

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
REGIONSTYRELSEN
20-21 JANUARI 2015



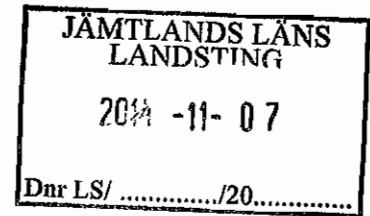
REGERINGSKANSLIET

Remiss

2014-11-04

U2014/4224/F

Utbildningsdepartementet



Remiss av betänkande Unik kunskap genom registerforskning (SOU 2014:45)

Remissinstanser:

1. Riksrevisionen
2. Riksdagens ombudsmän
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Justitiekanslern
5. Datainspektionen
6. Försvarsmakten
7. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Läkemedelsverket
11. Folkhälsomyndigheten
12. Myndigheten för vårdanalys
13. Statens beredning för medicinsk utvärdering
14. Myndigheten för delaktighet
15. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
16. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
17. Inspektionen för socialförsäkringen
18. Pensionsmyndigheten
19. Statskontoret
20. Lantmäteriet
21. E-hälsomyndigheten
22. Stockholms läns landsting
23. Uppsala läns landsting
24. Södermanlands läns landsting
25. Östergötlands läns landsting
26. Jönköpings läns landsting
27. Kronobergs läns landsting
28. Kalmar läns landsting
29. Gotlands kommun
30. Blekinge läns landsting
31. Skåne läns landsting
32. Hallands läns landsting

33. Västra Götalands läns landsting
34. Värmlands läns landsting
35. Örebro läns landsting
36. Västmanlands läns landsting
37. Dalarnas läns landsting
38. Gävleborgs läns landsting
39. Västernorrlands läns landsting
40. Jämtlands läns landsting
41. Västerbottens läns landsting
42. Norrbottens läns landsting
43. Statistiska centralbyrån
44. Statens skolverk
45. Uppsala universitet
46. Lunds universitet
47. Göteborgs universitet
48. Stockholms universitet
49. Umeå universitet
50. Linköpings universitet
51. Karolinska institutet
52. Kungl. Tekniska högskolan
53. Luleå tekniska universitet
54. Karlstads universitet
55. Linnéuniversitet
56. Örebro universitet
57. Mittuniversitetet
58. Malmö högskola
59. Mälardalens högskola
60. Gymnastik- och idrottshögskolan
61. Högskolan i Borås
62. Vetenskapsrådet
63. Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg
64. Regionala etikprövningsnämnden i Linköping
65. Regionala etikprövningsnämnden i Lund
66. Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm
67. Regionala etikprövningsnämnden i Umeå
68. Regionala etikprövningsnämnden i Uppsala
69. Centrala etikprövningsnämnden
70. Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande
71. Sveriges geologiska undersökning
72. Verket för innovationssystem
73. Riksarkivet
74. Arbetsförmedlingen
75. Arbetsmiljöverket
76. Medlingsinstitutet
77. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
78. Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen
79. Cancerfonden – Riksföreningen mot Cancer

80. Handikappförbunden
81. Inera AB
82. Landsorganisationen i Sverige
83. Lika Unika
84. Nationellt biobanksråd
85. Pensionärernas riksorganisation
86. Regelrådet (N 2008:05)
87. Statens medicinsk-etiska råd
88. Svenska Journalistförbundet
89. Svenska läkaresällskapet
90. Svenska Tidningsutgivareföreningen
91. Sveriges akademikers centralorganisation
92. Sveriges kommuner och landsting
93. Tjänstemännens centralorganisation

Regeringen tillkallade den 17 januari 2013 en särskild utredare med uppdrag att undersöka förutsättningarna för att bedriva s.k. registerbaserad forskning (dir. 2013:8). Utredaren överlämnade den 25 juni 2014 betänkandet Unik kunskap genom registerforskning (SOU 2014:45). Betänkandet remitteras härmed till ovanstående remissinstanser.

Vid besvarande av remissen önskas remissinstansernas synpunkter angående de förslag som lämnas i betänkandet. Remissinstanserna bör när de gäller utredningens förslag som helt eller delvis saknar kostnadsberäkningar särskilt beakta konsekvenserna av förslagen.

Remissvaren i fem exemplar (1 original) ska ha kommit in till Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet) senast den **9 februari 2015**. Svaret bör även skickas per e-post (i både Word och pdf-format) till u.registrator@regeringskansliet.se.

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

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

Frågor om remissen kan ställas till Maria Wästfelt, Utbildningsdepartementet, telefon 08-405 22 58 alternativt epost maria.wastfelt@regeringskansliet.se.

Den remitterade rapporten finns även tillgänglig på regeringens hemsida <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/242912>.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens broschyr "Svara på remiss - Hur och varför? PM 2003:02" Broschyren kan beställas från Regeringskansliets förvaltningsavdelning, Information Rosenbad, 103 33 Stockholm. Broschyren finns även på följande webbadress: <http://www.regeringen.se>.



Eva Lenberg
Rättschef

Kopia till
Norstedts Juridik AB/Fritzes, 106 47 Stockholm
Riksdagens utredningstjänst

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

2014-12-21

LS/1618/2014

Sammanfattning av remiss Unik kunskap genom registerforskning

[Länk till hela remissen](#)

I 2012 års forskningsproposition (prop. 2012/12:30) konstaterade regeringen att de svenska registren i många avseenden är unika. Att kombinera uppgifter från dem ger stora möjligheter för forskningen. Det finns ett antal viktiga frågeställningar som kan besvaras med hjälp av olika register och datamaterial. Mot den bakgrunden har regeringen uppdragit åt Vetenskapsrådet att inrätta en funktion med uppgift att förbättra tillgängligheten till och underlätta användningen av registeruppgifter för forskningsändamål.

Uttalanden i propositionen är också bakgrunden till denna utredning. I utredningsdirektiven framhålls att det kan finnas rättsliga hinder för registerbaserad forskning. Mitt uppdrag har varit att analysera dessa och att lämna författningsförslag och andra förslag i syfte att

- registeransvariga myndigheter i större utsträckning ska kunna lämna ut uppgifter för forskningsändamål med hänsyn tagen till skyddet för den enskildes integritet,
- sambearbetning av registeruppgifter för forskningsändamål ska underlättas, och
- göra det möjligt att på ett integritetssäkert sätt samla in personuppgifter till register som förs för särskilda och uttryckligt angivna forskningsändamål samt till longitudinella studier som håller sig inom ramen för sådana ändamål.

På den sistnämnda punkten specificeras uppdraget ytterligare i direktiven. Det talas där om ett behov av att kunna skapa ”nya databasinfrastukturer för bestämda, men relativt allmänt hållna, forskningsändamål”. Jag ska föreslå hur sådana infrastrukturer ska kunna byggas, som kan användas av forskare i olika forskningsprojekt och som kan uppdateras och tillföras nya uppgifter vid till exempel longitudinella studier. Jag har även haft till uppgift att undersöka om det befintliga sekretesskyddet för uppgifter som hanteras inom forskning är tillräckligt för att skydda den enskildes integritet vid forskning.

