL anställd läkares vidareutbildning till onkolog i Umeå, kommer inte att vara tillräcklig o ligger flera år fram i tiden. Inte heller kommer den planerade utökningen av onkologkonsult via Sundsvallkliniken att räcka. Sjukhusets behov borde ligga på minst 3-4 specialister på plats hela veckan. Onkologkonsultverksamheten startade 1992 då med 5-600 cytbehandlingar per år, med 1 onkologkonsultbesök per vecka (ej under sommaren) , med ca 10 pat tider/gång o det har vi fortfarande trots att antalet beh är kring 3000 o behandlingarna blivit mkt mer komplicerade o för pat mer biverkningstyngda. Pga BC-sjukdomens natur använder man bortåt 5 linjers behandling vid metastaserande sjukdom, o då beh ofta har gott resultat lever BC-pat länge med sin sjukdom, vilket gör att den rent onkologiska patientvolymen blir mkt stor (o kräver mkt resurser). Inte heller det planerade stödet från Storsjögläntans läkare till onkologmottagningen är på ngt sätt tillräckligt.

Omorganisation behövs också för att styra över mer kontroller att skötas helt o hållet via mammografiavdelningen eftersom kirurgkliniken idag inte klara av att hålla stipulerade tider (o evidensen talar för att denna kontrollnivå inte eg behövs). Dessutom skulle mer av den properativa utredningen helt skötas av mammografiavdelningen, vilket är vanligt i flera andra

landsting. För detta behövs ytterligare medel till den avdelningen o för en onkologspecialist-verksamhet behöver också extramedel tilldelas.

Likaså behöver den plastikkirurgiska kompetensen förstärkas på kliniken såväl personellt som utbildningsmässigt. Det är också ett tveksamt beslut att kvinnorna i Jämtland inte skall få bröstrekonstruktion med autolog vävnad när övriga regionens kvinnor får det, oavsett att dessa op är mkt dyra. Fr a gäller det i de fall ablatio utförts o strålbehandling mot thoraxväggen givits, där man inte längre rekommenderar (och t o m avråder från) rekonstruktion med expanderprotes, vilket det är det enda vi har att erbjuda länets kvinnor. Den i vårdprocessen starkt engagerade sjukgymnasten är sjukskriven o går troligen snart i pension o det är ett handikapp att sjukgymnasten genom att inte ha samma kliniktillhörighet (tillhör ortoped) o därmed inte är lika starkt knuten till processen som övriga. Även om SN-biopsitekniken (portvaktstörtsbiopsi) inneburit betydligt mindre problem m lymfödem i armen behövs dock en lymfdränageverksamhet ständigt tillgänglig för dessa pat o även där behövs nyrekrytering.

I framtiden ligger dessutom möjligheten att av intraoperativ strålbehandling kan bli aktuell dvs att strålbeh skulle kunna ges här lokalt i smb m op på cop, o det är viktigt att utvecklingen inom detta område följs för det skulle kunna bli mkt aktuellt för våra patienter som nu måste vistas 3-5 v i Umeå el Sundsvall för nuvarande strålbehandling. Den ev större investering som skulle krävas för detta kommer rel tidigt tjänas in (stråbehandlingskostnad, resekostnad, hotellkostnad, SS-kostnad.).

LDs ledningsgrupp anser att personalrekrytering pga pensionsavgångar och plastikkirurgisk kompetens ska hanteras av resp verksamhet inom befintliga ramar och måste prioriteras.

Ang onkologbehov se kap 6 sid 10.

LDs ledningsgrupp kommenterar att skillnaden mellan JLLs och övriga regionen när det gäller bröstrekonstruktioner är ett resultat av utbudsbegränsning 2009.

LDs ledningsgrupp kommenterar de framtida möjligheterna med intraoperativ strålbehandling – att det krävs regional utredning kring denna fråga och inprioriteringsdiskussion när underlag finns.

Aktiviteter: Förutom ovanstående bör registreringen till kvalitetsregistret överföras till annan yrkeskategori än läkarna, lämpligen bröstsköterskorna. Mer kan göras avseende rehabiliteringen av pat för snabbare återgång till arbete där JLL ligger sämre till än många andra landsting. Man bör också inom ramen för RCC ombesörja att JLL:s pat kan erbjudas medverka i studier i samma omfattning som tex i Umeå men detta genom given beh på plats i Östersund o för detta krävs såväl tillgång till forskningssk som onkologspecialist på plats.

Ansvarig för genomförande: MLA BC-kirurgi men som ovan beskrivits ligger många beslut på klinik- resp landstingsnivå att driva

Medicinskt ansvarig: MLA BCkir

Ansvarig för rapportering: MLA BC.kir. Centrumchef

e) Prostatacancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
Tid mellan biopsitagning och cancerbesked: svar inom 14 dagar	70 % 2013 80 % 2014	Median 20 dagar (av 169 patienter). Se dock kommentar nedan!

Användning av skelettscintigrafi på rätt indikation: För lågriskpatienter ska max 5 % utredas med skelettscint/MR av skelettet, för högriskgruppen 90 %	2013	Lågrisk = 1,7 %, för högrisk går ej att redovisa nationellt 2011 nationellt (registreringsändring)
Kurativ behandling av män med lokalt avancerad/högrisk prostatacancer <75 år, målnivå 80 %	2013	2011 = 72,7 %
Införande av MDK och klara kriterier för vilka patienter som ska tas diskuterar vid dessa. Kriterier utarbetas under 2012. Målnivå: andel av de patienter som omfattas av kriterierna som diskuterar på MDK.	80 % 2013 90 % 2015	Siffror för 2012 ej kända, ronden under utveckling
Införa tydlig individuell vårdplan för alla patienter	60 % 2013, 95 % 2015	100%
Kartlägga komplikationen kompression av ryggmärgen, som underlag för kunskaps-spridning för att minimera detta.	2013	Bör ske i samarbete med ortopedspecialist – kontakt tagen
Gemensam PAD-remiss med standardiserad form på utlåtanden.	2015	Förslag framtaget

Landstingets nuläge: Överlag en mycket välfungerande vårdkedja från diagnos till behandling och uppföljning. Vad gäller palliativ/bromsande behandling ligger vi sannolikt mycket dåligt till då bristen på onkologisk kompetens med kontinuitet är graverande. Onkologisk översyn avseende onkolog mottagningen saknas vilket också är alarmerande. Tillgänglighetsproblem med framför allt långa väntetider till första specialistbesök. I jämförelse med andra landsting ligger vi dock mycket bra till vad gäller tid till PAD besked (2011).

Kommentar till Regional målnivå vad gäller tid till PAD besked: Målet att 70-80 % skall få PAD besked inom 14 dagar är möjligt enbart för patienter med benigt PAD. Patolog avdelningen i Östersund jobbar oerhört snabbt och majoriteten av PAD besked kommer efter 5-6 arbetsdagar. Vid misstänkt eller verifierad prostatacancer brukar dock majoriteten av preparaten genomgå kompletterande immuninfärgningar, vilket fördröjer svaret ytterligare 3-5 dagar. Redan här har det gått nästan 2 veckor efter biopsering. Nästa logistiska problem är att hitta en tid för återbesök till den läkare som träffat och biopserat patienten. En mera adekvat målsättning är att patienter med benigt PAD skall få besked inom 14 dagar och de med malignt 28 dagar.

Kommentar till Regional målnivå vad gäller individuell vårdplan: Alla patienter med diagnosticerad prostatacancer har redan idag en vårdplan för behandling och uppföljning som är baserad på evidensbaserade riktlinjer från EAU (European Association of Urology).

Landstingets mål:

- 1 – Ligga bland de fem bästa landstingen vad gäller tillgänglighet (tid till specialistbesök, PAD besked mm).
- 2 – Onkologmottagning med daglig tillgång till onkologisk specialist kompetens
- 3 – Operativa onkologiska resultat i nivå med de stora universitetssjukhusen

Tidsplan:

- 1 – Om nedan rekrytering genomförs framgångsrikt bör ovan mål vara nåbart 2014
- 2 – Var god se punkt 6 på Övergripande mål och prioriteringar
- 3 – 2013

Aktiviteter:

- 1 – Pågående rekrytering av ST-läkare för att möta aktuella och framför allt framtida tillgänglighetsbehov.
- 2 – Etablerande av hemsida med information avseende PSA provtagning och prostatacancer riktad till primärvård och patienter.
- 3 – Ökad och förbättrad MR diagnostik vid prostatacancer

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Andreas Lundgren

Medicinskt ansvarig: Andreas Lundgren

Ansvarig för rapportering: MLU och Centrumchef

f) Diagnosövergripande

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
It-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling (Cytodos?)	Rapport 2013

Landstingets nuläge: JLL deltar ej. Upphandling klar i Norrbotten, som startar pilot i januari 2013, övriga två landsting anslutna till Cytodos, som både innebär förenklad och säkrare dosering och tillgång till ett ”dosbibliotek”

Landstingets mål: Anslutning till Cytodos

Tidsplan: 2013-2014

Aktiviteter: Se ovan

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): Samma upphandling som Norrbotten? Kostnad för Norrbotten ca fyra mnkr, dock viss relation till antalet invånare, nyckel ej känd.

LDs ledningsgrupp gav Ingalill Persson uppdrag att utreda investeringsbehovet till mars 2013 för hantering i anslutning till budget/ inprioriteringsdiskussionerna 2014 -2016.

Ansvarig för genomförande: Upphandlings- och it-enheten i samarbete med voc kir

Medicinskt ansvarig: Cancercentrum, NUS

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

3.1. Psykosocialt stöd och rehabilitering

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Inrättande av ett regionalt nätverk och arbetsgrupp för psykosocialt stöd och rehabilitering, med representant från varje landsting med mandat att driva området vidare. Inrättande av lokala arbetsgrupper per landsting för implementering av regionalt fattade beslut inom området rehabilitering och psykosocialt stöd.	Nätverk och arbetsgrupper etablerade och målnivåer identifierade 2013.

Landstingets nuläge: I nuläget finns ingen given struktur angående hur JLL ska arbeta med psykosocialt stöd och rehabilitering hos cancerpatienter. Resurserna inom paramedicinsk specialitet bedöms vara för få för att klara av de rekommendationer som föreslås i kommande vårdprogram för psykosocialt stöd och rehabilitering. I dagsläget finns heller inget avtal eller överenskommelse gällande sjukgymnast/arbetsterapeut för de cancerpatienter som behandlas polikliniskt. Brist även på kontaktsjuksköterskor vilka delvis är de som bedömer behov och initierar kontakt med paramedicinsk specialitet. Det finns inom JLL ej heller tillgång till psykologhjälp för cancerdrabbade. Regionalt nätverk har bildats. JLL's representant i det regionala nätverket är Lena Broddesson.

Landstingets mål: Att uppfylla regionala målnivåer enligt ovan.

Tidsplan: Pågående arbete. Måluppfyllelse under 2013.

Aktiviteter:

- Regelbundna möten med det regionala nätverket/arbetsgruppen för psykosocialt stöd och cancerrehabilitering.
- Inrättande av en lokal multiprofessionell arbetsgrupp för regelbundna möten, kompetensutveckling och fortlöpande arbete utifrån regionalt fattade beslut inom området psykosocialt stöd och cancerrehabilitering.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

- Tydligt mandat i linjeorganisationen för den lokala representanten att fullfölja uppdraget
- Samverkan i linjeorganisationen för att möjliggöra det beskrivna arbetet
- Utökade tjänster avseende paramedicinsk kompetens (Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kurator, Psykolog). En grundlig översyn av aktuella resurser kontra kommande behov behövs
- Möjlighet att ta del av särskild budget avseende RCC-arbete

LDs ledningsgrupp gav centrumcheferna för medicinska och opererande specialiteter och Barn-Kvinna-Psykiati uppdrag att genomföra en översyn av aktuella resurser kontra kommande behov inför diskussion om inprioriteringar 2014-2016.

Ansvarig för genomförande: Lena Broddesson

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Lena Broddesson

3.2. Palliativ vård

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Bred lansering i hela vårdkedjan av ett strukturerat palliativt vårdinnehåll i livets slutskede. Uppföljning via Svenska Palliativregistret: Brytpunktsamtal för patienter som kan medverka: 70 % Användning av validerat smärtskattningsinstrument: 80 % Ordnation av stark opioid i injektionsform (bra nuläge, endast uppföljning): 95 % Bedömd munhälsa: 90 % Valfrihet av dödsplats: minska andelen ”vet ej” för patienter som kan medverka: <15 %	Fr.o.m. 2012 och framåt 2015 2015 2015 2015 2015
Registrering i Svenska Palliativregistret.	95 % 2015
Web-baserat regiongemensamt utbildningsmaterial i allmän palliativ vård. <i>Upphandling regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Upphandling 2013, breddutbildning efter produktion
Inrättande av ett regionalt palliativt kompetenscentrum för att samordna resurser för forskning, undervisning och palliativ verksamhetsutveckling i regionen. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Påbörjas 2013

Landstingets nuläge: 3:e kvartalet 2012 för väntade dödsfall i cancer

Brytpunktsamtal vid övergång till vård i livets slutskede = 63% ↔ Mål 70%

Användning av validerat smärtskattningsinstrument = 27% ↔ Mål 80%

Ordnation av stark opioid i injektionsform = 93,6% ↔ Mål 95%

Bedömd munhälsa = 65% ↔ Mål 90%

Valfrihet av dödsplats: minska andelen ”vet ej” = 44% ↔ Mål <15%

Registrering i Svenska palliativregistret = 93% ↔ Mål 95%

Landstingets mål: Att minska avståndet till målnivåerna med hälften under 2013.

Att bidra till inrättandet av ett regionalt palliativt kompetenscentrum.

Tidsplan: : -

Aktiviteter: Varje verksamhet utser 1-2 medarbetare med ansvar för framtagande av enhetens egna resultatssiffror för respektive målparameter. Dessa representanter erbjuds tillsammans med företrädare för verksamhetsledningen några timmars utbildning/diskussion om hur man kan gå vidare med det interna förbättringsarbetet.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): Att ovanstående parametrar avkrävs respektive enhetschef och verksamhetschef i deras kvartals- och årsrapporter för öka deras medvetenhet om nuläget och målsättningen = en förutsättning för att ändamålsenligt förbättringsarbete initieras.

Att medel motsvarande länets andel i regionalt palliativt kompetenscentrum avsätts.

LDs ledningsgrupp anser att RCC Norr måste förtydliga uppdraget för ett regional palliativt kompetenscentrum inkl bemanning och organisation innan beslut om finansiering kan diskuteras.

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschefer i samarbete med de i länet tillsatta utvecklingsledarna inom projektet "Bättre liv för sjuka äldre" som är finansierade av SKL. Kompetensresurs utgörs av det palliativa konsultteamets personal.

Medicinskt ansvarig: Respektive verksamhetschef

Ansvarig för rapportering: För den egna enheten = verksamhetschef och för länet Bertil Axelsson.