Till min hjälp i utredningsarbetet har jag haft en sekreterare, Magdalena Petersson, som är hovrättsassessor, samt en grupp av experter och sakkunniga med företrädare för departement, myndigheter och forskarsamhället. Jag har under arbetets gång haft ett stort antal kontakter med forskare med omfattande erfarenheter av registerbaserad forskning och med flertalet berörda myndigheter.

Vad menas med register?

Med register avses i detta sammanhang i första hand strukturerade samlingar av personuppgifter som har upprättats inom myndigheter för primärt andra ändamål än forskning. Som exempel kan nämnas register hos statliga myndigheter som har tillkommit för administrativa eller statistiska ändamål och register hos regioner och landsting som har skapats för utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Även biobanker, som är samlingar av biologiska prover från individer tagna huvudsakligen i samband med vård och behandling, är i sammanhanget av stort intresse.

Med register avses i utredningsdirektiven dock även vissa uppgiftssamlingar som primärt är skapade för forskningsändamål. Uppgifterna i dessa kan hämtas direkt från individer eller från de nämnda registren. Oftast skapas sådana forskningsregister för ett specifikt forskningsprojekt, men det förekommer också att register byggs för att kunna ge underlag för flera framtida, från början inte definierade, forskningsprojekt. I den här utredningen kallar jag sådana forskningsregister för forskningsdatabaser. De utgör en sådan infrastruktur som omnämns i utredningsdirektiven.

Varför är registeruppgifter bra för forskning?

Det är i många sammanhang en stor fördel för forskningen att få tillgång till omfattande datamaterial. Myndighetsregister som i regel innehåller uppgifter om alla invånare i landet, eller i vart fall alla som är i något avseende berörda, är ovärderliga när man önskar beskriva tillståndet i befolkningen. Genom att alla finns med kan även minoriteter och ovanliga företeelser fångas in. Ett exempel på det sistnämnda kan vara ovanliga sjukdomar.

Alternativet till att använda uppgifter från register är i regel att samla in uppgifter direkt från ett urval av individer. Sådana urvalsundersökningar är ibland nödvändiga eftersom alla uppgifter som forskarna är intresserade av inte finns i register. Men urvalsundersökningar kan innebära vissa problem. Ofta är de forskningspersoner som väljs ut inte särskilt representativa. Även när urvalen är representativa måste de om inte annat av ekonomiska skäl ofta begränsas och man måste dessutom alltid räkna med ett bortfall, det vill säga att några av dem som tillfrågas av olika skäl inte vill medverka. Både representativiteten, urvalets storlek och bortfallet ökar osäkerheten i forskningsresultaten. Det finns flera exempel på att slutsatser som har dragits på grundval av mindre urvalsstudier har visat sig felaktiga när de testats på hela den berörda populationen.

Även i andra sammanhang än när det gäller att studera ovanliga företeelser är forskare beroende av omfattande datamaterial. När de vill studera hur en viss åtgärd påverkar olika individer kan en urvalsstudie vara tillräcklig, men om de vill finna olika orsaker till ett komplext samhällsfenomen krävs ett mer omfattande datamaterial. Vid longitudinella studier, då man följer individer eller studerar en och samma företeelse över tid, är register en särskild tillgång. Om individerna gång på gång ska kontaktas finns en stor risk att urvalet krymper ganska snabbt, till exempel därför att de tröttnar på att delta. Ofta är det en fördel att kunna kombinera uppgifter som forskarna själva har samlat in vid urvalsstudier med uppgifter från register. Om vissa uppgifter kan hämtas ur register kan antalet frågor som forskaren behöver ställa till sina intervjupersoner begränsas. För att få fram historiska uppgifter om en individ som ingår i ett urval kan register ofta innehålla mer pålitlig information än den individen kan ge ur minnet. För att följa upp hur det går för individer som deltagit i en urvalsstudie kan registeruppgifter användas

för att slippa besvära individerna med upprepade frågor. Uppgifter om alla de olika individer som finns med i olika urvalsundersökningar kan bara återfinnas i heltäckande register.

Uppgifter om individer, också känsliga uppgifter, är ofta nödvändiga för forskningen. Det gäller inte minst inom medicinsk forskning där syftet är att förstå sjukdomars uppkomst och utveckling och att finna botemedel. Samtidigt innebär all behandling av personuppgifter vissa risker för individers personliga integritet. Den största risken är att någon blir utsatt för andra missaktning om hans eller hennes personliga förhållanden blir kända. Det är bakgrunden till att det finns en omfattande lagstiftning som syftar till att skydda individers personliga integritet och att hantera den avvägning mellan olika intressen som kan behöva göras.

Rättsliga förutsättningar för registerbaserad forskning

Flera internationella organisationer, Förenta nationerna (FN), Europarådet, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) och Europeiska Unionen (EU), har utarbetat riktlinjer för hur personuppgifter får hanteras. Av särskild betydelse för svensk del är Europakonventionen om mänskliga rättigheter, som sedan 1995 är inkorporerad i svensk lag, och EU:s dataskyddsdirektiv, som i Sverige har implementerats genom personuppgiftslagen (PUL). Inom EU pågår för närvarande en diskussion om en ny dataskyddsförordning, som, om den beslutas, blir direkt tillämplig i alla medlemsländer och således för svensk del ersätter PUL. Det är oklart när ett sådant beslut kan komma att fattas och denna utredning utgår därför från gällande rätt.

I regeringsformen (RF) anges att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Bestämmelsen får begränsas genom lag, men endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

PUL reglerar behandlingen av personuppgifter. Sådana får bara samlas in bara om det är lagligt och bara för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. De får inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med det för vilket uppgifterna samlades in. För myndigheterna finns oftast det lagliga stödet för personuppgiftsbehandlingen i särskilda registerförfattningar, som bland annat anger ändamålet och vilka uppgifter som får behandlas. Behandling av uppgifter för historiska, statistiska eller vetenskapliga ändamål ska enligt PUL inte anses vara oförenligt med de ändamål för vilka uppgifterna samlades in. Det sistnämnda innebär att det är möjligt att i till exempel forskning sekundär använda uppgifter som har samlats in för andra ändamål.

För att få behandla uppgifterna krävs antingen att de berörda individerna har samtyckt till behandlingen eller att den är nödvändig för att till exempel en arbetsuppgift av allmänt intresse ska kunna utföras. Forskning kan vara ett exempel på en sådan arbetsuppgift. Vissa personuppgifter klassificeras i PUL som känsliga, och är förbjudna att behandla. Det gäller uppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller som rör hälsa och sexualliv. Sådana uppgifter, liksom uppgifter som rör lagöverträdelse av vissa slag och biologiska prover, kan emellertid efter etikgodkännande behandlas i forskning. Etikgodkännande ges enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor

(etikprövningslagen) av en etikprövningsnämnd, med av regeringen utsedda representanter för forskning och allmänhet. Etikprövningsnämnden ska också bedöma om samtycke ska inhämtas eller om uppgifterna kan behandlas utan samtycke. När det är fråga om omfattande uttag från myndighetsregister är praxis att inte kräva samtycke eftersom det skulle förutsätta en oproportionerlig resursinsats.