4. Patientens ställning i cancervården

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Patientrådet sammanställer en samlad rapport över arbetet 2012 och viktiga frågor ur patientens fokus. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Rapport klar och mål för rådets verksamhet fastställda vid ingången av 2013.
Utbildningar för patientorganisationer <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Identifiera behov 2012, organisera gemensamma utbildningsinsatser 2013.
Patientnämndernas registrering av cancerrelaterade ärenden sammanställs och utvärderas. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Utvärdering och ställningstagande till fortsättning hösten 2013.
Utveckling och införande av patientrapporterade resultatuppgifter (PROM) i kvalitetsregister <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Avrapportering, utvärdering och definiering av PROM i fler register under 2013.
Utarbeta och implementera tydliga rutiner för hur patienter ska informeras om rätten till second opinion och hur second opinion praktiskt ska organiseras för regionens cancerpatienter <i>Utarbetande av rutiner regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	2013

Landstingets nuläge: detta kapitel besvaras ej – regionala uppgifter

Landstingets mål:

Tidsplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Aktiviteter:

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

5. Utbildning och kompetensförsörjning

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Utarbeta en kompetensförsörjningsplan för regionens cancervård. Planen ska omfatta tillgång till onkologisk specialistkompetens i alla landsting. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Plan utarbetad och beslutad 2013
Genomföra cancerseminarieserie <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Utvärdering och ställnings-tagande till fortsättning hösten 2013
Tillsätta 4 gemensamma ST-block i patologi, med någon form av samfinansiering inom regionen	2014
Alla regionens specialister i patologi har gått handledarutbildning eller motsvarande	2014

Landstingets nuläge: De två första punkterna i detta kapitel besvaras ej – regionala uppgifter.

Angående patologi se under kap 1 först i detta dokument

Landstingets mål:

Tidsplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Aktiviteter:

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

6. Kunskapsstyrning

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	2015

Landstingets nuläge: detta kapitel besvaras ej – regionala uppgifter

Landstingets mål:

Tidsplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Aktiviteter:

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

7. Klinisk forskning och innovation

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Uppbyggnad av en registerforskningsstödande enhet vid RCC Norr	Första ansök-

<i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	ningsomgång våren 2013, utvärdering 2014
Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar.	Kartläggning av nuläge under 2012
Söka forskningssamarbete inom Barentsområdet, för att stärka aspekter och utveckling av klinisk cancerforskning i ett glesbygdsperspektiv. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Kontakter etableras 2012 ev. medelsökan under 2013.
En RCC-forskningens dag genomförs, där biotech-företag i anslutning till Umeå universitet bjuds in. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Våren 2013
Förstudie rörande möjligheter till utveckling av den regionala e-patologin. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Rapport hösten 2012

Landstingets nuläge: Viss cancerforskning som använder kvalitetsregister finns redan inom JLL. JLL har för också avsikt att initiera vävnads- och blodprovinsamling från patienter som diagnostiserats för kolorektalcancer inom ramen för UCAN-insamlingen. I dagsläget finns inga forskningssamarbeten inom Barentsområdet utanför Sverige där huvudman för forskningen är verksam vid JLL. Palliativ omvårdnadsforskning bedrivs för närvarande av en doktorand inskriven vid Umeå Universitet anställd med förenad anställning vid JLL.

Landstingets mål:

- Stödja uppbyggnad och expansion av registerforskningsverksamhet och annan patientnära cancerforskning och utveckling av hög kvalitet.
- Skapa kontakter och initiera internationella, såväl som nationella samarbetsprojekt inom Barentsområdet.
- Vidare utveckla och bygga ut vävnads- och blodprovinsamling från patienter diagnostiserade med cancer.
- Cancerforskningen ska bedrivas av redan disputerade forskare samt deras doktorander. Efter den initiala expansionen och uppbyggnaden av cancerforskningen inom JLL är landstingets mål att det finns inskrivna doktorander inom samtliga centrumområden inom den specialiserade vården vid Östersunds sjukhus, dvs vid Centrum för opererande specialiteter, Centrum för medicinska specialiteter, Centrum för barn, kvinna och psykiatri, samt Centrum för medicinsk diagnostik och teknik, samt att minst en doktorand med cancerforskning årligen disputerar.
- Fortsatt palliativ forskning och verksamhetsutveckling
- JLL ska ha ett aktivt deltagande i RCC-forskningens dag våren 2013.
- KFC-Z ska bidra med statistikhjälp och annan stödjande infrastruktur för cancerforskningen vid JLL.

Tidsplan: Vävnads- och blodprovinsamling startar våren 2013. Statistikhjälp startar våren 2013. KFC-Z med stödjande infrastruktur med start hösten 2014.

Aktiviteter: En statistikertjänst vid KFC-Z är för närvarande utlyst. Statistikhjälp inom cancerforskningen bör rymmas inom ramen för denna tjänst.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): En person som koordinerar forskningssjuksköterskor som stödjer cancerforskningen inom KFC-Z. Denna person bör helst vara disputerad sjuksköterska med en tjänstgöringsgrad om ca 50 % för denna uppgift.

LDs ledningsgrupp anser inte att detta bör prioriteras nu, återkom när JLL har fler aktiva forskningssjuksköterskor.

LDs ledningsgrupp uppdrar till Forskningschefen att verka för att få JLLs verksamheter godkända som forsknings-site

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Chef för KFC-Z

8. Nivåstrukturering

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Plan för nivåstrukturering fastställd	2013
Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan	2014

Landstingets nuläge: detta kapitel besvaras ej nu eftersom arbetet ej klart på regional nivå

Landstingets mål:

Tidsplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Aktiviteter:

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

9. Övrigt

LD ledningsgrupp noterar att i den regionala cancerplanen står inget om läkemedel. Eftersom läkemedlen inom cancerområdet redan nu är en viktig del i vården med ekonomiska prioriteringsproblem önskar JLL att RCC Norr beskriver samordning av läkemedel inom Cancerområdet - idag finns flera olika grupper på nationell, regional och lokal nivå, och tydliggöra gruppernas rollerna inkl kopplingen mot RCC Norr och resp. landstings beslutsmyndighet.

Lägesavstämning

Mall för redovisning till förbundsdirektionen av status för landstingets aktiviteter för att nå de uppsatta målen. Rapport ska vara förbundsdirektionen tillhanda senast 2013-06-01 respektive 2013-12-01.

Landsting:

Datum:

RCC-kriterium	Område	Landstingets mål-nivåer	Aktiviteter	Tidsplan	Aktivi-tetsstatus	Kommentar
Övergripande och prioriterade områden	Förstärka patologin					
	MDK för samtliga/definierade patientgrupper					
	Alla patienter erbjuds kontakt-sjuk-sköterska					
	God inrapportering i kvalitetsregister					

	Förstärka den palliativa vården					
	Onkologisk specialistkompetens i alla landsting					
	Öka förutsättningar för tidig upptäckt					
Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	Förebyggande insatser					
	Tidig upptäckt av cancer					
Vårdprocesser	Lungcancer					
	Ovarialcancer					
	Kolorektalcancer					
	Bröstcancer					
	Prostatacancer					

	Diagnos- över- gripande					
Psykosocialt stöd, rehabi- litering och palliativ vård	Psyko- socialt stöd och rehabili- tering					
	Palliativ vård					
Patien- tens ställning i cancer- vården						
Utbild- ning och kompe- tensför- sörjning						
Kuns- kaps- styrning						
Klinisk forsk- ning och innova- tion						
Nivå- struktu- rering						



Handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar 20140101-20161231

Version: 1.1

Upprättad 2013-10-17
Reviderad 2014-10-09

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
0.1	2013-05-27	Nyutgåva		
0.2	2013-05-30	Efter första diskussionen		
0.3	2013-06-27	Efter möte 2013-06-19		
0.4	2013-08-16	Inför möte 2013-08-19		
0.5	2013-08-19	Efter möte 2013-08-19		
0.6	2013-08-29	Rev utifrån synpunkter		
0.6	2013-10-17	Rev utifrån synpunkter		
1.0	2014-08-18	Rev utifrån synpunkter		
1.1	2014-09-08	Rev utifrån synpunkter		

Processbeskrivning

Handlingsplanen har tagits fram i anslutning till revidering av beslutad överenskommelse av arbetsgruppen som bestått av:

Från kommunerna¹:

Jan Persson – Regionförbundet Jämtlands län
Anna Lindegren och Jörgen Leding – Östersunds kommun
Emil Berglund och Linus Eriksson – Bräcke kommun
Lisa Stjernen – Krokoms kommun
Ann-Katrin Elvidotter – Bergs kommun

Från brukarorganisationer: Ia Linusson

Lena Larsson

Från landstinget:

Håkan Gadd
Malin Andersson
Eva Andersson

Under revideringsarbetet har Jämtlands läns brukarråd (JLB) deltagit med ovan nämnda representanter.

Slutligt dokument har också förankrats hos:

Kommunernas förvaltningschefer för vård och omsorg

Landstingets ledningsgrupp, områdeschef för barn/unga vuxna, hälso- och sjukvårdschef och omvårdnadsstrateg.

Fortsatt hantering av dokumentet är:

19 sept förankring i L-IFO och Fredagsgruppen

9 okt förankring i SVOM

¹ Alla kommuner i Jämtlands län har erbjudits deltagande i arbetsgruppen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	5
1.1	Handlingsplanens område	5
1.2	Bakomliggande beslut och mål	5
1.3	Tidsplan.....	6
1.4	Ansvarig för handlingsplanen	6
1.5	Ekonomiska resurser	6
1.6	Definitioner	6
2	MÅL OCH AKTIVITETER.....	9
3	BILAGA	13
3.1	Processbeskrivning	13
3.1.1	Etablera ACT team	13
3.1.1.1	2014-03-31.....	13
3.1.1.2	2014-04-29.....	13
3.1.1.3	2014-06-02.....	13
3.1.2	Tydliggöra landstingets och kommunernas ansvar för arbetsterapi- och fysioterapeutinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning	13
3.1.2.1	2014-03-31.....	13
3.1.3	Effektivare rutiner	14
3.1.3.1	2014-03-31.....	14
3.1.3.2	2014-06-02.....	14
3.1.3.3	2014-08-18.....	14
3.1.4	Ökad kunskap om livsstilsförändring för personer med psykiska funktionsnedsättningar 14	
3.1.4.1	2014-03-31.....	14
3.1.4.2	2014-06-02.....	14
3.1.4.3	2014-09-08.....	15
3.1.5	Få kunskapen från Hjärnkolls-kampanjen att stanna kvar.....	15
3.1.5.1	2014-03-31.....	15
3.1.5.2	2014-06-02.....	15
3.1.5.3	2014-08-18.....	15
3.1.6	Utveckla brukarinflytandet	15
3.1.6.1	2014-03-31.....	15
3.1.6.2	2014-04-29.....	15
3.1.6.3	2014-09-08.....	16
3.1.7	Utveckla samverkansarenorna	16

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar 4(17)

3.1.8	2014-04-29.....	16
3.1.9	Samers psykiska ohälsa	16
3.1.9.1	2014-03-03.....	16
3.1.9.2	2014-09-08.....	16
3.2	Gemensamt boende – bättre samverkan - för personer med särskilt vård- och omsorgsbehov	17
3.2.1	2014-08-18.....	17

1 INLEDNING

Under 2011 arbetades *den första överenskommelsen* om samarbete mellan kommunerna i Jämtland och Jämtlands läns landsting fram när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) beslutade i maj 2011 att rekommendera länets samtliga kommuner och landstinget att anta den. Dessa har utifrån rekommendationen vid olika tidpunkter under 2011/2012 antagit överenskommelsen.

Under 2014 revideras handlingsplanen. Processbeskrivningen finns i slutet av detta dokument

1.1 Handlingsplanens område

Denna handlingsplan är ett komplement till ovan beskrivna överenskommelse och gäller målgrupperna barn, unga samt vuxna med psykiska funktionsnedsättningar.

För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – [Jämtbus](#)² – riktlinjerna där gäller från 1 oktober 2012. Där anges möjligheten till lokala överenskommelser mellan respektive kommun och landstinget.

1.2 Bakomliggande beslut och mål

Handlingsplanen har till uppgift att förverkliga målet med överenskommelsen. I överenskommelsen anges följande mål:

De insatser som kommunerna och landstinget i Jämtlands län erbjuder ska vara utformade i enlighet med nationella riktlinjer och evidensbaserad praktik, så långt det är möjligt.

Alla som har behov ska få så kvalitativa och effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som möjligt. Insatserna ska bygga på en utvecklad vårdkedja där ansvarsfördelningen är tydlig och där personal har kompetens i enlighet med tillgänglig kunskap.

Handlingsplanen inom ramen för överenskommelsen ska tas tillvara och utveckla den kompetens som finns regionalt och lokalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning.

Vår målsättning är att vi tillsammans skall:

- stödja individens egen återhämtningsprocess
- stödja individen att ansöka om det stöd som behövs i respektive organisation
- ge individen det stöd som den behöver oberoende av vårdgivare.
- utgå från ett helhetsperspektiv gällande brukarens behov och förutsättningar vid planering av åtgärder och insatser
- aktivt beakta brukarinflytande och anhörigperspektiv

² <http://www.jll.se/politikochinsyn/samverkankommunlandsting/barnarenan.4.a212511344a664fef8000388.html>

- förstärka brukarinflytandet

1.3 Tidsplan

Handlingsplanen omfattar samma tidsperiod som överenskommelsen dvs tidsperioden 2014-01-01—2016-12-31

1.4 Ansvarig för handlingsplanen

Fredagsgruppen och L-IFO är ansvariga för denna handlingsplans genomförande. Ansvaret utövas genom att godkänna utvecklade uppdrag för varje mål/aktivitet i denna handlingsplan. I uppdragen preciseras vad som ska göras, utsedd uppdragsansvarig person och hur samverkan med andra ska ske. Ansvaret utövas också genom att följa upp handlingsplanen.

1.5 Ekonomiska resurser

Respektive huvudman står för sina kostnader vid verkställande av denna handlingsplan. Om aktiviteten kräver särskilda medel fattas beslut om detta i samband med att uppdragen preciseras av Fredagsgruppen och L-IFO.

1.6 Definitioner

Följande begrepp som används i handlingsplanen betyder:

”Överenskommelsen kap 3” – hänvisar till Överenskommelsen om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar som reviderats under 2013 och antagits av SVOM hösten 2013. I Kap 3 anges målgruppen så här:

Målgruppgruppen består av barn, unga³ och vuxna med psykiska funktionsnedsättningar.

Alla människor som har psykisk ohälsa har inte per definition en psykiatrisk diagnos och alla människor som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos eller störning tillhör inte målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Däremot ska de svårigheter som medför att en person har en psykisk funktionsnedsättning vara en konsekvens av en psykiatrisk diagnos.

För att avgränsa målgruppen personer med en psykisk funktionsnedsättning används definitionen som Nationell psykiatrisamordning⁴ presenterade under sitt arbete.

”En person har en psykisk funktionsnedsättning om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.”

Definitionen hänvisar till konsekvenser för individen av den psykiska störningen snarare än diagnosen som sådan.

ACT, eller Assertive Community Treatment, på svenska ”Aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering”. Lite förenklat kan man säga att det handlar

³ För barn och unga i behov av särskilt stöd finns särskild överenskommelse om regional samverkan i Jämtlands län – JämtBus

⁴ Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport 2006:5, Nationell psykiatrisamordning.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar 7(17)

om uppsökande team där det ingår case managers (vård- och stödsamordnare) som arbetar med att samordna olika insatser för brukarna.

Meddix är ett webbaserat IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan Jämtlands läns landsting, kommunerna och privata vårdgivare i Jämtlands län.

LPT - Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

LRV - Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

ÖPT – Öppen psykiatrisk tvångsvård

ÖRV – Öppen rättspsykiatrisk vård

SIP – Samordnad individuell plan enligt Socialtjänstlagen §2 kap § 7 och Hälso- och Sjukvårdslagen § 3f.

Det metabola syndromet är ett samlingsnamn för riskfaktorer som kan leda till diabetes och hjärt-kärlsjukdomar, såsom hjärtinfarkt och stroke.

(H)järnkoll är en nationell kampanj som arbetar för en mer öppenhet kring psykisk ohälsa med målet att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter oavsett psykiskt funktionssätt. Motorn i projektet (H)järnkoll Jämtland är 15 ambassadörer som är öppna med sina erfarenheter av psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.. Kampanjen Hjärnkoll drivs av myndigheten [Handisam](#) i nära samarbete med [Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa \(NSPH\)](#). Satsningen pågår till och med år 2014⁵. Projektägare är Regionförbundet Jämtlands län.

SVOM (Sociala vård- och omsorgsgruppen) är en politisk samverkansgrupp med representation från samtliga kommuner och landstinget.

Fredagsgruppen är en gruppering som består av representanter från kommun och landsting med uppdrag att vara ett beredningsorgan till SVOM. Ärenden för beredning kan vara uppdrag som initierats av SVOM likväl som uppdrag initierade på tjänstemannanivå och som kräver politiska ställningstaganden.

L-IFO är en gemensam samverkans- och kunskapsarena för länets kommuner och landsting inom hälso- och sjukvård och individ och familjeomsorg samt skolfrågor. Uppdraget är bl a att vara ett beredningsorgan till SVOM och ett informationsorgan i olika frågor. L-IFO har beslutande funktion i de frågor som inte kräver politiska ställningstaganden.

⁵ Arbetet med att etablera (H)järnkoll i någon verksamhet pågår. Beräknas vara klart december 2014.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar 8(17)

JLB (Jämtlands läns brukarråd) är ett samarbetsorgan bestående av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom psykisk hälsa, missbruks- och beroendområdet. JLB är en ideell förening (paraply) med de samarbetande föreningarna/organisationerna som enda medlemmar. Respektive förening utser personer till styrelse och eventuella arbetsgrupper. Varje medlem har en röst vardera i beslutande organ. Konsensus ska eftersträvas i alla frågor.

Nuvarande Medlemsföreningar i JLB:

- FMN (Föräldraförening mot narkotika) i Jämtlands län,
- Kamratföreningen Räddningsplankan av IOGT-NTO på regional och lokal nivå
- Föreningen Attention i Jämtlands län,
- RSMH på regional och lokal nivå
- Autism och Asberger föreningen.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring 9(17)
psykiska funktionsnedsättningar

2 MÅL OCH AKTIVITETER

Mål: Etablera en ACT modell

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utveckla en manual – gemensamt kommuner/landsting	ÖK kap 3	2015
Formera ett team	Personal kommun/landsting	2016
Utbilda teamen i dialog med JLB	Personal + JLB	2016
Utreda förutsättningar för ACT liknande team i Jämtlands län	ÖK kap 3, Personal kommun /landsting	2014-12

Mål: Tydliggöra landstingets och kommunernas ansvar för arbetsterapi- och fysioterapeutinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/klart
Formera förhandlingsgrupp	ÖK kap 3	2014-02
Skapa överenskommelse om komplettering till nuvarande arbetsterapi- och fysioterapeutavtal		2014-12

Mål: Effektivare rutiner

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utveckla rutiner och utbilda så att modulen i Meddix kan användas för LPT och LRV (ÖPT modulen finns i Meddix -men använda i dagsläget bara av en kommun)	ÖK kap 3	2015-06
Utveckla/sprida praktisk användning av SIP – information/seminarium tillsammans med JLB kring SIP-användandet – följa upp användningen av SIP – beakta livsstilsplanering i användande av SIP – nyttja metodstöd från Region Västerbotten (nationellt uppdrag för norra regionen)	ÖK kap 3 + personal kommun/landsting och JLB	2015-05
Undersöka möjligheten att arbeta med SIP som metod för en hel familj	ÖK kap 3	2015

**Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring
psykiska funktionsnedsättningar**

10(17)

Mål: Ökad kunskap om livsstilsförändring för personer med psykiska funktionsnedsättningar

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Gemensam kompetensutveckling för personal om metabola syndromet för personer med psykiska funktionsnedsättningar	Personal kommuner/ primärvård/psykiatri	2015-12
Utveckla friskvård/livsstils-arbetet för brukare/anhöriga	ÖK kap 3 + anhöriga + JLB	2015-12
Genomföra friskvård/livsstils-arbetet för brukare/anhöriga	ÖK kap 3 + anhöriga+ JLB	Under 2016

Mål: Få kunskapen från (H)järnkolls-kampanjen att stanna kvar

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Dokumentera erfarenheter under kampanjtiden	ÖK kap 3	Löpande under projektiden 2014- 12
Bevaka att erfarenheterna återförs till beslutsfattare		Löpande + slutsatser kvartal 3 - 2014
Överför projektet till befintlig struktur i länet för fortsättning efter projektavslut.		Beslut SVOM hösten 2014

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring psykiska funktionsnedsättningar

11(17)

Mål: Utveckla brukarinflytandet⁶

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utveckla angreppssätt för en pilotstudie där brukare får uppskatta sitt reella inflytande på sin egen behandling (inom vuxenpsykiatri och ev inom någon kommun)	ÖK kap 3	2015-09 för JLL.
Genomför brukar- och anhörigdag med erfarenhetsutbyte (samordnat med (H)järnkolls planerade aktiviteter. Inkludera ”En annan tid” - en mobil utställning om heldygnsvård)	ÖK kap 3 + anhöriga	Hösten 2013 – våren 2014-06
Utbildning om delat beslutsfattande av nyckelpersoner i respektive organisation.	Personal Landsting/kommun/JLB	2015-2016
Utbildning i SIP	Personal Landsting/kommun/JLB	2015
Kartlägga befintliga samverkansforum på regional- och lokalnivå och undersöka vilka samverkansforum som skulle utvecklas av brukarrepresentation.	ÖK kap 3	2015-12

Mål: Utveckla samverkansarenorna⁷

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Bevaka psykiatrifrågorna i anslutning till arbetet med regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling och i arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård	ÖK kap 3	Löpande - 2014-12
Respektive huvudman ska utveckla sin samverkan med brukarorganisationerna	ÖK kap 3	Löpande – 2016-12
Brukarorganisationer ska tillsammans med huvudmännen utveckla fler sociala ⁸ öppna möteplatser för brukarorganisationerna	ÖK kap 3	2016-12

⁶ Denna del i handlingsplanen syftar till att utveckla samverkan.

⁷ Denna del i handlingsplanen syftar till att utveckla samverkan.

⁸ En öppen mötesplats med ett planerat och strukturerad verksamhet.

**Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring
psykiska funktionsnedsättningar**

12(17)

Mål: Utveckla anhörigstödet

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Inventera vad stöd till anhöriga innebär för målgruppen	Anhöriga till ÖK kap 3	2015-12
Tydliggör vilket anhörigstöd som kommunerna respektive landstinget är ansvarig för och utveckla samverkansarenor		2015-12
Utveckla lärande nätverk kring anhörigstöd		Klart 2016-12

Mål: Samers psykiska ohälsa

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan/Klart
Utarbeta en handlingsplan för 2015-2017		2014-12

Mål: Gemensamt boende- bättre samverkan- för personer med särskilt vård- och omsorgsbehov

Aktivitet	Målgrupp	Tidsplan
Frågan om gemensamt (kommunerna och psykiatri) finansierat boende för målgrupperna har diskuterats i L-IFO. Analyser av flöden, ekonomi mm gjorda. Återstår att fortsätta utredning fram till färdig ekonomisk och ansvarsmässig överenskommelse.	Personer med stora behov av vård och behandling och ofta tvång och begränsningsåtgärder och personer som anses vara risk för samhällsmedborgare	2016-12
Genomföra värdeflödeanalys för ÖRV och ÖPT patienter	ÖRV och ÖPT patienter	2016-12

3 BILAGA

3.1 Processbeskrivning

3.1.1 Etablera ACT team

3.1.1.1 2014-03-31

Arbetet pågår. En arbetsgrupp, bestående av JLL, Östersunds-, Bräcke kommun och JLB, är formerad och arbetar med en beskrivning om hur ACT liknande team skulle kunna formuleras i Jämtlands län. Data insamling genomförs. Övriga kommuner bjuds in till föreläsningar om ACT för att undvika att de kommer för långt efter i arbetet med ACT.

3.1.1.2 2014-04-29

ACT-arbetsgruppen redovisar sitt arbete. Målgruppen ska definieras och är inte klart. En inventering av antal patienter ska genomföras när målgruppen är definierad.

JLB lyfter även att ordet ”flexibel ACT” ska strykas från handlingsplanen. Då flexibel ACT är en ren landstingspsykiatrisk modell där samverkan med kommuner ej ingår.

Gruppen ska till Göteborg för ACT Nätverkskonferens för att samla information. En person kommer från Göteborg som föreläser om R-ACT. Tidigare har föreläsare från Malmö om ACT och F-ACT från Göteborg.

3.1.1.3 2014-06-02

R-ACT är valt som arbetsmodell att arbeta vidare med. Inventering av patienter genomförs. En viljeinriktning för R-ACT och implementering, kommer att presenteras för Fredagsgruppen och L-IFO under hösten och eventuellt till SVOM.

3.1.2 Tydliggöra landstingets och kommunernas ansvar för arbetsterapi- och fysioterapeutinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning

3.1.2.1 2014-03-31

En arbetsgrupp är formerad bestående av Lena Hallquist Regionförbundet och Ingela Jönsson JLL. Målsättningen är att avtalet ska vara klart december 2014. Enligt Fredagsgruppen är detta den viktigaste punkten att prioritera.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring 14(17) psykiska funktionsnedsättningar

3.1.3 Effektivare rutiner

3.1.3.1 2014-03-31

JLL har utsett en ansvarig per avdelning, inom psykiatrin, för Meddix. Varje organisation kolla över sina egna rutiner kring arbetet med Meddix.

Håkan Gadd undersöker vart frågan om att göra en SIP i Meddix tog vägen efter föregående underlag.

En SIP utbildning kommer att genomföras för alla kommuner och lanstinget den 23 maj. Vidare kommer utbildning om delat beslutsfattande att genomföras den 3 juni och den 17 juni. Familj som enhet när man upprättar en SIP diskuterade

3.1.3.2 2014-06-02

En utbildning i SIP är genomförd där länets kommuner, landstinget och brukar- samt anhörigorganisationer var inbjudna och deltog. Vidare genomförs en utbildning i delat beslutsfattande den 3 juni samt 17 juni.

3.1.3.3 2014-08-18

Frågan om SIP i Meddix är bordlagd av SVOM. Ansvariga är Lena Hallquist från Regionförbundet och Anna-Kerstin Lejonklou från JLL.

3.1.4 Ökad kunskap om livsstilsförändring för personer med psykiska funktionsnedsättningar

3.1.4.1 2014-03-31

Frågan lämnas till Folkhälsocentrum på JLL för att skapa ett kunskapsseminarium. Frågan uppstod om vad kunskapsseminariet skall innehålla. Folkhälsocentrum bjuds in till Länsnätverket för psykiatri.

3.1.4.2 2014-06-02

Folkhälsocenter eftersökte sammanhållen ide om hur arbetet med det metaboliska syndromet kan genomföras kommuner och landsting tillsammans.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring 15(17) psykiska funktionsnedsättningar

3.1.4.3 2014-09-08

Begreppet kunskapsseminarium ersätts av gemensam kompetensutveckling.

3.1.5 Få kunskapen från Hjärnkolls-kampanjen att stanna kvar

3.1.5.1 2014-03-31

Den 6 maj anordnas en dag med Handisam. Dagen syftar till att se hur (H)järnkoll kan fortsätta efter projekttidens slut. Ett arbete med att se över hur (H)järnkolls ambassadörer kan administreras av brukarorganisationer har också påbörjas.

3.1.5.2 2014-06-02

En arbetsgrupp är utsedd för att den 1 juni för implementering av (H)järnkolls verksamhet. JLB har skickat in en formell ansökan om att ta över ambassadörsverksamheten från (H)järnkoll.

3.1.5.3 2014-08-18

Förslag från JLB om finansiering av ambassadörskapet inskickat till JLL och alla länets kommuner.

3.1.6 Utveckla brukarinflytandet

3.1.6.1 2014-03-31

Jämtlands läns brukarråd (JLB) bjuds kontinuerligt som en part i möten kring handlingsplanen och överenskommelsen. Vidare är JLB en aktiv part i arbetet med ACT och kring hela PRIO arbetet.

3.1.6.2 2014-04-29

JLL planerar att genomföra en mätning om inflytande över behandlingen för patienter. Planen är att mätningen genomförs under september 2014. Arbetsgruppen för överenskommelsen lyfter även att det är önskvärt om kommunerna genomförde en likande undersökning. JLL tar fram förslag på frågor till mätningen som både kommuner och JLL kan genomföra.

För punkten ” Genomför brukar/anhörigdag med erfarenhetsutbyte (samordnat med Hjärnkolls planerade aktiviteter. Inkludera ”En annan tid” - en mobil utställning om heldygnsvård)” så har utställningen ”En annan tid” genomförts. För att möjliggöra erfarenhetsutbyte kommer en träff med HANDISAM att genomföra den 6 maj 2014. Lika så genomförs en dag den 10 oktober.

Länsövergripande handlingsplan för samverkan i Jämtlands län kring 16(17) psykiska funktionsnedsättningar

3.1.6.3 2014-09-08

Genomförande av mätningen om inflytande flyttas fram till 2015.

3.1.7 Utveckla samverkansarenorna

3.1.8 2014-04-29

I Jämtland är brukarföreningarna få till antalet och det är ett få aktiva personer i varje förening. Således är det ofta samma personer som står för brukarnas ord och för brukarnas talan.

Regionförbundet har därför arbetat med en arvodesförfrågan om att arvoda brukarrepresentanter för att stimulera att fler engagerar sig samt för att arbetet ska ske på lika villkor för anställda och brukarrepresentanter.

JLB beskriver också att de får ökade möjligheter att samtala med kommuner och landsting nu jämfört med tidigare. JLB har således blivit en länsövergripande organisation dit kommuner och landsting kan vända sig för samtal med brukarrepresentanter från olika föreningar.

I länet har det startat upp föreningar i Åre och finns redan etablerat i Östersunds kommun samt inom landstingspsykiatri. Bräcke kommun genomför samtal med JLB om hur brukarinflytande kan öka i Bräcke.

JLB har även undersökt möjligheten för ett ”brukarhus”. I samarbete med Östersunds kommun kommer RSMH Gnistorna att starta ett fik på Prästgatan 58. Östersunds kommun bygger där en mötesplats för personer med psykiska funktionsnedsättningar. RSMH Gnistorna kommer att driva fiket. Planen är att RSMH Gnistorna ska överta hela driften, när det är möjligt.

3.1.9 Samers psykiska ohälsa

3.1.9.1 2014-03-03

Ett samverkans avtal mellan JLL och SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern og rus) är upprättat. Arbetet inför 2015 års handlingsplan har påbörjat i det samarbetet.

3.1.9.2 2014-09-08

Den 26 augusti 2014 utarbetades ett nytt förslag till handlingsplan för 2015-2017.