Myndigheters insamling och övriga behandling av personuppgifter motiveras ofta med att de behöver uppgifterna för att kunna fullgöra sina administrativa uppgifter. Det kan handla om att hålla reda på landets invånare, att upprätta vallängder inför allmänna val, att bedöma hur mycket skatt medborgarna ska betala och vilka bidrag de har rätt till, och så vidare. I många fall används uppgifterna för beslut som avser enskilda personer. I de fall myndigheterna har fått i uppdrag att behandla personuppgifter har fördelen med denna behandling bedömts överväga riskerna för den personliga integriteten.

Ett annat syfte med myndigheters behandling av personuppgifter är att upprätta statistik eller att utvärdera och kvalitetssäkra verksamheter. Statistikproduktion baseras ofta på uppgifter ur administrativa register, men i vissa fall samlas uppgifter in särskilt för statistiska ändamål.

Allmänna handlingar hos svenska myndigheter är i princip offentliga, men allmänhetens rätt att ta del av sådana handlingar kan begränsas om det är påkallat av hänsyn till exempelvis den enskildas personliga och ekonomiska förhållanden. I sådana fall råder ofta varierande grad av sekretess. Den starkaste sekretessen gäller för uppgifter som har samlats in för statistiska ändamål. Då är sekretessen absolut, vilket innebär att uppgifterna i princip inte lämnas ut.

Det finns emellertid även för dessa uppgifter vissa sekretessbrytande regler. Uppgifterna kan till exempel lämnas ut för forskningsändamål om det kan ske utan risk för skada eller men för den som uppgifterna avser eller dennas anhöriga. Om sekretessbelagda uppgifter lämnas ut till en annan myndighet, till exempel ett universitet eller en högskola, för forskningsändamål följer sekretessen automatiskt med. Om utlämnande sker till annan sker det i regel med särskilda förbehåll som syftar till att ge motsvarande skydd.

Det är den registerhållande myndigheten som har att pröva om personuppgifter kan lämnas ut. Vid utlämnande till forskning är det vanliga att uppgifterna lämnas ut i anonymiserad form. Det innebär att forskare inte vet vilka individer uppgifterna avser. Anonymiserade uppgifter kan vara kodade eller avidentifierade. Att uppgifterna är kodade innebär att forskaren får ut uppgifter med en icke identitetsbärande beteckning, till exempel ett löpnummer, medan myndigheten behåller en kodnyckel som kopplar löpnummer till personnummer och som gör det möjligt att senare komplettera uppgifterna. Att en sådan möjlighet finns är viktigt vid till exempel longitudinella studier. När uppgifterna är avidentifierade finns inte denna möjlighet.

Även om uppgifterna är anonymiserade kan det finnas en risk för så kallad bakvägsidentifiering, det vill säga att man genom att sammanställa en rad uppgifter om en individ kan identifiera denna. Det är förbjudet och har så vitt känt aldrig förekommit inom forskningen, men det är likväl en potentiell risk som rent av kan öka med

utvecklingen av datatekniken. Därför är det viktigt att det finns ett tydligt regelverk och säkerhetsmässiga arrangemang kring personuppgifterna även i forskningsmiljöer.

I vissa fall, särskilt i medicinsk forskning, förekommer att identifierbara uppgifter lämnas ut. Syftet är ofta att forskare ska kunna kontakta individerna i fråga eller att de ska kunna kontrollera registeruppgifter med uppgifter från patientjournaler.

Integritet och registerbaserad forskning

Ansvaret för den personuppgiftsbehandling som sker inom forskningen åvilar forskningshuvudmännen, det vill säga i regel universitet och högskolor. Ansvar är ytterst styrelsernas. Det har inte förekommit att uppgifter läckt ut från forskningsmiljöer. De regler för sekretess och säkerhetsmässig hantering som gäller är en viktig förklaring till det. Men universitet och högskolor liksom forskare har också andra starka incitament att se till att reglerna följs, nämligen för att de ska kunna få del av uppgifter och bedriva forskning. Till det kommer att forskare inte i första hand är intresserade av individer utan av mönster i populationer.

Gällande regel i regeringsformen om den enskildes skydd gentemot det allmänna mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden tillkom år 2011. Frågan har väckts om sekundäranvändning av personuppgifter i myndighetsregister som sker utan samtycke skulle kunna stå i strid med denna grundlagsbestämmelse. Effekten av insamlingen av uppgifter för forskning skulle, oavsett avsikten, kunna anses vara åtminstone kartläggning av enskildas personliga förhållanden.

Regeringen har i propositionen om grundlagsändringen konstaterat att man vid bedömningen av vad som är betydande intrång måste se till bland annat ändamålet med behandlingen av uppgifter. Syftet med forskning är inte att kartlägga enskilda individer utan att finna mönster i en population. Behandlingen av uppgifterna ur myndighetsregister har sin rättsliga grund i de särskilda registerförfattningar som finns för myndighetsregistren och i PUL:s bestämmelse att behandling för vetenskapliga ändamål inte är oförenligt med de ursprungliga ändamålen för behandlingen av uppgifterna.

Lagstiftarens avsikt torde inte ha varit att förhindra en sådan behandling av personuppgifter i forskningen. Regeringen har också i propositionen om behandling av personuppgifter vid Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) konstaterat att den så kallade IFAU-databasen inte står i strid med grundlagen. Däremot har regeringen bedömt att det med hänsyn till att det i detta fall handlar om många uppgifter som bevaras under lång tid är rimligt att det finns ett lagstöd för databasen.

Min slutsats är att registerbaserad forskning, forskningsregister och forskningsdatabaser inte innebär betydande intrång i enskildas personliga integritet, men att det är angeläget att det finns ett tydligt lagligt stöd för denna verksamhet.

Enligt proportionalitetsprincipen ska staten inte införa restriktioner eller skyldigheter utöver vad som är nödvändigt för att uppnå målet med en åtgärd. Målet med

registerbaserad forskning är att vinna kunskap om hur samhället fungerar och den åtgärd som prövas i sammanhanget alltså användningen av bland annat registeruppgifter som har samlats in för andra ändamål.

Att kunna använda registeruppgifter i forskningen har stora fördelar. Det finns kunskaper som kan uppnås genom sådan forskning, som är svårt att uppnå med andra metoder. Risker för läckor och åtföljande men för uppgiftslämnarna är liten. Det gäller särskilt när uppgifter lämnas ut i anonymiserad form, men även annars. När fördelarna vägs mot riskerna framstår registerbaserad forskning en i hög grad proportionell åtgärd.

Erfarenheter från de nordiska länderna

Förutsättningarna för registerbaserad forskning är mycket likartade i de övriga nordiska länderna. Även de har att utgå från gällande internationella regelverk. Deras motsvarigheter till svenska PUL är, liksom PUL, baserade på EU:s dataskyddsdirektiv och därmed mycket likartade. I vissa avseenden har de valt andra lösningar än Sverige för att underlätta registerbaserad forskning. Som exempel kan nämnas att man i Danmark har skapat ett väl utvecklat system för fjärråtkomst av hälsodata och att man i Norge en fristående organisation för deponering och arkivering av forskarmaterial. Sådana exempel kan tjäna som inspirationskällor när systemen ska utvecklas i Sverige.