3.2 Gemensamt boende – bättre samverkan - för personer med särskilt vård- och omsorgsbehov

3.2.1 2014-08-18

Historik - Utredning genomförd, den lades fram till L-IFO och SVOM. Kostnaden var för hög. Blev bordlagd. Det genomfördes en ny behovsbedömning om boendet fortfarande aktuellt. För patientgrupperna kvarstod behovet.

Nuläget - Det som behövs göras är att det skapas en arbetsgrupp som tar fram ett färdigt förslag till SVOM. Gruppen tar fram ekonomiska förutsättningar, innehållet, personaltäthet med mera. Håkan Gadd tar upp frågan den 19 september 2014 (L-IFO och Fredagsgruppen).



BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE

STRATEGI OCH HANDLINGSPLAN FÖR JÄMTLANDS LÄN 2012–2014

Framtagen av Ledningskraft reviderad av SVOM 2013-05-17
Reviderad av SVOM 2014-02-21



INLEDNING

Sedan 2010 har staten och SKL (Sveriges kommuner och landsting) träffat överenskommelser som handlar om att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i fokus, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målen för den nationella satsningen 2011–2014, se bilaga 1. En projektorganisation finns för arbetet, se bilaga 3

För Jämtlands läns del har det resulterat i en strategi och handlingsplan ”Bättre liv för sjuka äldre” gällande perioden 2012–2014. Arbetsgruppen Ledningskraft som består av representanter från Regionförbundet Jämtlands län, länets kommuner samt landstinget har utarbetat förslaget.

Strategin inleds med en beskrivning av två äldre personer som bor i vårt län – Karin och Karl. De får stå som sinnebild för två äldre personer som på olika sätt behöver vård och omsorg från kommun, primärvård och specialiserad vård. Deras behov kan ses som en utgångspunkt inför arbetet med att utveckla kvaliteten för äldres vård och omsorg i Jämtlands län. Med deras exempel som utgångspunkt tydliggörs arbetet med att fokusera på de äldres perspektiv i länets utvecklings- och förändringsarbete.



KARIN OCH KARL – ETT JÄMTLÄNSKT EXEMPEL

Karin och Karl är två jämtländska äldre personer med ett relativt stort behov av vård och omsorg för att kunna klara av sin vardag. De behöver båda två:

- Veta vart de ska vända sig när de behöver vård och omsorg.
- Få vård och omsorg i, eller nära, hemmet.
- Uppleva gott samarbete mellan olika vårdgivare.
- En individuell vårdplan.

KARIN

Karin är 83 år och änka sedan 10 år tillbaka. Hon har två barn – en son i Stockholm med familj och en dotter med familj i Svea. För 20 år sedan blev Karin, på grund av ledsmärtor, sjukpensionär efter att i hela sitt yrkesverksamma liv arbetat som affärsbiträde. Hon bor, sedan makens död, i ett hyreshus i Lugnvik där hon har en lägenhet på två rum och kök på andra våningen.

Karin klarar sig ganska bra själv. Hon äter två lagade mål mat som hon lagar själv varje dag. På kvällarna äter hon kvällsfika framför TV:n. Oftast äter hon ensam.



Karins intressen består mest av att se på TV, lyssna på radio och talböcker samt att läsa tidningen. Under barmarksperioden går hon ut på kortare turer – mest för att handla. På vintern sitter hon mest inne. Det finns ett fåtal vänner kvar i livet som hon träffar med jämna mellanrum. Varje vecka pratar hon i telefon med sonen och dottern. På somrarna kommer sonen upp på besök tillsammans med sin familj. Dottern kommer på besök ungefär en gång i månaden.

Hälsomässigt mår Karin inte så bra även om hon inte har några akuta besvär. Hon har svårt att sova och känner sig ofta orolig för att hon inte ska klara sig själv. Hon märker också att hon får allt svårare att minnas. Hon hör också dåligt i sällskap. Hon har ont varje dag i axlar, armar, höfter och knän. Ibland gör värken att hon får svårt att sova. Hon tycker att hjärtat slår ojämnt och hon blir snabbt andfådd. Hennes vrister och fotryggar svullnar varje dag. Hon lider också av framfall och urininkontinens och har haft återkommande urinvägsinfektioner de senaste åren. Aptiten är dålig och Karin har gått ner mycket i vikt den senaste tiden. Dessutom har hon problem med sin tandprotes.

Det värsta med hälsan tycker Karin ändå är att hon ofta känner sig trött och orkeslös och att hon har svårt att läsa vanlig text i dagstidningarna. Hon blir också ledsen över att hon känner sig yr och är rädd för att falla. För två år sedan föll hon och bröt höften. Nu vågar hon inte gå någonstans utan sin rullator. Ibland önskar hon att hon fick ”sluta”.

Det senaste året har Karin haft täta kontakter med vården – både via kommunen och med landstingets primärvård och specialiserade vården. Utifrån detta önskar dottern att Karin skulle kunna få mer hjälp i hemmet. Hon är också orolig över om Karin verkligen klarar av att ta alla sina nio olika mediciner som hon ska. Trots att Karin de senaste åren haft täta kontakter med vård och omsorg fungerar inte hennes tillvaro tillfredsställande.

KARL

Karl är 75 år och bor tillsammans med sin fru i en by i Västjämtland. Karl är civilingenjör och pensionerade sig för tio år sedan. De sista 15 åren drev Karl en egen elfirma. Karl har tre barn som alla bor i Stockholmstrakten med sina familjer.

Karl är i behov av mycket hjälp från sin fru, eftersom han är sjuklig och svag sedan han efter 2002 och framåt har haft ett flertal hjärtinfarkter. Den första fick han sitt första år som pensionär. Dessutom lider Karl av diabetes.

Det kommer allt som oftast vänner och hälsar på och någon gång när Karl orkar tar han och hans fru en tur med bilen. Barnen kommer hem i omgångar under lov och storhelger. Det är sällan ensamt.



Karl försöker, de dagar han orkar, att göra något i trädgården. Numera blir det mest att han sittande i en stol kan plantera lite krukor eller sitta stilla i solen och vila eller läsa. På vintrarna läser han, lyssnar på radio och ser på TV och filmer.

Karl har gjort tre ballongsprängningar. Han har pacemaker, hjärtsvikt och samlar på sig mycket vätska i kroppen. Han får insulinbehandling för sin diabetes och lider dessutom av lungsjukdomen KOL och kärlkramp. Han har en hjärtsäng hemma. Under dåliga perioder händer det att Karl åker in till sjukhusets akutmottagning med ambulans eller helikopter flera gånger i veckan. Det har också hänt att han under bara en enda vecka haft besök i hemmet av ambulanspersonal vid tio tillfällen samt åkt in till sjukhusets akutmottagning vid två tillfällen.

Många olika personalkategorier är inblandade kring Karl (SOS Alarm, Sjukvårdsrådgivningen, Hälsocentralen, kommunens distriktssköterskor med flera). De känner oftast inte till varandras insatser. På grund av Karls ofta allvarliga tillstånd känner sig han och hans fru ofta otrygga med sin situation. Karls fru är anställd av kommunen som anhörigvårdare, men hon känner inte att hon räcker till helt och hållet.

Fallen är fingerade och det finns inget samband mellan bilder och text.

BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE – STRATEGIER

BAKGRUND

Sociala Vård- och Omsorgsgruppen, SVOM, (består av politiker och tjänstemän från länets åtta kommuner och landstinget samt en tjänsteman från Regionförbundet i Jämtlands län) beslutade 2012-02-24 att ge Ledningskraft mandat att arbeta vidare med handlingsplaner inom de områden som berörs av överenskommelsen ”Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, 2012”. SVOM beslutade i december 2012 att ge Ledningskraft i uppdrag att revidera handlingsplanen 2013 och 2014.

MÅLGRUPP

Mest sjuka äldre

Mest sjuka äldre omfattas i denna strategi och plan av personer som är över 65 år och som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Mest sjuka äldre i Jämtland

Totalt år 2013: 28 700 personer 65 år och äldre, varav 15 256 kvinnor och 13 444 män. (Källa: Statistiska Centralbyrån)

Socialstyrelsens förslag på avgränsning av gruppen ”de mest sjuka äldre” relaterat till Jämtland:

1. Kärnan (personer med omfattande sjukvård och omfattande omsorg) motsvarar 2 % av befolkningen 65 år och äldre (cirka 548 personer).
2. Personer med ”omfattande omsorg” (permanent särskilt boende, beslut om mer än 25 timmar hemtjänst/månad, korttidsboende eller beslut om insatser enligt LSS). Detta motsvarar 10 % av befolkningen 65 år och äldre (cirka 2 738 personer).
3. Samtliga personer med omfattande sjukvård eller omfattande omsorg (multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård). Detta motsvarar 18 % av befolkningen 65 år och äldre (cirka 4 930 personer).

Sköra äldre

Målgruppen i Jämtlands län är vidgad genom att omfatta även gruppen sköra äldre. Definition: riskgrupp som börjar uppvisa begynnande skörhet i form av utmattning, viktninskning, svaghet, långsamhet och låg aktivitetsgrad.

Gruppen motsvarar 25 % av befolkningen 65 år och äldre (i Jämtland: cirka 6 850 personer). (Gunnar Akner, Läkartidningen, nr. 44 2010)

SYFTE (VARFÖR GÖR VI DETTA?)

Syftet med förslagen i denna strategi och plan är dels att uppnå och upprätthålla en god kvalitet på arbetet kring de mest sjuka äldre, dels att de resurser som står till buds används på det mest effektiva sättet.

MÅL (VAD VILL VI UPPNÅ?)

Det primära målet med arbetet utifrån denna strategi och plan är ett bättre liv för de sjuka äldre i Jämtlands län. Det handlar också om att skapa förutsättningar för vård- och omsorgspersonalen så att de känner sig motiverade, ser helheten och förstår nyttan av ett sammanhållet arbetssätt.

... som berör de äldre

Genom att skapa ett hållbart, handlingskraftigt och förebyggande arbetssätt i vård och omsorg av äldre ska personer som Karin och Karl uppleva trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.

... som berör medarbetarna

Genom kompetenta och nöjda medarbetare, nöjda äldre och ett sammanhållet professionellt och mera systematiskt arbetssätt skapas

större arbetsglädje och yrkesstolthet. Vilket i sin tur är en förutsättning för det strategiskt angelägna området kompetensförsörjning

Delmål

Aktiviteter kopplade till delmålen redovisas i handlingsplanen, tillsammans med tidplan, mål- och måttangivelser som förslag på uppföljning.

- Sammanhållen vård och omsorg
- Preventivt arbetssätt
- God läkemedelsbehandling för sjuka äldre
- God vård vid livets slut
- God vård vid demenssjukdom
- Struktur för ledning och styrning i samverkan
- Ökat brukarinflytande
- Förbättrat systematiskt arbetssätt

LEDORD FÖR ARBETET

- Den äldres fokus
- Samverkan
- Etik och bemötande
- Hållbar utveckling
- Samma möjlighet till vård över hela länet
- Evidensbaserad praktik och systematiskt förbättringsarbete

STRATEGISKA VÄGVAL

För att arbetet kring ”Bättre liv för sjuka äldre” ska bli framgångsrikt bör man besluta sig för vilka vägar man vill gå för att komma framåt. Resultatet av hela arbetet blir avhängigt av hur väl man tar hänsyn till och satsar på de strategiska vägvalen.

Vad är nyttan för mig/oss?

För att chefer och deras medarbetare ska känna motivation och engagemang för arbetet och de delar som de blir inblandade i är det viktigt att de ser nyttan med arbetet - inte bara för de äldres skull utan även för sin egen. Det gäller att visa fördelar och vinst med de gemensamma satsningarna.

Förhållningssätt

De som arbetar inom vård och omsorg fattar dagligen tusentals beslut. Beslut som ska vila på bästa tillgängliga kunskap för att göra bästa möjliga nytta för den äldre. Att inte använda bästa tillgängliga kunskap är ineffektivt.

Den äldre har kunskap om sin egen situation och om sina behov, men har också en bild av kvaliteten på insatser och på verksamheten i stort.

Personalen har kunskap utifrån sin utbildning, fortbildning och yrkeserfarenhet. Det är personalen som tolkar den äldres behov utifrån

sina kunskaper och lokala praktiska förutsättningar, föreslår och genomför insatser.

Forskningen bidrar med kunskap som tagits fram med olika vetenskapliga metoder.

Bygga tillit...

Hur bygger vi en organisation av tillit? Det handlar om att klargöra och kommunicera att det som kan verka som en förlust eller onödigt arbete, på lokal nivå eller på kort sikt, i förlängningen kan ge vinster. Dessa vinster kan ses både ur ett gemensamt perspektiv och på lokal nivå, och framför allt för den äldre.

Enligt tidigare beslut om ”Etiskt förhållningssätt mellan landsting och kommun” ska vi samverka för att människor ska få en god vård och omsorg på rätt nivå. Vi ska även ha respekt för varandras uppdrag.

Vilket innebär att:

- Vi har förtroende för varandras kompetens.
- Vi litar på att alla gör sitt bästa.
- Vi är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner.
- Vi inte pratar illa om varandra.
- Vi förfogar över egna resurser vilket innebär att vi inte lovar insatser hos annan huvudman.

Systematik i förbättringsarbetet

För att kunna redovisa vad som gjorts, rätta till brister och visa på förändringar och förbättringar behövs en systematik i förbättringsarbetet. Det betyder att man bör arbeta enligt följande:

- Löpande resultatredovisningar. Mäta för att veta.
- System för att tydliggöra avvikelser och återkoppling.
- Synliggöra och underlätta samband mellan olika förbättringsområden.
- Identifiera, införa och förbättra metoder av system-/strukturkaraktär.
- Sprida goda exempel.

Till stöd för systematiskt förbättringsarbete finns utvecklingsledare. Under 2014 kommer förslag att tas fram gällande långsiktiga lösningar för systematiskt förbättringsarbete enligt grundkrav i överenskommelsen mellan SKL och socialdepartementet.

Gemensamt arbetssätt

Det finns två syften med en länsövergripande strategi. Dels att underlätta chefernas ansvar i arbetet med att den äldre personen i slutändan får god vård, dels att tydliggöra för medarbetare och beslutsfattare betydelsen av och vinsten med gemensamt arbetssätt. Utvecklingsledare har i uppdrag att stödja metoder för ett gemensamt arbetssätt

Visa vad andra gjort

Arbetet utifrån samma principer som ”Bättre liv för sjuka äldre” sker på andra håll i landet och även internationellt. Detta kan man dra nytta av genom att presentera det i den egna verksamheten. Uppmuntra att göra likadant som på andra håll där det fungerat.

Länets utvecklingsledare ingår i ett nationellt nätverk där bland annat goda exempel sprids. Goda exempel från länet sprids via utvecklingsledarna både nationellt och lokalt.

Tydliggöra målgruppen för arbetet

Den äldre personen behöver gestaltas (Karin och Karl) för att alla aktörer ska få en gemensam bild av målgruppen och målet med det förändrade arbetssättet.

Informationsinsatser

Informationsinsatserna ska vara riktade till olika målgrupper. Informationen bör delas upp till följande målgrupper:

- Vård- och omsorgspersonal.
- Chefer och politiker.
- Patienter, brukare och anhöriga.

Informationsinsatserna ska vara avpassade för respektive målgrupp och spridas via kanaler som på ett effektivt sätt når ut till varje grupp. En kommunikationsplan har utarbetats. Regelbundna nyhetsbrev skickas ut.