Bakgrund, nuläge och utmaningar

Det finns fyra viktiga datakällor för registerbaserad forskning: myndighetsregister, hälso- och sjukvårdens kvalitetsregister, biobanker och forskningsregister av olika slag. Myndighetsregistren är skapade för primärt andra ändamål än forskning. Kvalitet och dokumentation kan inte alltid möta forskningens behov. Ofta krävs bearbetning av data innan de kan användas i forskningen. Här finns en potential för utveckling.

Kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården är uppbyggda utifrån interventioner, sjukdomsepisoder eller kroniska sjukdomar. De är av varierande kvalitet, men en stor satsning sker nu från regeringens och huvudmännens sida att öka kvalitet och tillgänglighet. För närvarande finns ett 80-tal certifierade kvalitetsregister, vilket innebär att de lever upp till vissa kvalitetskrav. Nuvarande utvecklingsprogram avser perioden 2013–16. När det löper ut får bedömas hur man ska gå vidare.

Biobanker innehåller biologiska prover. Det finns cirka 600 biobanker i Sverige varav hälften hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen och ett 50-tal på universitet med medicinsk forskning. En utmaning är att öka spårbarheten av biobanksprover för att de ska bli mer tillgängliga för forskning.

Forskningsregister finns av många olika slag. Flertalet har tillkommit för konkreta forskningsprojekt. Svensk Nationell Datatjänst (SND) är en nationell resurs för samordning av existerande och nya forskningsregister inom samhällsvetenskap, humaniora och medicin. SND är för närvarande ett samarbetsprojekt mellan Vetenskapsrådet och Göteborgs universitet. Ett syfte är att data som har samlats in för viss forskning ska göras tillgängliga och kunna återanvändas i nya forskningsprojekt. Datainspektionen har emellertid beslutat att SND inte har rätt att bevara register med personuppgifter, varmed avses uppgifter som på något sätt kan identifieras (till exempel

där en kodnyckel finns bevarad). Det innebär en allvarlig begränsning av SND:s verksamhet.

Vid användning i forskning av känsliga personuppgifter eller biologiska prover krävs etiktillstånd. När uppgifterna ska tillhandahållas i anonymiserad form bedömer etikprövningsnämnderna riskerna som små och tillstånd beviljas rutinmässigt. Denna bedömning står väl i överensstämmelse med den som har gjorts i vissa mål och ärenden som har behandlats i domstol eller av regeringen. I Danmark och Finland har man valt att vid utlämnande av sådana data arbeta med generella etiktillstånd för vissa auktoriserade organisationer. I Sverige borde det vara möjligt att pröva en förenklad process. Många av de berörda uppfattar också att de blanketter som forskarna har att fylla i vid etikansökan är mer detaljerade än nödvändigt. Det kan finnas skäl se över dessa blanketter, till exempel inom ramen för det av Vetenskapsrådet nyligen tillsatta registerdatorrådet.

Inom Statistiska centralbyrån (SCB) har under de senaste tio åren ett system för fjärråtkomst av uppgifter utvecklats. Det kallas MONA, Micro On-line Access. Det används för att tillgängliggöra data inte bara från SCB utan från flertalet statistikansvariga statliga myndigheter. Systemet innebär att forskaren från en terminal i sin arbetsmiljö kopplar upp sig mot MONA och kan bearbeta data utan att de lämnar SCB. Bearbetade data, i form av till exempel tabeller, kan senare skickas till forskaren med e-post. En utvärdering av MONA-systemet har nyligen initierats av Vetenskapsrådet. Något motsvarande system för hälsodata från Socialstyrelsen finns ännu inte, men möjligheten att skapa ett sådant kommer att prövas inom ramen för utvärderingen av MONA.

Det synes inte finnas några rättsliga hinder för att tillhandahålla uppgifter för forskning. De problem som kan finnas ligger snarare på det administrativa planet. För SCB, och även andra myndigheter, är inte forskning en prioriterad uppgift. Statistikutredningen föreslog i december 2012 att det i SCB:s instruktion skulle skrivas in att det ska vara en prioriterad uppgift att bistå forskningen med data. Finansdepartementet har meddelat att man har för avsikt att föreslå en sådan ändring, men något beslut har ännu inte fattats. Det är angeläget att det sker snarast. Det kan också finnas skäl att göra motsvarande justering i instruktioner till andra myndigheter.

Inom Socialstyrelsen har en registerserviceenhet numera skapats. För närvarande pågår inom SCB en intern utredning som syftar till något liknande. Det är angeläget att det även inom SCB skapas en central forskningsserviceenhet.

Mycket av dagens forskning sker i internationellt samarbete. Utlämnande av data över nationsgränser är en utmaning. Det är dock komplicerade frågor som inte kunnat analyseras inom ramen för denna utredning. Diskussioner mellan de statistiska centralbyråerna i Norden har dock nyligen initierats av Nordiska Rådet och dess forskningsråd, Nordforsk, och pågår för närvarande.

Sambearbetning av data från olika register är ofta nödvändigt inom forskning. Sambearbetningen synes, även när flera myndigheter är inblandade, fungera relativt väl. Den rättsliga grunden för att lämna känsliga personuppgifter mellan statistikansvariga

myndigheter för att möjliggöra sambearbetning för forskningshuvudmans räkning har i något fall ifrågasatts. Det har vidare ifrågasatts om det finns stöd i sekretesslagstiftningen för statistikansvariga myndigheterna att skicka sekretessbelagda uppgifter till en annan myndighet i syfte att möjliggöra sambearbetning av uppgifter för en tredje myndighets räkning. Min bedömning är dock att detta förfarande har stöd i nuvarande lagstiftning. Sambearbetning skulle kunna underlättas genom utveckling av ett så kallat federerat system. Det innebär att uppgifter hämtas från olika datakällor till en federationsserver (trusted location), en institution som alla dataägare litar på och vilken de kan ge tillgång till uppgifter utan oro för spridning. Forskaren arbetar mot en sådan federationsserver på samma sätt som mot dagens MONA. Till denna federationsserver hämtas uppgifter på elektronisk väg direkt från källorna utan att någon överföring av uppgifter mellan myndigheterna sker.

Regeringen har i forskningspropositionen uttryckt sig positivt om en sådan lösning och uttalat att den ska utredas i särskild ordning. Något sådant initiativ har emellertid inte tagits. En federerad lösning kräver en omfattande teknisk utveckling. Om en sådan ska komma till stånd krävs sannolikt ett initiativ från regeringen, eventuellt i samarbete med Umeå universitet som nyligen har inlett ett utvecklingsarbete inom området.