Gemensamma utbildningar för alla vårdgivare

För att främja samarbetet och för att medarbetarna ska stå på samma grund är det viktigt att relevanta utbildningar genomförs över organisationsgränserna.

UTVECKLINGSLEDARNA

Länets utvecklingsledare är anställda på Regionförbundet Jämtlands län. Deras arbetsområde omfattar alla åtta kommunerna och Jämtlands läns landsting inklusive privata utförare. De får kontinuerlig fortbildning i systematiskt förbättringsarbete, se även ovan avsnitt strategiska vägval.

UPPFÖLJNING

- Förvaltningscheferna/verksamhetschefer (motsvarande) i kommuner och landsting ansvarar för att ta del av resultaten kontinuerligt från Ledningskraftsportalen. www.ledningskraft.se
- Det är viktigt att efterfråga resultat på enhetsnivå från verksamheterna.
- Löpande redovisning av länsresultaten sker till Fredagsgruppen och SVOM vid varje sammanträde.
- Handlingsplanens mål och aktiviteter kommer att följas upp och revideras årligen av Ledningskraft.
- Nuläge redovisas i Ledningskraft regelbundet.

HANDLINGSPLAN FÖRKORTNINGSLISTA BIFOGAS SOM BILAGA 4

GOD VÅRD VID LIVETS SLUT							
Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Täckningsgrad i Palliativregistret Nationellt mål: 70 % 2014 är ett grundläggande krav. Mätperiod för prestationsersättning 2013-10-01 – 2014-09-30	86 % 13-09-30	> 85 % i alla kommuner till 14-09-30	Klart 14-09-30	Ansluta HC till Palliativregistret Ansluta IVA till Palliativregistret Länsrutin för PV registrering i Palliativregistret	  	Linjechefer JLL Linjechefer JLL Centrumchef PV	Stöd från resursperson i PV Klart Klart
Förbättrad vård och omsorg i livets slutskede Nationellt mål: förbättra resultatet med i genomsnitt 5 % respektive 10 % för brytpunktssamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest. (alternativt en genomsnittlig måluppfyllelse på minst 60 %) Mätperiod för prestationsersättning 2013-10-01 – 2014-09-30	13-09-30: Brytpunktssamtal 49 % Ordination mot ångest 79 % Smärtskattning 34 % Munhälsa 37%	Öka med sammantaget 10 % alternativt genomsnittlig måluppfyllelse på 60 %	14-12-31 14-12-31 14-12-31	Sprida definitionen av brytpunktssamtal: • Checklistor • Rutin • Utbildningsinsatser Seminarium med spridning av goda exempel från t.ex. Palliativa förbättringsteam Dokumentera under sökordet "Behandlingsstrategi"	  	Ledningskraft Ledningskraft Linjechefer JLL	Palliativregistrets beskrivning av brytpunktssamtal Uppdras till utvecklingsledare Journalkopia till kommunen kompletteras med NPÖ

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

GOD VÅRD VID LIVETS SLUT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
			Start sept. 2013	Förbättringsarbeten med stöd av Svenska Palliativregistret		Utvecklingsledarna	Fortsatt erbjudande till förbättringsteam
			14-12-31	Lansera nationellt kunskapsstöd för palliativ vård: • Nationellt vårdprogram • Nationella riktlinjer • Resultat och kunskapsstöd Palliativ registret		Utvecklingsledarna tillsammans med RCC	Nationellt vårdprogram Ex Webbutbildningen
				Implementering av nationella riktlinjer för palliativ vård enligt beslutad modell i länet		Fredagsgruppen	GAP-analys och åtgärder utifrån analysen
				Nätverksträffar för länets kontaktpersoner för Palliativregistret	○○○○	Utvecklingsledarna	Klart Övergår till nätverk för alla kvalitetsregister

STATUS: ■ = EJ PÅBÖRJAT ■ = PÅGÅR ■ = KLART

PREVENTIVT ARBETSSÄTT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal riskbedömningar som har planerad förebyggande åtgärd och uppföljning i Senior Alert	6 277 riskbedömningar 2012-10-01 – 2013-09-30	Öka till 7000 riskbedömningar med planerade åtgärder och uppföljning	Start maj 2013	Team utbildningar i samarbete med kvalitetsregistret Senior Alert		Utvecklingsledarna	Fortsatt erbjudande med fokus på hemtjänst och hemsjukvård
Mätperiod för prestationsersättning 2013-10-01 – 2014-09-30 2014: ej SÄBO			14-12-31	Träffar med vårdpreventiv grupp JLL		Utvecklingsledarna och vårdstrateg	Pågår kontinuerligt
Andel riskbedömningar och planerad förebyggande åtgärd, i SÄBO	2013-09-30 >90 %: Berg Bräcke Krokom Strömsund Åre Östersund	Öka till 90 % i samtliga kommuner	14-12-31	Nätverksträffar för länets regionala/lokala koordinators i Senior Alert i kommunerna	○○○○	Utvecklingsledarna	Klart Övergår till nätverk för alla kvalitetsregister
Nationellt mål: 90 % av boende i SÄBO och korttidsboende ska ha riskbedömts och fått planerad förebyggande åtgärd som registrerats i Senior Alert			14-12-31	Inspirations- och informationsmöten i verksamheterna	○○○○	Utvecklingsledarna	Pågår kontinuerligt
Mäts genom PPM 2014-09-30	Vecka 40 2013	100 % deltagande i PPM Trycksår och fall i samtliga länets kommuner	Vecka 11 och vecka 37 2014	Deltagande i PPM Trycksår och fall		Linjechefer i kommunerna	
Grundläggande krav 2014: Deltagande i PPM Trycksår och fall i Senior Alert	Härjedalen Krokom Strömsund Åre och delar av Östersund						
Mäts genom PPM vecka 11 och vecka 37 2014							

Antal anslutna till RiksSår via Senior Alert Inga prestationsersättningar	Nytt mått 2014	Påbörja registreringar i kommunerna i Riks Sår Öka registreringar i JLL i RiksSår	Start 2014 2014 2014	Ansluta till RiksSår Stöd via nätverk för alla kvalitetsregister Inspirations- och informationsmöten i verksamheterna	  	Linjechefer Utvecklingsledare Linjechefer med stöd av utvecklingsledare och vårdstrateg	Pågår kontinuerligt utifrån andra register
Antal anslutna till modulen om blåsdysfunktion i Senior Alert Inga prestationsersättningar	Nytt mått 2014	Påbörja registreringar i modulen för blåsdysfunktion	Start 2014 2014 2014	Ansluta till RiksSår Stöd via nätverk för alla kvalitetsregister Inspirations- och informationsmöten i verksamheterna	  	Linjechefer Utvecklingsledarna Linjechefer med stöd av utvecklingsledare och vårdstrateg	Pågår kontinuerligt utifrån andra register
Antal utbildade utbildare i Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre	Nytt mått 2014 2013-12.31 2 st utbildare finns i länet	Öka antalet utbildare i Första hjälpen för Psykisk hälsa - äldre	Start 2014 2014	Inventera behovet av utbildare i kommunerna Erbjuda utbildningar för utbildare	 	Linjechefer med stöd av utvecklingsledare Utvecklingsledarna	I samverkan med psykiatri JLL
			Start 2014	Fortsatt diskussion kring länsgemensam kompetensresurs		Ledningskraft / Fredagsgruppen	Ex. sår

PREVENTIVT ARBETSSÄTT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal registrerade munhälsobedömningar i Senior Alert Mätperiod för prestationsersättning 2013-10-01 – 2014-09-30	1830 risk-bedömningar 2012-10-01 – 2013-09-30	2500 registrerade bedömningar	Start maj 2013 14-12-31	Team utbildningar i samarbete med kvalitetsregistret Senior Alert Utbildning ROAG Information via nätverksträffar	  	Utvecklingsledare Utvecklingsledare i samarbete med Beställarenheten JLL Utvecklingsledare i samarbete med Beställarenheten JLL	Fortsatt erbjudande med fokus på hemtjänst och hemsjukvård Pågår kontinuerligt

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal registrerade demensutredningar av nyinsjuknade i Svenskt Demensregister- SveDem	34 st 2013-09-30	150 registrerade utredningar	14-09-30	Införa SveDem i primärvården		Linjechefer	Stöd från resursperson i PV
Antal registrerade demensuppföljningar i Svenskt Demensregister- SveDem	17 st 2013-09-30	50 registrerade uppföljningar	Under 2013	Teckna avtal med registret		Linjechefer	Stöd från resursperson i PV
				Utbildning av administratörer		Utvecklingsledarna med stöd från SveDem	Stöd från resursperson i PV
Mätperiod för prestationsersättning 2013-10-01 – 2014-09-30							

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal registreringar i Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – BPSD Mätperiod för prestationsersättning 201310-01 – 2014-09-30	495 st 2013-09-30	1000 registrerade utredningar	Start 2012	Utse team till BPSD-utbildning		Linjechefer	Prio 1: Hemtjänst SÄBO klart
			Kontinuerligt	Genomföra uppföljningsträffar med team inom SÄBO		Certifierade utbildare	
			Kontinuerligt	Utbilda BPSD-team		Certifierade utbildare	
			Kontinuerligt	Webbutbildning för arbetslag		BPSD administratörer	
				Certifiera utbildare i BPSD-registret motsvarande behovet		Ledningskraft	4 demens-sjuksköterskor är certifierade maj 2012
				Implementering och uppföljning av demensdokument utifrån beslut i SVOM 2012-05-17		Lokala samverkansgrupper	Utvecklingsledare och resursperson från PV
				Informera om överenskommelse och spridning av nytt		Projektledare	Östersund och Berg kvarstår

				arbetssätt utifrån SVOM:s beslut om tidig upptäckt, utredning och SIP Överenskommelse för tidig upptäckt, utredning och SIP Åtgärdsförslag från genomförd gapanalys av gemensamma delar i demensriktlinjerna	 	Projektledare Projektledare	Beslutad i SVOM 2012-05-17 Beslut i SVOM 2012-09-21
--	--	--	--	---	---	---	---

GOD LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR SJUKA ÄLDRE

Mått		Läns mål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Andel i förhållande till motsvarande månad 2013 • olämpliga läkemedel till personer >75 år • läkemedel mot psykos till personer >75 år • antiinflammatoriska läkemedel > 75 år Varje indikator ska ha en statistiskt säkerställd minskning 4 av 6 månader, april-sept 2014	2013 9 % - 9,9 %	Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2013	14-04-11	God läkemedelsbehandling hos äldre i öppen vård i Jämtlands län – besluta om dokumentet		Lokala samverkansarenor för vård och omsorg	Förankras i början av 2014 Beslut i Fredagsgrupp
	Nytt mått 2014 9,1% – 10,3%		Infört 14-12-31	Läkemedelsberättelse till patient vid utskrivning		Patientsäkerhetsenheten och Linjechefer JLL	Kan kompletteras med utskrivningsmeddelande
			Start 2014	Äldreläkarmöten 1 gång/termin		Medicinskt Samordningsansvarig PV	
			14-03	Utbildning om läkemedel till äldre		Ledningskraft	Till ST-läkare
			14-12-31	Analys av förskrivning på utvalda HC med stor förbättringspotential och åtgärd utifrån analys		Patientsäkerhetsenheten/LM-komm. Berörda linjechefer	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

GOD LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR SJUKA ÄLDRE

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
				Apotekarstöd		Ledningskraft	Hede HC
				Utbildning om läkemedel		Styrgrupp för läkemedel – JLL	Till distriktsläkare och kommunal personal inklusive enhetschefer.
				Information om regler för läkemedels-genomgångar och den gemensamma läkemedelslistan		Läkemedels-kommittén	Till läkare, sjuksköterskor och sekreterare på enheter som har förskrivare.
				Teckna avtal mellan CeHis och JLL om införande av NOD			Klart 2013
				Arbetsgrupp som skissar på handlingsplan för god läkemedelsbehandling för äldre		Styrgrupp för läkemedel – JLL	
				Utbildning till DL och kommunala äldreomsorgen			Genomfört via videomöten februari - maj 2012

				Kartläggning av utbildningsönskemål i SÄBO/hemsjukvård		Läkemedelsstrateg via MAS-grupp	
				Utbildning för sjuksköterskor i SÄBO/hemsjukvård/slut en vård, med fokus mot äldre; 2 ggr/år		JLL:s läkemedelsstrateg och ordf. i läkemedelskommittén	Pågår kontinuerligt

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG

Mått	Länsmått nuläge	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Andel undvikbara slutenvårdstillfällen Nationellt mål: Indikatorn ska ha en statistiskt säkerställd minskning 4 av 6 månader, april-sept 2014	April - sept 2013 10,7% - 15,5%	Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2013	Start mars – april 2013 Pågår kontinuerligt	Kartläggning och analys av vård och omsorgskonsumtion Ta fram projektförslag för Geriatriskt stöd Dokumentera behandlingsstrategi i patientjournal	  	Ledningskraft Centrumchef PV Linjechefer	Externt analysstöd Resultatet leder till nya riktade aktiviteter
Återinskrivningar inom 30 dagar Nationellt mål: Indikatorn ska ha en statistiskt säkerställd minskning 4 av 6 månader, april-sept 2013	April - sept 2013 18,2 % - 22,2 %	Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2013	Våren 2014 Start 13-02-01 2014 Start Mars 2013	Workshop – vårdplanering Webbkollen Hemma – intervjuer med utskrivna patienter ≥ 65 år Webbkollen Hemma Andra avd Hembesök till utskrivna via Meddix	   	Ledningskraft Ledningskraft med stöd av utvecklingsledare Ledningskraft med stöd av utvecklingsledare Respektive kommun	Utvecklingsledare arrangerar med stöd av Memeologen Ssk Centrum medicinska specialiteter ringer upp – fortsätter 2014 Sprid till opererande spec. Besök av leg. personal enligt speciell rutin

			2014	Rätt pat på rätt plats vid inläggning		Centrum med	
				Delaktig patient i sin vårdtid		Centrum med	
				Implementera geriatriskt stöd		Ledningskraft/ Fredagsgruppen	Pilot 2014 Permanentat 2015
				SIP rutin implementering IT-stöd		Ledningskraft/ Fredagsgruppen	
				Länsgemensam egenvårdsrutin		Ledningskraft/ Fredagsgruppen	
				Ny struktur för ortogeriatriska patienter		Område ortopedi	Klart 2013
				Webbkollen återinlagda – intervjuer med återinlagda patienter		Ledningskraft	Följs upp kontinuerligt
				Förbättra statistikuttag ur landstingets datalager och statistiköverföring till Socialstyrelsen			

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

STRUKTUR FÖR LEDNING OCH STYRNING I SAMVERKAN

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal kommuner representerade i Fredagsgruppen	2012: 3 kommuner	Samtliga kommuner och relevanta personer från JLL ska finnas representerade i Fredagsgruppen	Våren 2014	Beslut av SVOM 2012-11-30 Uppföljning	 	Ledningskraft Ledningskraft	
Antal kommuner med lokala samverkansgrupper kommun/PV för hela äldreområdet		Utveckla 8 lokala samverkansgrupper kommun/PV Långsiktig ledning och styrning i samverkan	 2014 2014-08-15	Beslut av SVOM 2012-11-30 Länsturné i stöd av införande Uppföljning Ta fram en plan	   	Ledningskraft Projektledare för regionala stöd-strukturer och samordnande utvecklingsledare Ledningskraft Ledningskraft	Genomgång av Strategi och handlingsplan vid samma tillfälle Grundkrav som ska redovisas till SKL