SND är en viktig infrastruktur för svensk forskning. Det är angeläget att SND blir en permanent verksamhet och att den får rimliga förutsättningar att sköta sina uppgifter. I dag deponerar forskare kopior på sina data hos SND. Det skulle vara en fördel om SND kunde bli en arkivmyndighet där originaldata kunde deponeras. Som arkivmyndighet skulle SND också bli personuppgiftsansvarig för de uppgifter som finns där, vilket innebär att Datainspektionens invändningar mot rådande ordning skulle kunna hanteras. I Norge och Danmark har man organiserat motsvarande verksamhet på ett annat sätt: i Norge i en självständig organisation under Utdannings- og Forskningsdepartementet och i Danmark som en del hos Statens Arkiver. Den norska lösningen förefaller vara den mest attraktiva för verksamhetens självständighet och utveckling. Regeringen bör tillsätta en utredning för att utarbeta en långsiktig lösning för SND.

Bedömningar och förslag

Etikprövningen

För att förenkla handläggningen av ärenden där syftet är att i forskningen endast använda anonymiserade uppgifter från myndighetsregister föreslås att nämnderna ska kunna delegera sådana ärenden till ordföranden.

Det föreslås vidare att forskare ska få rätt att få ett yttrande från etikprövningsnämnden över forskningsprojekt som inte faller under etikprövningslagen. Det finns i dag en möjlighet att begära ett sådant yttrande, men nämnden avgör själv om den vill avge ett yttrande eller inte.

Det föreslås också att utlämnande från forskningsdatabaser alltid ska kräva etiktillstånd, oavsett om det handlar om känsliga personuppgifter eller inte.

Kodnyckelförfarande

När uppgifter lämnas ut i anonymiserad form kan utlämnande myndighet bevara en kodnyckel som gör det möjligt att senare komplettera uppgifterna. Denna möjlighet har

tillkommit främst för att möjliggöra longitudinella studier, där samma individer eller företeelser följs under lång tid, och liknande studier.

Vid longitudinella studier kommer utlämnande myndighet och forskarna överens om hur länge kodnyckeln ska bevaras. Normalt bevaras den i tre år med möjlighet till förlängning. Utlämnande myndighet kan dock vara obenägen att behålla kodnyckeln om den upplever att forskningsfrågorna förändras.

Även i andra forskningsprojekt kan en kodnyckel upprättas och bevaras, men normalt under betydligt kortare tid, vanligen tre månader. Syftet är kunna komplettera utlämnande uppgifter om något har blivit fel eller om forskaren har missat något i sin ansökan. Det finns flera skäl för att regelmässigt bevara kodnycklar under längre tid. Att koppla bevarandet till att det är samma forskningsfrågor som ställs synes inte vara rimligt. Det är naturligt att forskningsfrågorna i en longitudinell studie successivt modifieras. Forskare kan under ett pågående projekt finna att data skulle behöva kompletteras även om detta inte förutsågs när uppgifterna begärdes ut. I all forskning är det dessutom angeläget att ge möjligheter till replikation eller till förnyad analys av samma uppgifter eller efter viss komplettering.

Det föreslås mot denna bakgrund att kodnycklar ska bevaras hos den utlämnande myndigheten under tjugo år från dagen för utlämnande av uppgifterna och med möjlighet till förlängning därefter.

En ny sekretessbestämmelse

För att upprätthålla allmänhetens förtroende för forskningen är det viktigt att regelverket tillgodoser den enskilda individens integritetsskydd. Det finns i dag flera olika bestämmelser som innebär sekretess för personuppgifter som behandlas i forskningen. Regelverket är emellertid inte lätt att överblicka, vilket kan skapa oklarhet.

I offentlighets- och sekretesslagen finns en särskild bestämmelse avseende statistiksekretess. Uppgifter som samlas in för statistiska ändamål skyddas av absolut sekretess. De skäl som i förarbetena till lagstiftningen åberopats för statistiksekretessen är tre. Offentlighetsintresset för sådana uppgifter anses väga lätt. En sammanställning av i och för sig harmlösa uppgifter kan ibland vara integritetskänslig. Och uppgiftslämnaren ska känna sig säker på hans eller hennes uppgifter inte kommer ut. Dessa skäl talar också för ett motsvarande sekretesskydd för uppgifter som samlas in för forskning.

Mot den bakgrunden föreslås en motsvarande forskningssekretess. Det innebär att personuppgifter som samlas in för forskning alltid är skyddade av absolut sekretess. Liksom när det gäller uppgifter som samlats in för statistiska ändamål ska för dessa uppgifter insamlade för forskningsändamål finnas en sekretessbrytande bestämmelse som innebär att de, om vissa villkor är uppfyllda, kan användas för annan forskning. Med sekretessen följer också tystnadsplikt för dem som har att hantera uppgifterna.

Det är angeläget inte bara att personuppgifter skyddas av sekretess utan också att de behandlas enligt gällande regler och i tekniskt säkra system. På alla stora universitet och på flertalet högskolor finns så kallade personuppgiftsombud, som har till uppgift att se till att den personuppgiftsansvarige, det vill säga universitetet eller högskolan, följer

gällande regler. I många fall synes personuppgiftsombuden inte ha de resurser och den ställning som krävs för att på ett tillfredsställande sätt fullgöra uppgiften. Det är universitetens och högskolornas styrelser som har det yttersta ansvaret för att verksamheten fungerar tillfredsställande. Regeringen föreslås i regleringsbrev till statliga universitet och högskolor uppmana dessa att lägga större vikt vid skydd och säkerhet vid behandlingen av personuppgifter, bland annat genom att stärka personuppgiftsombudets ställning och att begära återrapportering om hur skyddet hanteras.

Forskningsdatabaser

I utredningsdirektiven framhålls svårigheterna att inom ramen för gällande rätt skapa forskningsdatabaser för bestämda men relativt allmänt hållna forskningsändamål. Datainspektionen har ställt sig tveksam till forskningsdatabaser med allmänt hållna ändamål. Den har också ifrågasatt lagligheten i det samtycke som enskilda ger när de lämnar uppgifter till sådana databaser. Etikprövningslagen medger bara att etikgodkännande ges till konkreta forskningsprojekt. Utlämnande myndigheter ser sig förhindrade att lämna ut uppgifter till databaser där de konkreta forskningsfrågorna är okända. Det saknas alltså i dag rättsliga förutsättningar för sådana forskningsdatabaser.

Regering och riksdag har i några fall stiftat särskilda lagar för att möjliggöra forskningsdatabaser. Ett exempel är den lag som reglerar den så kallade IFAU-databasen och en annan den lag som reglerar vissa register för forskning om vad arv och miljö betyder för människors hälsa ("LifeGene-lagen"). Inom SCB finns också ett par sådana databaser som delvis används för forskning.

Enligt en inventering som gjorts på uppdrag av Vetenskapsrådet finns ytterligare ett femtiotal forskningsdatabaser i Sverige. De kan till exempel ha tillkommit långt tillbaka i tiden innan nuvarande regelverk fanns på plats, ha byggts upp kring ett konkret forskningsprojekt eller godkänts genom en generös tolkning av etikprövningslagen. Det föreslås att det införs en särskild lag om forskningsdatabaser.

Tanken är att i den ska anges vissa generella regler för forskningsdatabaser, men att varje databas ska kompletteras med en regleringsförfordning som reglerar vad som närmare ska gälla, till exempel ändamål och innehåll. Forskningsdatabasernas ändamål är att skapa underlag för forskning och att lämna ut uppgifter till forskningsprojekt. För utlämnande ska alltid krävas etikgodkännande.