ÖKAT BRUKARINFLYTANDE

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Det finns en strategi för hur länet ska arbeta med brukarinflytande	Saknas	Öka brukarinflytande	Start våren 2014	Ta fram en plan för långsiktigt arbete med brukarinflytande	○○○○○	Länsövergripande utvecklingsgrupp	Samverkan med utvecklingsledare

STATUS: ■ = EJ PÅBÖRJAT ■ = PÅGÅR ■ = KLART

FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Utbildningen finns som en fristående kurs i ordinarie kursutbud Andel deltagare i "Verksamhetsutveckling och Evidensbaserad praktik, 7,5 hp" som fullföljer utbildningen		Öka kompetensen om Evidensbaserad praktik och systematiskt förbättringsarbete		Undersöka möjlighet för fortsatt utbildning Uppdragsutbildning: Verksamhetsutveckling och Evidensbaserad praktik HT 2012	 	FoU-rådet Ledningskraft	
Antal deltagare i Memeologens utbildning i systematiskt förbättringsarbete		Minst 1 representant från varje kommun/JLL deltar i utbildningen		Utbildning i systematiskt förbättringsarbete i Memeologens regi		Ledningskraft	
Det finns ett långsiktigt stöd finns för sytematiskt förbättringsarbete Antal deltagande team i Lärandeseminarier		Att ett långsiktigt stöd finns för sytematiskt förbättringsarbete Minst 1 team från varje kommun/JLL deltar	Januari - september 2013 Okt 2013	Ta fram en plan för långsiktigt stöd Lärandeseminarier för förbättringsteam Spridningskonferens	  	Länsövergripande utvecklingsgrupp Utvecklingsledarna Utvecklingsledarna	Samverkan med utvecklingsledare

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal deltagare per kommun som deltagit i utbildning om att söka i Socialtjänstbiblioteket *		Tjänstemän från samtliga kommuner ska delta	Kontinuerligt	Utbildning i att söka i Socialtjänstbiblioteket Utbildningen erbjuds 2 ggr/år	 	Ledningskraft FoU Jämt	Samtliga kommuner deltog * Databaser och e-tidskrifter inom Socialtjänstens område
Arbetsmodell för analys av nationella data finns		En hållbar arbetsmodell finns för att göra analyser av resultat från nationella data inom äldreområdet, för de delar som berör både kommuner/JLL.		Implementering av modell 2013-2014 Utarbeta förslag på modell som beslutas av SVOM 13-05-17 Seminarietag om öppna jämförelser april 2013	  	FoU Jämt Ledningskraft FoU Jämt	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Arbetsmodell för mottagande av nationella riktlinjer finns		Det finns rutiner för mottagande och införande av nationella riktlinjer som berör både kommun och landsting inom äldreområdet Långsiktigt – Länet använder sig av framtagen modell när nya nationella riktlinjer publicerats		Ta fram förslag på arbetsmodell för mottagande av nationella riktlinjer inom äldreområdet. Implementering av modellen	 	Ledningskraft Fredagsgruppen	Beslutad i SVOM 2012-09-21

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

ÖVRIGT

Mått		Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
FÖRANKRING							
Antalet politiska nämnder som fått information om Bättre liv för sjuka äldre		Alla politiska nämnder/motsvarande ska ha information om Bättre liv för sjuka äldre		Stöd i lokalt förankringsarbete – information till nämnder/motsvarande		Ledningskraft	Samtliga politiska nämnder har fått besök
				Översyn av kommunikationsplan		Ledningskraft	
				Ta fram förslag till struktur för att koppla Handlingsplanen till ordinarie verksamhetsplaner		Ledningskraft	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

ÖVRIGT

Mått		Länsmål	Tidsplan	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
LEDNINGSSYSTEM							
Antal beslut		Beslut om Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 finns				Linjechefer	Slutfört
Antal beslut Grundläggande krav 2014: Beskriva hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering har bedrivits när det gäller vård och omsorg om äldre och vilka resultat som uppnåtts i arbetet med att säkra verksamheternas kvalitet		Alla vårdgivare i länet uppfyller kraven om kvalitetsledningssystem enl. överenskommelsen 2014 (enl. SOSFS 2011:9)		Inspirationsdagar 2014 med stöd av SKL		Regionförbundet Jämtlands län	
				Inspirationsdag med stöd av SKL		Regionförbundet Jämtlands län	
				Inspirationsdagar 2013		Regionförbundet Jämtlands län	

PRESTATIONSERSÄTTNINGAR

Antal beslut		SVOM fattar inriktningsbeslut om att prestations- ersättningar inom Bättre liv för sjuka äldre går tillbaka till verksamheterna att användas till kvalitetshöjande åtgärder	12-12-31			SVOM	Beslut i SVOM 12-09-21
				Utveckla system för inrapportering av data enligt krav från SKL		JLL	
				Utveckla rapport för inrapportering av utskrivningsklara enligt krav från SKL		JLL	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

BILAGA 1

MÅL FÖR DEN NATIONELLA ÄLDRESATSNINGEN 2011–2014

Överenskommelsens mål är att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov och satsningen syftar till att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Det fortsatta arbetet ska bli en integrerad del av landstingets och kommunernas ordinarie verksamhet.

- Skapa samverkan och samordning,
- God hälsa, vård och omsorg,
- God och säker läkemedelsanvändning,
- God vård i livets slutskede,
- God vård vid demenssjukdom,
- Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter,
- Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens,
- Uppföljning och utvärdering.

BILAGA 2 – FÖRÄNDRINGSKONCEPT

Analysera, prioritera, agera, följ upp utifrån kvalitetsregister och öppna jämförelser	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
☐ 1. Involvera den äldre, närstående och frivilliga ☐ 2. Använd checklistor ☐ 3. Utnyttja vårdteamens kompetens ☐ 4. Återkoppla och förbättra utifrån resultat ☐ 5. Använd kvalitetsregister ☐ 6. Lär av andra ☐ 7. Skapa gemensam målbild Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		
Gå från reaktiv till proaktiv vård och omsorg om äldre	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
☐ 1. Utse en kontaktperson till varje patient ☐ 2. Upprätta en samordnad, individuell vårdplan ☐ 3. Öka samarbetet mellan vårdgivarna ☐ 4. Använd hembesök när situationen kräver det ☐ 5. Använd SBAR ☐ 6. Använd Senior alert ☐ 7. Skapa utrymme för reflektion ☐ 8. Följ upp tillsammans med patienten ☐ 9. Använd Passion för livet Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		

 **Arbetar redan med detta**

 **Intresse finns att påbörja arbete**

 **Behöver mer kunskap**

Använd läkemedel till äldre på ett optimalt sätt	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
☐ 1. Stäm av med patienten vilka läkemedel som används ☐ 2. Genomför regelbundna läkemedelsgenomgångar med vårdteamet ☐ 3. Säkerställ att patienten förstår varför ett läkemedel som används ☐ 4. Ge varje patient en läkemedelsberättelse ☐ 5. Ge varje patient en kopia av sin läkemedelslista med instruktioner ☐ 6. Säkerställ att berörda aktörer kring patienten har en korrekt läkemedelslista ☐ 7. Använd Kloka listan Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		
Öka den äldres och anhörigas medverkan och delaktighet i vården	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
☐ 1. Uppmuntra den äldre till eget ansvar för sin hälsa ☐ 2. Stötta äldre i deras erfarenhetsutbyte och skapa mötesplatser ☐ 3. Erbjud stöd/verktyg för egenvård ☐ 4. Mät och utvärdera den äldres delaktighet ☐ 5. Gör det lustfyllt att vara delaktig ☐ 6. Säkerställ att checklistan för läkemedel används ☐ 7. Uppmuntra till att skriva ned frågor innan kontakt med vården Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		

 **Arbetar redan med detta**

 **Intresse finns att påbörja arbete**

 **Behöver mer kunskap**

Förflytta från slutenvård till öppna vårdformer och hemsjukvård	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
☐ 1. Skapa multiprofessionella team i öppna vårdformer ☐ 2. Använd Senior alert ☐ 3. Utför behandlingar i hemmet ☐ 4. Följ upp via telefon ☐ 5. Använd en samordnad, individuell vårdplan ☐ 6. Organisera vården så att den äldre kan välja att vårdas i hemmet till livets slut Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		
Fokusera på den äldres process för en sammanhållen vårdkedja	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
☐ 1. Fokusera på individen genom vårdkedjan ☐ 2. Ta bort det som inte är värdeskapande ☐ 3. Möjliggör direktinläggningar ☐ 4. Samverka över gränserna ☐ 5. Planera varaktig och långsiktigt för kronisk sjukdom ☐ 6. Involvera patienten i vårdplaneringen ☐ 7. Utveckla snabbspår ☐ 8. Fråga efter patientens förväntningar Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		

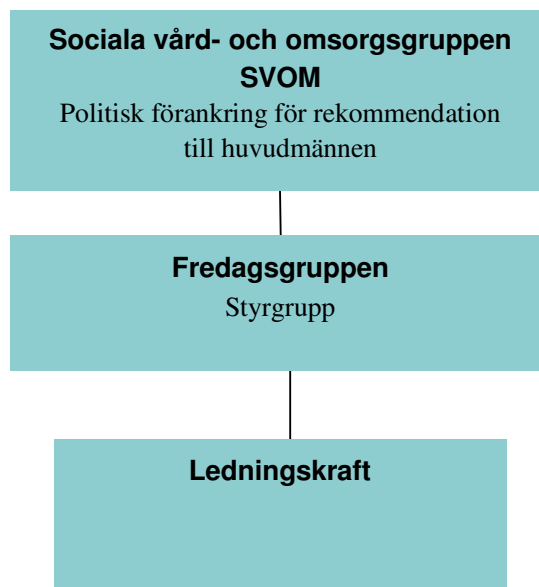
 **Arbetar redan med detta**

 **Intresse finns att påbörja arbete**

 **Behöver mer kunskap**

BILAGA 3

PROJEKTORGANISATION "BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE"



Fredagsgrupp: Landstinget : Hälso- och sjukvårdschef, centrumchefer för medicinska specialiteter, barn – kvinna - psykiatri, opererande specialiteter, primärvård, chef beställarenheten och vårdstrateg Kommunerna: Förvaltningschef/motsvarande från länets åtta kommuner Regionförbundet: Samordnare social välfärd

Ledningskraft: Lisbet Gibson landstinget, Olle Christmansson landstinget, Ulla-Britt Barcheus-Olofsson landstinget, Eva Pia Darsbo landstinget, Kerstin Wildt landstinget, Carina Rodhe Bergs kommun, Anders Åreng Bräcke kommun, Peter Andrén Östersunds kommun, Lars Liljedahl Östersunds kommun, Elsy Bäckström Regionförbundet och Ingrid Christensen Regionförbundet

BILAGA 4

FÖRKORTNINGAR OCH FÖRKLARINGAR

BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
Brytpunktssamtal	Palliativregistrets beskrivning av brytpunktssamtal
CeHis	Center för e-hälsa i Samverkan
EBP	Evidensbaserad praktik
EC	Enhetschef
FoU	Forskning och utveckling
Fredagsgruppen	Tjänstemannagrupp som är beredningsgrupp till SVOM
GAP-analys	Analys av gapet mellan nuläge och nyläge
HC	Hälsocentral
IVA	Intensivvårdsavdelning
JLL	Jämtlands läns landsting
Kloka listan	Läkemedel som rekommenderas till äldre
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Memeologen	Utvecklingsenhet i Västerbottens läns landsting
MIUN	Mittuniversitetet
NOD	Nationella ordinationsdatabasen
NPÖ	Nationella patientöversikten – ger möjlighet att läsa andra vårdgivarens journalanteckningar mm.
Palliativregistret	Kvalitetsregister för vård i livets slut
Passion för livet	Studiecirkelmateriel riktat till pensionärsorganisationerna
Phase 20	Skattningsinstrument för läkemedelsrelaterade problem

PPM	Punktprevalensmätning
PV	Primärvården
RCC	Regionalt Cancer Centrum
ROAG	Riskbedömningsinstrumentet Revised oral assessment guide - för bedömning av munhälsa
SBAR	”Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation” - en metod för vårdpersonal att på ett säkert och standardiserat sätt lämna och ta emot viktig info om patienter
Senior Alert	Kvalitetsregister för bedömning av risk för trycksår, fall och undernäring
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Socialtjänstbiblioteket	Databaser och e-tidskrifter inom Socialtjänstens område
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
Ssk	Sjuksköterska
SveDem	Svenskt demensregister
SVOM	Sociala vård- och omsorgsgruppen
SÄBO	Särskilt boende
Usk	Undersköterska

REVIDERINGAR

Datum 2012-09-10 - Ledningskraft

Datum 2012-09-24 - Reviderad och beslutad av SVOM

Datum 2012-10-08 – Slutgiltig 2012

Datum 2013-03-18 reviderad av Ingrid Christensen och Elsy Bäckström

Datum 2013-04-09 reviderad av Ledningskraft

Datum 2013-05-17 – Reviderad och beslutad av SVOM

Datum 2014-01-14 – Reviderad av Ledningskraft

Datum 2014-02-21 – Reviderad och beslutad av SVOM

Vård och omsorg i glesbygd



**Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av
framtidens vård och omsorg i glesbygd**

Ett sätt att arbeta, ett sätt att leva, ett sätt att vara

Innehåll

Sammanfattning	sid 3
Uppdragsbeskrivning	sid 5
Avgränsning	sid 6
Definition	sid 6
Bakgrund	sid 6
Internationellt och nationellt Framgångsfaktorer Glesbygdsmedicin Sjukstugan Demografiskt och tekniskt försprång Samverkanskompetens	
Övergripande utgångspunkter	sid 8
Prioriterade områden för utveckling	sid 8
Likvärdig vård Utbildning och kompetensförsörjning Forskning, utveckling och innovation Samverkan i lokalsamhället Internationella nätverk	
Bilagor: Pågående och planerade aktiviteter	bilaga 1

Vård och omsorg i glesbygd

Runt om i världen finns det många glest befolkade områden där länderna i likhet med Sverige brottas med svårigheter att tillhandahålla en jämlik vård för glesbygdsbefolkningen.

Att kunna erbjuda likvärdig vård i glest befolkade områden är en utmaning. I Sveriges glesbygdsområden måste olika organisationer samverka för att samhällsservice ska kunna bibehållas och utvecklas.

Glesbygdsvården är därför vår kanske viktigaste kvalificerade lokala samhällsservice med stor betydelse för den trygghet befolkningen upplever.

Glesbygdsvården ska svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande och en verksamhet som är kostnadseffektiv och kompetensmässigt möjlig att bedriva lokalt. Glesbygdsvården är också en viktig motor i en fortsatt utbyggnad och utveckling av distansvården.

För att uppnå en långsiktigt god och hållbar hälso- och sjukvård i glesbygd behöver landsting och kommuner i norra regionen tillsammans med andra aktörer (universitet) prioritera arbetet och utvecklingen inom glesbygdsvården.

Sammanfattande förslag på länsövergripande aktiviteter

Likvärdig vård

- Fortsatt utveckling av det virtuella hälsorummet i samverkan med kommunal hälsovård. Målsättning att det inom 2 år finns ett 20 tal virtuella, samhällsbaserade rum. En del i samverkan med äldreboenden andra i skolmiljö eller ute i lokalsamhället.
- Gemensamt fortsätta arbetet med kompetensutveckling och kompetensväxling för att kunna erbjuda adekvat service nära våra patienter. Inom 2 år skall det finnas färdiga koncept för innovationer inom tjänstesektorn, exempelvis avancerade specialistsjuksköterskor i glesbygdsvård med tjänsteinnehåll anpassat efter den utökade kliniska utbildningen.