Med forskningsdatabas avses en infrastruktur som ska kunna användas av flera olika forskare, från olika universitet och högskolor och inom olika discipliner, i framtida forskningsprojekt. Vilka projekten är vet man inte när databasen skapas.

Forskningsdatabaser ska kunna skapas vid statliga universitet och högskolor samt vid andra statliga myndigheter som har i uppdrag att bedriva forskning. Det bör uppdras åt Vetenskapsrådet att föreslå regeringen vilka forskningsdatabaser som ska finnas. Vetenskapsrådet bör också träffa avtal med värduniversiteten om finansiering, organisation och tillgänglighet. Finansieringen bör vara säkerställd för åtta år framåt. Forskningsdatabaserna ska utvärderas vart åttonde år, företrädesvis av en internationell utvärderingsgrupp.

Den personuppgiftsansvarige, alltså myndigheten, ska begränsa sina anställdas och uppdragstagares elektroniska åtkomst till personuppgifter till vad var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter i fråga om databasen. Forskningsdatabasen ska administreras i en särskild avgränsad enhet.

De uppgifter som samlas i forskningsdatabasen ska kunna hämtas ur olika källor. Vissa uppgifter kan samlas in direkt från individer, andra hämtas ur befintliga register. För att säkerställa att myndigheterna kan lämna uppgifter till forskningsdatabaserna behövs bestämmelser om uppgiftsskyldighet för dessa. Det bör regleras i de särskilda förordningar som ska gälla för respektive forskningsdatabas vilka myndigheter som ska vara skyldiga att lämna ut uppgifter och vilka uppgifter uppgiftsskyldigheten ska omfatta.

Enskilda ska kunna lämna uppgifter och ge ett informerat samtycke till att dessa behandlas för de ändamål som anges i förordningen för forskningsdatabasen. Uppgifterna i en forskningsdatabas ska skyddas av absolut sekretess, men med vissa undantag. Enskilda ska ha rätt att på begäran få registerutdrag för identifierbara uppgifter som har registrerats i databasen.

Nationellt biobanksregister

Svenska biobanksregistret är i dag ett regionalt system. Registret finns hos sex regionala biobankscentra, som bedrivs av regioner och landsting. Det skulle i olika sammanhang underlätta spårbarheten av biobanksprover om det fanns ett nationellt biobanksregister. Ett sådant föreslogs för några år sedan av den statliga Biobanksutredningen. Dess förslag har av olika skäl inte lett till lagstiftning.

Utredningen föreslår mot den bakgrunden att Svenskt biobanksregister görs om till ett nationellt system för registrering av biobanksprover, Nationella biobanksregistret. Det föreslås att Socialstyrelsen blir personuppgiftsansvarig för registret. Uppgifterna i registret ska få behandlas för att underlätta spårbarhet vid vård och behandling av den registrerade, vid forskning, kvalitetssäkring och framställning av statistik och vid förstörande eller avidentifiering av vävnadsprover när den registrerade har återkallat sitt samtycke.

De uppgifter som får registreras avser i första hand provgivarens identitet, provgivarens ställningstagande till hanteringen av proverna (samtycke), vävnadsprovernas karaktär, i vilken biobank de finns och uppgifter om diagnos och analysresultat.

Absolut sekretess ska gälla för de uppgifter som finns i registret, men med sekretessbrytande regler för till exempel forskning. Uppgifter ska också kunna lämnas ut när det handlar om den enskildes vård och behandling.

Registreringen bygger på samtycke, det vill säga att den enskilde när det biologiska provet sparas i en bank tar ställning till hur uppgifterna om provet får behandlas. Uppgifter om de prover som redan finns i biobanker får dock registreras utan särskilt samtycke. Det ska understrykas att de berörda har samtyckt till att proverna sparas i biobanken och hur de får användas. Avsaknaden av samtycke gäller endast själva

registreringen i det nationella registret. Möjligheten att återkalla samtycke finns alltid och underlättas med den ökade spårbarhet som följer med det centrala registret.

Regiondirektören
Nina Fållback-Svensson
Tfn: 063-14 75 66
E-post: nina.fallback-svensson@regionjh.se

2015-01-11

Dnr RS/69/2015
Dnr 14/6115

Sveriges kommuner och landsting
Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen hälso- och sjukvård
info@skl.se

Svar på remiss Speciallivsmedel till barn och unga förskrivna inom läkemedelsförmåner, dnr 14/6115

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna svar på remiss till Sveriges Kommuner och Landsting om Speciallivsmedel för barn och unga inom läkemedelsförmånen. Det finns flera problemställningar på området som berör landsting och regioner som också beskrivs i den utskickade promemorian.

Områden med behov av förändringar är;

- Diagnoslistan om vilka sjukdomar som kan ge subventionerade livsmedel är föråldrad
- Speciallivsmedel förskrivs på licens av humanitära skäl trots att det saknas reglering som stödjer detta
- Åldersgränsen för att få speciallivsmedel på livsmedelsanvisning är 16 år, vilket är lägre än inom andra områden
- Endast läkare kan förskriva speciallivsmedel, trots att det i praktiken framförallt är dietister som bedömer behoven
- Förteckningen av speciallivsmedel uppdateras endast en gång per år, men borde aktualiseras oftare
- Kriterierna för bedömning av livsmedel har inte utvärderats på mycket länge
- Det saknas kontroll över prissättningen
- Egenavgiften har inte utvärderats på mycket lång tid.

Region Jämtland Härjedalens synpunkter

Regionen välkomnar utredningen då detta har varit ett område där det förts diskussioner och lämnats synpunkter på behov av förändringar under lång tid.

Enligt flera förslag i remissen skulle ansvaret för subventionering av speciallivsmedel flyttas till landstingen och regionerna. En konsekvens av detta skulle bli att hela eller delar av regleringen om speciallivsmedel i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m m skulle att tas bort. Regionen ser en stor risk med detta. Jämlig hälso- och sjukvård innebär att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor med likvärdigt bemötande

till alla oavsett bland annat bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Att förflytta ansvaret för subventionering till landstingen och regionerna skulle innebära stora risker för att hanteringen blir olika hos olika huvudmän.

Barndietister och barnläkare i Sverige har under många år arbetat för att handläggning av nutritionsinsatser ska vara lika över hela landet. Detta för att vården ska vara patientsäker, likvärdig och kostnadseffektiv.

Nutritionsbehandling betraktas som en del av den medicinska behandlingen (SOSFS 2014:10).

- Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika sjukdom och återvinna hälsa.
- Alla individer; friska, sjuka, unga och gamla har rätt att erhålla en adekvat, till individen och dennes (sjukdoms-) tillstånd anpassad näringstillförsel
- Den sjuka individens nutrition måste betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/dokumentation.

Utifrån patientsäkerhetsskäl bör speciallivsmedel förskrivas elektroniskt i särskild livsmedelsmodul i patientens journal och hanteras på samma sätt som behandling med läkemedel. Om landstingen/regionerna tar över subventionssystemet och annat som är kopplat till förskrivningen inkl upphandling kommer förskrivning och vilka speciallivsmedel barnet har ej vara synligt i barnets journal utan istället hanteras i externa system vilket utgör en patientsäkerhetsrisk.

I promemorian hänvisas till möjligheter att få rabatterade priser för speciallivsmedel genom upphandling, som ett argument för att överföra ansvaret till landstingen. Det finns dock en uppenbar risk att priserna hamnar på olika nivåer beroende på upphandlingsvolymerna. Detta skulle leda till ojämlika ekonomiska villkor för landstingen/regionerna beroende på storlek.

Öriga synpunkter på förslagen i promemorian;

- Regionen bejakar en höjning av åldersgränsen till 17,99 år, dvs 18-årsdagen.
- Diagnoslistan tas bort i sin nuvarande form då den är föråldrad. Pga. den medicinska utvecklingen tillkommer nya diagnoser där speciallivsmedel kommer att behövas.
- Riktlinjer för diagnoser och diagnosområden bör formuleras och revideras vart annat år.
- Förskrivning ska medges där det är medicinskt motiverat, dvs på samma sätt som det är möjligt att förskriva läkemedel. Nationella riktlinjer bör eftersträvas.
- Diagnos ska liksom nu sättas av specialistkompetent läkare.
- Dietister ges rätt att förskriva specialdestinerade livsmedel efter att läkare har satt diagnos.
- Egenavgiften – Region JH stödjer förslaget i remissen med en trappa med fyra avgiftsnivåer enligt Mat som medicin SOU 1999;114 upp till 18 års ålder med en

löpande indexering som följer prisbasbeloppet enligt samma metod som används för läkemedel och sjukvård.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS REGIONSTYRELSE

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



2014-11-13

Avdelningen vård och omsorg
Sektionen hälso- och sjukvård
Ulrika Vestin
Tfn 08-452 77 33

Landsting och Regioner

Speciallivsmedel till barn och unga förskrivna inom läkemedelsförmånerna

Sammanfattning

Samtliga landsting och regioner erbjuder möjlighet att inkomma med synpunkter på system för speciallivsmedel för barn och unga upp till 16 år.

Planen är att en sammanställning av landstingens och regionernas synpunkter på promemorians förslag bereds med sjukvårdsdelegationen vid SKL och därefter presenteras för socialdepartementet. För att få ett komplett underlag är det viktigt att så många landsting som möjligt lämnar sina synpunkter.

Sammanfattning

I promemorian beskrivs några av de problemställningar som finns på området och vilka lösningar som kan vara aktuella. Flera förslag berör landstingen och regionerna. Ett alternativ som beskrivs är att flytta ansvaret för subventioneringen och annat som är kopplat till förskrivningen till landstingen. Om det realiserar kommer konsekvensen bli att hela eller delar av regleringen om speciallivsmedel i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. att tas bort. Ett skäl som talar för förändringen är att landstingen redan hanterar speciallivsmedel till individer upp till och med 16 år. Ett enhetligt system, oavsett ålder på patienten, skulle kunna ge bättre kontinuitet för individen samt hälso- och sjukvården. Landstingen skulle ges möjlighet att upphandla livsmedlen, vilket kan resultera i ökad prispress på varorna. Andra fördelar är att lagerhållning och distribution av speciallivsmedel kan anpassas mer till landstingens och patienternas behov, liksom att förskrivningsrätten görs mer flexibel. En utmaning är att inte öka skillnaderna i förskrivningen mellan landstingen. Det kan emellertid lösas genom en överenskommelse mellan stat och landsting, alternativt att viss reglering på området bibehålls.

Om det blir aktuellt med en överflyttning av bl.a. det ekonomiska ansvaret för speciallivsmedel från staten till landstingen kommer frågan om den ekonomiska kompensationen att aktualiseras.

Om socialdepartementet kommer fram till att systemet med subventionerade speciallivsmedel för individer under 16 år bör ändras kommer sannolikt en departementsskrivelse att arbetas fram och remitteras till landsting och regioner.

Bakgrund

Barn och unga med särskilda kostbehov kan få speciallivsmedel förskrivna av läkare till subventionerat pris. Reglerna om detta återfinns i lagen (2002:160) och förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. samt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:13) om förskrivning av vissa livsmedel.

Enligt 20 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. har den som är under 16 år och lider av vissa specificerade sjukdomar rätt till reduktion av sina kostnader för inköp av sådana livsmedel för särskilda näringsändamål som förskrivits av läkare med det belopp som vid varje inköpstillfälle överstiger 120 kronor.

Förskrivning ska enligt 7 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m. göras på livsmedelsanvisning. På livsmedelsanvisningen ska det anges hur många gånger förskrivningen får expedieras. Förskrivningen får för varje expedition avse högst den mängd livsmedel som motsvarar det beräknade behovet för 90 dagar.

Av 6 § första stycket förordningen om läkemedelsförmåner m.m. och bilaga 1 till förordningen framgår att en prisnedsättning för speciallivsmedel endast gäller när en individ lider av sjukdomar enligt följande.

1. Crohn's sjukdom
2. Fenyldketonuri
3. Galaktosemi
4. Glutenintolerans
5. Komjölksproteinintolerans
6. Kort tunntarm
7. Laktosintolerans (medfödd och sekundär)
8. Kronisk njurinsufficiens
9. Sojaproteinintolerans
10. Ulcerös colit

Enligt 6 § andra stycket förordningen om läkemedelsförmåner m.m. ska Läkemedelsverket ange vilken specialistkompetens som ska krävas för att läkare ska vara behöriga att förskriva speciallivsmedel. Av 2 § Läkemedelsverkets föreskrifter om förskrivning av vissa livsmedel följer att förskrivningen av speciallivsmedlen ska göras av läkare som har följande specialistkompetens:

- a) barn- och ungdomsmedicin,
- b) barn- och ungdomskirurgi,
- c) medicinsk gastroenterologi och hepatologi,
- d) medicinska njursjukdomar,
- e) internmedicin och kirurgi, om läkaren uppehåller tjänst i självständig ställning vid enhet för medicin eller kirurgi,
- f) allmänmedicin, om läkaren innehar tjänst som läkare vid barnavårdscentral.

Med behörig läkare jämställs den som innehar förordnande som överläkare eller biträdande överläkare på tjänst som är avsedd att innehas av läkare med specialistkompetens i någon av specialiteterna a - d.

Enligt 6 § förordningen om läkemedelsförmåner m.m. ska Läkemedelsverket upprätta en förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Samtliga livsmedel som anmälts till Livsmedelsverket inom kategorierna livsmedel för speciella medicinska ändamål, FSMP (food for special medical purposes) och ”fri från” produkter bedöms och de som uppfyller vissa satta kriterier förs upp på förteckningen. Läkemedelsverket uppdaterar en gång per år förteckningen av förskrivningsbara speciallivsmedel.

Behov av förändringar

Det finns omfattande behov av ett reformerat system när det gäller speciallivsmedel för barn och unga. Det krävs såväl förändringar i lag, förordning och föreskrifter samt sannolikt även i ersättningen till landstingen för att komma till rätta med de problem som finns. Den problematik som framkommit är följande.