Utbildning och kompetensförsörjning

- Tillsammans verka för utökad student placering i glesbygd. Målsättning att starta två utbildningshälsocentraler per län. Där det finns hälsocentraler med vårdplatser (sjukstugor), verka för att det finns utbildningsavdelningar.
- Gemensamt påverka universitet mot ett kvoteringsystem där sökande från glesbygd ges förtur till läkarutbildningen vid Umeå universitet.
- Stötta och påverka Umeå universitet mot ökad student placering inom allmänmedicin/glesbygdsmedicin liknande den modell som utarbetats på Northern Ontario School of Medicine i Kanada.
- Gemensamt förbättra förutsättningarna för att fler AT-läkare ska kunna utföra sin primärvårdsplacering vid en hälsocentral i glesbygd.

Forskning, utveckling och innovation

- Gemensamt verka för inrättande av ett nationellt centrum för glesbygdsmedicin och samisk hälsa.

- Gemensamt utnyttja vårt demografiska och tekniska försprång för att utveckla forskning, utveckling och innovation i norrlands glesbygdsområde med glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman som nav.
- Verka för ett ökat antal ST-läkare och specialister i allmänmedicin i glesbygd går den grundläggande forskarutbildningskursen "Grundläggande forskningsmetodik för läkare i norra sjukvårdsregionen" som ges vid Allmänmedicin, Umeå universitet.
- Inom 5 år skall minst 12 doktorander arbeta med forskning riktad mot frågeställningar relevanta för vård och omsorg i glesbygd i våra län.

Samverkan med lokalsamhället

- Nyttja den potential som samverkan med medborgare och intresseorganisationer utgör. De FoU-projekt som utvecklas och berör speciellt distansteknik/distansvård skall förankras i lokalsamhället via medborgardialoger.
- Vid utlokalisering av studenter till utbildningshälsocentraler skall berörda kommuner involveras för att vi gemensamt kunna erbjuda utbildning, boende och livsstil i toppklass.

Internationella nätverk

- Gemensamt bygga nätverk för FoU med andra länder med glesbygd. Inom 2 år skall vi genomföra årliga konferenser rörande vård och omsorg i glesbygd med internationellt deltagande.
- Gemensamt avsätta resurser för varumärkesarbete kring glesbygdsmedicin för att stärka konkurrenskraft och attraktionsförmåga.



Uppdrag Glesbygdsmedicin

Vi ser med stort intresse på den positiva utveckling som just nu sker inom området Glesbygdsmedicin i våra landsting. Redan vid en kort muntlig avstämning oss emellan noterar vi att det sker utveckling inom såväl arbetsmetoder, teknikstöd, utbildning och forskning. Vi ser också att det finns en stor potential i ett ökat samarbete. Förutom den uppenbara nyttan för medborgare och patienter ser vi också möjligheter på den nationella arenan. Att göra norra Sverige ännu attraktivare som ett starkt utvecklingsområde och öka våra konkurrensfördelar på arbetsmarknaden.

För att kraftsamla ser vi att det skulle behövas något gemensamt att samlas kring och att kunna kommunicera ut. Vi behöver alltså en gemensam vision och ett policydokument som pekar ut riktningen!

Vi behöver kunna berätta vad vi siktar mot och hur vägen dit kan se ut.

Med en sådan grund kan vi sen hitta former för hur det fortsatta samarbetet ska se ut framöver.

För att ha ett konkret mål vill vi kunna presentera denna vision och policy vid Norrlandstingens förbunds möte i Östersund den 20/5. Till samma möte önskar vi också en sammanställning av pågående glesbygdsmedicinska projekt/arbetsmodeller samt pågående och planerat regionalt samarbete.

Som sammankallande för arbetet utser vi Peter Berggren vid Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman.

2014-02-14

Anders Sylvan

VLL

Björn Eriksson

JLL

Anders L Johansson

LVN

Mats Brännström

NLL

Vård och omsorg i glesbygd

Vision: Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd

Ett sätt att arbeta, ett sätt att leva, ett sätt att vara

Avgränsning av uppdraget

Vi uppfattar att uppdraget gäller främst primärvård och det är här vi lagt vårt fokus i detta dokument. Flera av de utvecklingsområden vi återkommer till stärks av och inbjuder till samverkan med sjukhusens och landstingsstabernas specialistfunktioner men också till samverkan med kommuner, lokala företag och ideella föreningar.

Definition

Någon enhetlig definition av vad glesbygd är finns inte. Däremot så innebär långa avstånd till sjukhus att människor söker sig till primärvård för åkommor som man i städerna sköter på sjukhus. Detta gör att kompetenskraven inom glesbygdsmedicin blir "bredare" än inom annan primärvård.

Bakgrund

I Sverige och Norrland, står vi inför en utmanande demografisk utveckling. Sedan 1970 har befolkningen i glesbygdskommunerna minskat med 20 procent. Knappt 300 000 personer i Sverige bor i en glesbygdskommun idag. Under samma tid har befolkningen i landet ökat med 1,2 miljoner.

Den förväntade utvecklingen är att glesbygdskommunerna beräknas få en ännu större andel äldre än idag, från 25 till 32 procent. Redan idag har glesbygdskommunerna den högsta andelen äldre och den högsta försörjningsbördan och i början av 2030-talet räknar man med att det finns fler personer i icke arbetsför ålder än i arbetsför ålder i glesbygdskommunerna. En utveckling som kommer att påverka behovet av hälso- och sjukvård men också möjligheten att rekrytera välutbildad personal till hälso- och sjukvård.

Internationellt och nationellt

Runt om i världen finns det många glest befolkade områden där länderna i likhet med Sverige brottas med liknande svårigheter för att tillhandahålla en jämlik vård för glesbygdsbefolkningen. Rapporter från Kanada, USA, Australien, Norge, Skottland med flera länder visar på skillnader i ohälsotal mellan glesbygd/landsbygd och städer, en växande andel åldrad befolkning med

komplexa behov, svårigheter att rekrytera och behålla läkare och annan vårdpersonal, behov av att utveckla och öka användningen av distansvård och annan informations- och kommunikationsteknik samt behov av att förbättra forskningen om glesbygdens/landsbygdens hälsofrågor.

Framgångsfaktorer

Demografiskt och tekniskt försprång

Den enskilt viktigaste faktorn för att förutspå behov av sjukvård i en befolkning, är befolkningens ålder. I många länder i Europa, Amerika samt Asien sker nu en snabb demografisk förändring med en alltmer åldrande befolkning. Detta förväntas ställa allt större krav på sjukvården och man förutspår en mycket stor kostnadsökning inom sjukvårds- och omsorgssektorn. Ett sätt att möta denna kostnadsökning är att med hjälp av olika tekniska lösningar erbjuda hälso- och sjukvård så nära patienten som möjligt utan att denne behöver förflytta sig till sjukhus, hälsocentral eller annan vårdinrättning. Inlandskommunerna i norra Norrland har en åldersstruktur på sin befolkning, där mellan 25-30 procent är äldre än 65 år. I några kommuner är mer än 10 procent av befolkningen äldre än 80 år. Vi ligger i detta perspektiv ca 25 år före resten av världen. Det finns alltså i vårt norrländska inland en unik möjlighet att idag testa medicintekniska produkter, arbetssätt och processer av olika slag i en existerande befolkning med en åldersstruktur som om 25 år kommer att vara en realitet i många länder. Detta demografiska försprång kombinerat med ett av världens bäst utbyggda högkvalitativa bredbandsnät samt sammanhållna patientjournalssystem av god kvalitet ger utomordentliga förutsättningar för prövning av nya innovativa lösningar inom sjukvårds- och omsorgssektorn.

Samverkanskompetens

Till skillnad från annan serviceverksamhet i lokalsamhället sker inte samma centralisering i primärvården. Den är därför vår kanske viktigaste kvalificerade lokala samhällsservice med stor betydelse för den trygghet befolkningen upplever

I områden med låga flöden fungerar sällan specialisering utan generalism och samverkan ger bäst förutsättningar för framgång. Detta sätt att arbeta är en naturlig del av glesbygdsmedicinens natur. I Sveriges glesbygdsområden måste olika organisationer samverka för att samhällsservice ska kunna bibehållas och utvecklas. Här finns en möjlighet att utnyttja litenhetens livsnödvändiga samverkan för att beforska och utvärdera samverkansprojekt mellan organisationer. Detta kan ge viktig kunskap för större urbana sammanhang där samverkan inte är lika av nöden tvunget men ändå sannolikt lika nödvändigt.

Glesbygdsmedicin

Rural medicine eller glesbygdsmedicin är internationellt ett mycket levande begrepp. I många länder finns akademisk inriktning mot ämnet och det finns professorer i rural medicine i exv. USA, Kanada och Australien. I Sverige är ämnet dock aldrig riktigt definierat. Glesbygdsmedicin kan kanske ändå sammanfattas i några karaktäristika:

- Personal arbetande inom glesbygdsvård möter alla sjukdomar, olycksfall, symptom, och tecken på ohälsa som finns i befolkningen. Det kräver både en bred och djup medicinsk kunskap med tillämpning inom öppenvård, slutenvård och hemsjukvård. I Kanada beskriver man den kompetens som krävs med orden "extended generalism". Vi har inget riktigt bra motsvarande ord på svenska men det man menar är att primärvården har ett utökat ansvar i glesbygdsområden och att detta kräver utökad kompetens.
- För förståelsen av detta fordras dessutom en ingående kunskap om människors sociala, psykologiska, ekonomiska och samhällsstrukturella villkor i glesbygd.

- Sjukvårdspersonal i glesbygd bör vara väl förtrogen med de existentiella problem som människor i glesbygd kan möta.

Det sjukvårdssystem som utvecklats i norra Sveriges glesbygd genom åren är genuin glesbygdsmedicin.

Hälsocentral med vårdplatser, sjukstugan, (internationellt community eller cottage hospital)

Sjukstugemodellen är en variant av det glesbygdsmedicinska konceptet och består av:

- Läkar- och sjuksköterskemottagning som även inkluderar sjukgymnastik och psykosocial mottagning med uppdrag som inkluderar barn- och mödravårdscentral samt en osorterad akutmottagning
- Ambulansverksamhet
- Akutvårdsplatser
- Röntgen

När dessa delar fungerar optimalt och helst är samlokaliserade med kommunala korttidsplatser är konceptet formidabelt och definitivt ett föredöme som primärvårdssystem. Vi har erfarenhet av att funktionerna tillsammans borgar för ett gott och patientsäkert omhändertagande av befolkningen i glesbygdsområden. Det finns internationell forskning som talar för att detta sätt att arbeta är kostnadseffektivt och ger en väl så god kvalitet som traditionell sjukhusvård, men det behövs mer forskning innan vi säkert vet. Kanske är detta en kostnadseffektiv vårdmodell även för städerna?

Övergripande utgångspunkter

En god och hållbar glesbygdsvård ska tillgodose eller förebygga sådana hälso- och sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen. Glesbygdsvården ska även svara för ett tryggt och säkert akut omhändertagande och en verksamhet som är kostnadseffektiv och kompetensmässigt möjlig att bedriva lokalt. Glesbygdsvården är också en viktig motor i en fortsatt utbyggnad och utveckling av distansvården.

För att uppnå en långsiktigt god och hållbar hälso- och sjukvård i glesbygd behöver landsting och kommuner tillsammans med andra aktörer prioritera arbetet och utvecklingen inom följande områden:

- Satsning på forskning och utveckling inom glesbygdsområdet
- Kompetensförsörjning och kompetensväxling ur ett glesbygdsperspektiv
- Fortsatt utveckling av samarbetet och samverkan i norra regionen och i länet med sjukhusen, kommunerna, lokala företag och ideella föreningar.
- Verka för tillgång till bredband med hög kapacitet och full mobiltäckning för alla invånare i länet.
- Verka för att knyta internationella kontakter med andra länder som har glesbygd.

Prioriterade områden för utveckling

Likvärdig vård

Att kunna erbjuda likvärdig vård i glest befolkade områden är en utmaning.

Distansöverbryggande teknik samt samverkan med kommunal hälsovård är nyckelfunktioner för att lyckas.

Utbildning och kompetensförsörjning

Om man kan identifiera studenter som vuxit upp eller har anknytning till glesbygd och sen erbjuder dem bra utbildningsmöjligheter, så har man de bästa chanserna att rekrytera tillbaka dem till glesbygd efter studierna. Detta har bekräftats i många internationella studier.

Internationella erfarenheter

Tillgång till välutbildad vårdpersonal i glesbygd är en stor fråga som många länder arbetar för att hitta lösningar på. Flera universitet bland annat i Australien, Kanada och Norge har tagit fasta på de särskilda rekryteringsproblem man har haft för att trygga god tillgång till specialister i allmänmedicin i glesbygd. Delvis andra intagningskrav eller olika kvoterings av studenter till läkarutbildningen har prövats för de studenter som är uppvuxna i glesbygd.

Ett exempel är läkarutbildningen vid Tromsø universitet där samer och sökande med anknytning till trakten har företräde till utbildningen.

Ett annat exempel är Kanada där det 2001 togs ett beslut i Ontario som innebar en ny läkarutbildning genom Northern Ontario School of Medicine (NOSM). Läroplanen vid NOSM bygger på en helhetssyn som är anpassad till hälsoläget i glesbygden i norra Ontario. Man strävar också efter att spegla befolkningen i norra Ontario i varje årskull studenter.

Svenska initiativ

Tillsamman med Svensk förening för glesbygdsmedicin och de fyra norrlandstingen togs en särskild ST-utbildning i glesbygdsmedicin fram år 2010.

Utvecklingen av avancerade specialistsjuksköterskor även kallat avancerade kliniska sjuksköterskor, AKS, har sakta vuxit fram i ett antal länder världen över. I Norden har denna masterutbildning börjat få fäste i mitten av 2000-talet och där genomslaget hittills varit störst i Finland. Beroende på inriktning kan sjuksköterskorna arbeta såväl inom primärvård som inom slutenvård.

Från höstterminen 2013 finns ett mastersprogram för "avancerade specialistsjuksköterskor" eller "avancerade kliniska sjuksköterskor", AKS vid Umeå universitet. Utbildningen ger kompetens för arbete som avancerad specialistsjuksköterska i omvårdnad. Programmet erbjuder bland annat fördjupning av kunskaper inom primärvård med glesbygdsperspektiv. På initiativ av Umeå universitet, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, pågår sedan 2013 samtal i norra regionen om hur vi kan arbeta för en mer primärvårds- och glesbygdsanpassad läkarutbildning. Något som diskuteras är inrättande av utbildningshälsocentraler och utbildningsavdelningar. På dessa enheter tränas olika kategorier av studenter; läkar-, sjuksköterske- och paramedicinstudenter i teamarbete och praktisk sjukvård. Ett konkret sätt att ge studenterna god praktisk utbildning samt öka rekryteringsmöjligheterna till glesbygd är att inrätta utbildningshälsocentraler och utbildningsavdelningar där det finns hälsocentraler med vårdplatser.

Ytterligare ett sätt att öka studentaktiviteten i glesbygdsområdet är att via landstingens FoU enheter erbjuda glesbygdsanpassade FoU projekt under studietiden. I de flesta sjukvårdsutbildningar ingår numera ett FoU arbete. Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman har de senaste åren erbjudit T10 studenterna på läkarutbildningen vid Umeå universitet FoU projekt samt lokal handledning. Inom ramen för detta byggs det upp en projekt-databas där projekten beskrivs och slutredovisas. Denna databas kommer att vara internationell i samverkan med bland annat Norge, Kanada, Scotland. Detta ger ytterligare möjligheter för studenterna till internationellt utbyte och stärker såväl forskningskompetensen som varumärket glesbygdsmedicin och förhoppningsvis rekryteringsmöjligheterna på sikt.

Forskning, utveckling och innovation

De unika förutsättningar som glesbygden erbjuder innebär att en satsning på forskning, utveckling och innovation här inte bara kommer att gynna glesbygden utan resultaten kommer sannolikt att vara till nytta även för större urbana sammanhang. Forskningsaktiviteten inom primärvård generellt och glesbygdsvård specifikt har hittills varit mycket låg. Här behöver vi alla

hjälpas åt. För att göra Sveriges inland ännu attraktivare som ett starkt utvecklingsområde och öka våra konkurrensfördelar på arbetsmarknaden bör landstingen bygga upp ett nätverk för FoU i norrlands glesbygd där glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman (GMC) kan fungera som nav. GMC startades 2010 och enheten är sedan 2014 en FoU enhet inom Västerbottens primärvård med fokus på utvärdering och utveckling av landstings - kommunal samverkan, samisk hälsa, forskning och utveckling kring sjukstugemodellen samt distansöverbryggande teknik.

Distansöverbryggande teknik

Distansöverbryggande teknik är ett annat prioriterat område. Det som nu ligger i utvecklingsfronten är virtuella hälsorum, distansstyrt hjärtultraljud via robotteknik samt läkare på distans. Här utvärderas och prövas den modernaste tekniken. Intresset är stort från såväl medicinteknikföretagen som landstingen och kommunerna. Utvecklingsområdet är enormt sett ur ett internationellt perspektiv.

Hälsocentral med vårdplatser, sjukstuga

Ett nyligen påbörjat projekt som planeras för 2014 är en forskningssamverkan mellan GMC och olika institutioner vid Umeå universitet med epidemiologen som drivande enhet där modellen för glesbygdsvård inklusive sjukstugemodellen skall utvärderas, modellen skall sedan sättas in i ett simuleringsprogram, där man kan se vad konsekvenserna av ett glesbygdssystem för vård med stark primärvård skulle ge för effekter i ett utpräglat storstadsområde som Malmö-Köpenhamn, Stockholm. Här samverkar vi med internationella partners från Finland, Canada samt Australien. För simuleringsverktygen står högskolan i Skövde som är världsledande i simuleringar inom vård och omsorg.

Innovationer för kommersialisering

Ett annat viktigt område för glesbygdsmedicinen är att öppna dörrarna för nya innovationer. GMC har redan medfört ett par avknoppningar av företag, där ett arbetar med att utveckla planerings och dimensioneringsverktyg för kommunal vård och omsorg. Ett annat företag arbetar för att skapa en kommersiellt driven testbädd för medicinteknisk utveckling i norrlands inland. Det krävs en arena där medicinteknisk industri, kommuner och landsting samarbetar för att pröva olika lösningar ur både tekniska och systematiska perspektiv.

Samisk hälsa

Sverige saknar en nationell strategi för hur en god hälsa bland samer kan säkerställas. Sverige saknar dessutom en särskild organisation med uppdrag att fortlöpande dokumentera, analysera och informera om samernas hälsosituation, vilket Sverige också fått kritik för från FN. I norska Karasjok etablerades 2001 ett nationellt centrum för samisk hälsoforskning, formellt knutet till Tromsø universitet, med huvudsaklig uppgift att bedriva tvärvetenskaplig forskning och undervisning om samiska hälso- och livsvillkor. Tack vare detta samiska hälsocentrum har kunskapen om de norska samernas situation ökat betydligt. På samma sätt som Norge, behöver också Sverige, avsätta betydande resurser för samisk hälsoforskning och anpassad klinisk verksamhet. För att erhålla trovärdiga resultat, är det av avgörande betydelse för all forskning men framförallt när det gäller urfolk, att en stor delaktighet finns i den studerade befolkningsgruppen. Det kräver närhet och ett ömsesidigt förtroende mellan forskare och befolkningsgrupp och det är viktigt att forskningsenheterna är belägna där den samiska befolkningen lever och verkar. Härigenom kan uppbyggnaden av en kunskapsbank om samernas hälsosituation påbörjas. En särskilt utsatt grupp är de renskötande samerna då de löper störst risk att drabbas av ohälsa.

Samverkan i lokalsamhället

Medborgardialoger samt dialoger med patientorganisationer samt andra brukarorganisationer är sannolikt en underskattad möjlighet för att kundanpassa vård och omsorg. Speciellt ny teknik

genererar lätt många förutfattade meningar. Att låta brukarnas behov styra teknikutvecklingen är sannolikt en framgångsfaktor. Om vi ber vår befolkning hjälpa oss med detta talar all erfarenhet för att vi kommer att få hjälp.

Vi föreslår att medborgardialog skall ingå som en naturlig del av de utvecklingsprojekt som bedrivs inom glesbygdsvården.

Internationella nätverk

Forskningsområdet glesbygdsmedicin där några av alla möjligheter beskrivits ovan är av ganska stort intresse internationellt. 2012 gästades exempelvis GMC av många prominenta, internationellt erkända forskare.

I de fyra norra landstingen finns idag ett utvecklat internationellt samarbete med bl.a. Nasionellt Centrum for Distriktsmedicin i Tromsø Norge, Northern Ontario School of medicine Kanada, Flinders University Australien samt Centre for Rural Health University of Aberdeen Skottland. I augusti 2013 påbörjas utbyte av studenter med Flinders University i Australien och samtal pågår med ett annat universitet i Australien angående utbyte av läkarstudenter där de sänder studenter till vår glesbygd för utbildning och vi sänder våra till dem. Erfarenhet och forskning från Canada visar att läkarstudenter som utbildas i glesbygd får en mycket konkurrenskraftig utbildning. De tenderar dessutom ofta att välja arbeten inom primärvård i glesbygd. Vår bedömning är att arbetet med internationellt utbyte är ett sätt att öka status och attraktionskraft för varumärket glesbygdsmedicin.

Ansvariga i den arbetsgrupp som tagit fram detta dokument är:

Peter Berggren, verksamhetschef glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman.

Eva-Lena Holmkvist-Parkström, utredare Norrbottens läns landsting

Markus Kallioinen, primärvårdschef landstinget i Västernorrland

Göran Larsson, FoU-chef Jämtlands läns landsting

Håkan Larsson, primärvårdschef Västerbottens läns landsting

Bilaga 1

Vård och omsorg i glesbygd

Pågående och planerade aktiviteter 2013-framåt

Projekt/Aktivitet	Målgrupp	Tid	Aktiviteter	Mål	Ansvarig
Utbildningsaktiviteter					
Akutsjukvård i glesbygd	ST-läkare	pågår	Kurs V 11 Hemavan	Årligen	Peter GMC
AXG	Verksam i väglöst land, renskötare	Avsluta i vår	Material inklapp klart.	Över i landstingsdrift, Ansvarig ssk här på GMC	Lena Kroik GMC, samverkan AKMC, Helge B projektansvarig
Akutrum utbildningar	Sjukstugepersonal	Pågår		Alla sjukstugor VLL årligen	Svante M GMC
Informations satsning om samisk kultur och levnadsförhållanden	Anställda primärvård, öppenvårdspsykiatri, socialtjänst	Efter analys av webenkät. Hösten 2014	Analys webenkät, Analys bortfall, Rigga uppföljning	Hösten 2014. Samverka ABF?	Laila Daerga GMC
Master utbildning glesbygds medicin ssk	Distriktssköterskor	Klart			GMC, Samverkan Umeå universitet inst vård och omsorg
AXGH	Verksam i glesbygd i sapmi,	Koncept klart	Hjärtstartare beställda,	40 utbildning	Lena Kroik GMC ,

	samebyar, deltidssbrandkårer, räddningssvårn	december 2015	utbildningsmaterial framtaget, Första utbildningen 25/1 i Kiruna	är avklarade inom projekttiden. Material och koncept klart.	Jonas Wilhelmsson AKMC och Helge B AKMC projektledare
--	--	---------------	--	---	---

<i>Projekt/Aktivitet</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Tid</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål</i>	<i>Ansvarig</i>
Student projekt					
Projekt databas	Forskarstudenter gymnasiet, läkarstudenter T10, studenter andra vårdutbildningar	Klart våren 2014	Planering årshjul, samverkan via recruit and retain	Projekt-databas med internationell koppling avseende glesbygdsprojekt	Mante H, Pia K GMC
Utöka handledningsmöjligheten	Disputerade inom glesbygdsområdet	Inventering våren 2014	Söka disputerad söka ssk med masterutbildning	Kunna utöka antalet studenter som handleds och gör projekt inom glesbygdsmedicin	Anette E GMC
Forskardagar	Studenter, doktorander, forskningsnätverk	10 dec och maj årligen	Inbjudan ut i god tid. Planering i samverkan med lussen-gymnasiet	Marknadsföra forskning som bedrivs inom glesbygdsområdet	Anette E GMC
Doktorand projekt 1	Laila Daerga	Disputation 2015	Slutföra studien om	Utbilda vår första	Anette E GMC

			bristande förtroende	doktorand	
<i>Projekt/ Aktivitet</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Tid</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål</i>	<i>Ansvarig</i>
Student projekt					
Faktorer viktiga i relation till drömyrket i vården en jämförande studie i 8 länder	Sofia Berggren forskarelev Luspen- gymnasiet	Avslut maj-14	Pågående FoU	Publicerb ar	Anette E GMC
Förekomst av självska debeteende hos skolungdomar jämförelse glesbygd tätort	Alexandra Linder Forskarelev Luspen- gymnasiet	Avslut maj -14	Pågående FoU		Anette E GMC Lars Jakobsson Psykiatri
Upplevelse av psykisk sjukdom jämförelse mellan glesbygd och tätort	Magnus Leijon Läkarkand T 10	Avslut jan -14	Pågående FoU	Publicerb ar	Anette E GMC Lars Jakobsson Psykiatri
Symptom to diagnosis, colorectal cancer	Fanny Zetterlund Läkarkand T10	Avslut jan -14	Pågående FoU		Anette E GMC Anne Andersson onkologen NUS
Trombolys vid akut hjärtinfarkt vid hälsocentral/ sjukstuga	Carolin Grundström Läkarkand T10	Avslut jan -14	Pågående FoU		Ove Jonsson Kardiologen NUS Peter B GMC
Sjukstugemodellen	Johanna Läkarkand T10	Avslut jan -14	Pågående FoU		Anna Jansson GMC

<i>Projekt/</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Tid</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål</i>	<i>Ansvarig</i>
-----------------	-----------------	------------	--------------------	------------	-----------------

<i>Aktivitet</i>					
<i>Student projekt</i>					
Attityder till att arbeta som allmänläkare i glesbygd	Malin Hedman AT-läkare Sundsvall	Pågående	Kvalitativ studie	Publicerbar	Anette E GMC
Attityder till psykisk sjukdom i Vilhelmina och Storuman, långtidsuppföljning	Helia Faghir-Mirnezami Läkarkand T10	Avslut maj -14			Anette E GMC Lars Jakobsson Psykiatri
1-5 års överlevnad vid colorektalcancer Jmf glesbygd-tätort	Anna Sandström Läkarkand T10	Avslut maj -14			Anette E GMC Anne Andersson Onkologen NUS
Glesbygdsmedicin och distansöverbryggande teknik med fokus på äldres sjukvård och hälsa	2 allmänläkare med forsknings-tjänst	Start hösten - 14	Forskning, doktorand-studier	Disputation	JLL KTH GMC
Diagnostik av kolorektalcancer i primärvården	Cecilia Högberg Allmänläkare	pågår	Forskning, doktorand-studier	Disputation	JLL UmU
Ischemisk hjärtsjukdom – identifiering och diagnostik i primärvård; särskilt beträffande betydelsen av arbets-EKG	Gunnar Nilsson allmänläkare	pågår	Forskning, doktorand-studier	Disputation	JLL UmU
IFOBT och F-kalprotektin som diagnostiskt hjälpmedel i primärvården	Cecilia Högberg Allmänläkare	pågår	Forskning, doktorand-studier	Disputation	JLL UmU

<i>Projekt/</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Tid</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål</i>	<i>Ansvarig</i>
-----------------	-----------------	------------	--------------------	------------	-----------------

<i>Aktivitet</i>					
<i>Utvecklings- projekt</i>					
Recruit and Retain. Samverkan med 8 länder.	Rekrytering av sjukvårdspersonal mfl till glesbygd	Avslutas maj 2014	Sammanställning av alla aktiviteter, affärsmodellen utmejslas Finansiering	Öka rekryteringens förmågan till inlandet.	Peter, Mante GMC Finansiering via EU medel, gemensamt med AKMC
Ultraljud i primärvård	Glesbygdsdoktorer och sjukgymnaster	Inköp 3-4 ultraljudsapparater till södra lappland	Inköp av engelsk ultraljudsutbildning enl koncept. Bygga utvärdering, FoU	Öka attraktion för unga läkare	Meike H GMC, Primärvårdsmedel, egen finansiering
Cardista-distansstyrt hjärtultraljud	Patienter	Forskning s- artikel Klar för publicering	Klinisk drift? Fler FoU projekt	Spjutspets teknologi	Peter GMC Kurt Boman Skellefteå FoU
Virtuellt hälsorum Potentiell samverkan internationellt	Befolkning, företag, forskning	I praktisk drift från 2014	Bygga utvärderings och utbildnings-system.	Utvidgning andra målgrupper	Samverkan JLL, KTH samt GMC. Sökta medel Vinnova och EU.
Testbädd nordic health	4 testbäddar, hem, samhällsbaserad, sjukstuga och kommunal omvårdnad	Pågår	Hur gå vidare med finansiering och marknadsföring samverkan andra testbäddar	Uppbyggna d 2014, bygga samverkan med region 8, GMC, andra län?? Swedish medtech	Pia K GMC
<i>Projekt/</i>	<i>Målgrupp</i>	<i>Tid</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål</i>	<i>Ansvarig</i>

<i>Aktivitet</i>					
<i>Utvecklingsprojekt</i>					
Rural medicin goes to town.	Utvärdering av primärvård i glesbygd, simulering på storstadsregion	2014-2019	Utvärdering sjukstugemodellen, virtuella hälsorum, KBT på distans	Forskningsnätverkande. Potential för ett par doktorandprojekt lokalt	Mante H, GMC Epidemiologen, Inst för vård och hälsa, allmänmedicin, Skövde tekniska högskola m.fl
KBT på distans	Patienter i behov av KBT	Under sökfase	Pilot genomförd. Nu planering för större projekt	Forsknings-samverkan	Karin G-H, GMC
Remodem	Personer med demens och deras närstående i glesbygd	2012-2014	Tekniska lösningar och verktyg som underlättar stöd, kommunikation och dagligt liv	Ett utvecklat stöd till personer med demens i glesbygd	Stefan Sävenstedt, LTU