1. Diagnoslistan om vilka sjukdomar som kan ge subventionerade livsmedel är föråldrad
2. Speciallivsmedel förskrivs på licens av humanitära skäl, trots att det saknas reglering som stödjer detta
3. Åldersgränsen för att få speciallivsmedel förskrivet på livsmedelsanvisning är 16 år, vilket är lägre än andra på flera andra områden
4. Endast läkare kan förskriva speciallivsmedel, trots att det i praktiken framförallt är dietister som bedömer behoven
5. Förteckningen av speciallivsmedel uppdateras endast en gång per år, trots att den borde aktualiseras med nya livsmedel oftare
6. Kriterierna för bedömning av livsmedel har inte utvärderats på mycket lång tid.
7. Det saknas kontroll över prissättningen
8. Egenavgiften har inte utvärderats på mycket lång tid

Nedan beskrivs vilka incitament som finns till att förändra systemet och vilka lösningar som kan övervägas.

Föråldrad diagnoslista och licensförskrivning

I bilaga 1 till förordningen om läkemedelsförmåner m.m. framgår att prisnedsättning endast gäller tio uppräknade diagnoser. Denna lista har inte förändrats på mycket länge. Systemet med rabatt vid vissa definierade sjukdomar infördes 1979 och det är osäkert om och i så fall när det har gjorts några uppdateringar av vilka diagnoser som omfattas.

Licensföreskrifter

För barn under 16 år med andra sjukdomstillstånd än de som anges i diagnoslistan eller när förskrivande läkare anser att ett barn är i behov av speciallivsmedel som inte

finns med på förteckningen, finns ingen lagstadgad rätt till prisnedsättning av erforderliga livsmedel. Av humanitära skäl förskrivs dessa livsmedel på licens.

Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2008:1) om tillstånd till försäljning av icke godkänt läkemedel (licensföreskrifter) ska licensförfarandet endast tillämpas för produkter som klassificerats som läkemedel. Licensföreskrivning av speciallivsmedel har accepterats av Läkemedelsverket i de fall det ansetts humanitärt betingat. Licensföreskrivning var ursprungligen (1971) första möjligheten att förskriva livsmedel med subventionering. Men detta var innan en särskild reglering med förskrivning på livsmedelsförteckning kom till. Licensföreskrivningen av speciallivsmedel sker på recept, vilket leder till att reglerna gällande förmånen för läkemedel blir tillämpliga, istället för de för speciallivsmedel. Den årliga kostnaden som på detta sätt istället räknas samman med kostnaderna för läkemedel är ca sju miljoner kronor. Denna ordning är inte tillfredsställande och åtgärder behöver vidtas för att lösa detta på ett sätt som är förenlighet med regelverket

Bland de diagnoser eller tillstånd utanför listan över diagnoser som omfattas av förmånen, men där speciallivsmedel trots det förskrivs, märks framför allt cystisk fibros (175 stycken 2012) och även prematuritet, epilepsi och utvecklingsstörning/neuropsykisk funktionsnedsättning (ca 30 stycken vardera 2012). I dessa förskrivningar anges ofta ingen exakt diagnos utan syftet beskrivs i fritext. Gemensamt för flera av dessa tillstånd är att de inte är diagnoser som i sig föranleder en viss kost, dvs. det handlar inte om en överkänslighet eller brist som har direkt samband med diagnosen. Det kan dock vara väl så motiverat för individen att få en specialkost. Detta innebär att det i det närmaste är omöjligt att lista specifika diagnoser så att det täcker alla dessa individuella fall.

Förslag

Om det till listan läggs till diagnoser som för närvarande bedöms vara motiverade kan det i framtiden uppstå situationer där speciallivsmedel anses vara av nytta vid andra diagnoser, idag okända eller inte identifierade i detta sammanhang. För att möjliggöra en smidig hantering av dessa situationer skulle en mer allmänt skriven punkt på diagnoslistan lämna utrymme för dispens eller bedömning i enskilda fall, alternativt en sista punkt som anger "tillstånd där det på samma sätt som vid ovan angivna diagnoser är särskilt medicinskt motiverat". Ett alternativ, som också tidigare har förslagits, är att helt ta bort diagnoslistan och tillåta förskrivning där det är medicinskt motiverat, dvs. på samma sätt som det är möjligt att förskriva läkemedel. Så fungerar det idag i vissa landsting för subventionering av speciallivsmedel till individer från 16 år och uppåt.

Ett alternativ är att landstingen övertar ansvaret för förskrivningen och upphandlar livsmedlen på samma sätt som för vuxna med behov av speciallivsmedel, dvs. när det är medicinskt motiverat.

Alternativ hantering av vanligt förekommande diagnoser

Glutenintolerans och laktosintolerans är vanligt förekommande i befolkningen. Prevalenserna hos vuxna i Sverige uppges vara ca 1 procent för glutenintolerans och 5 procent för laktosintolerans, något högre hos barn.

Glutenintolerans

Glutenintolerans, så kallad celiaki, är en autoimmun sjukdom som innebär att antikroppar bildas mot det glutenprotein som finns i vete, råg och korn, vilket i sin tur leder till att tarmluddet i tarmens slemhinna skadas. Glutenintolerans är livslångt och den enda behandlingen är att avstå från mat som innehåller gluten.

Det finns flera nackdelar med dagens hantering av glutenfria speciallivsmedel. Systemet med förskrivning av läkare, apotekens lagerhållning och utlämnande, inklusive hemkörning, av relativt skrymmande varor samt själva förmånshanteringen kräver mycket resurser såväl inom vården som på apotek. Det i viss mån begränsade sortimentet på apotek och att produkterna där är dyrare än i livsmedelshandeln är andra nackdelar. Dessutom förskrivs specifika produkter, vilket innebär att individens kost blir mindre varierad än vid fritt val i livsmedelsbutiken. Det leder till stort svinn då förskrivna produkter slängs när de inte faller i smaken eller man tröttnar på dem.

Omfattningen av förskrivning för uttag av produkter vid glutenintolerans på apotek speglas av ett förmånsvärde år 2013 på ca 19 500 tkr, vilket utgör ca nio procent av totala förmånskostnaden för speciallivsmedel.

Enligt Konsumentverkets uträkning varierar den årliga merkostnaden per individ för glutenfria produkter jämfört med vanlig kost från 120 kr (barn 6-11 mån) till 2 280 kr (pojkar 10-17 år). Detta är en ganska liten extra kostnad i relation till många andra merkostnader som individer drabbas av. Dock kan kostnaden bli kännbar för familjer med flera barn med sådant behov.

Förslag

En viss schablonersättning som täcker merkostnaden skulle kunna vara ett smidigare och rättvisare alternativ till förskrivningen. De individer som fått läkarintyg på att de är i behov av glutenfria livsmedel skulle ha möjlighet att handla dessa där de önskar. En sådan merkostnadsersättning skulle kunna utbetalas i form av kontantbidrag från Försäkringskassan efter ansökan som grundar sig på läkarintyg. På det viset fungerar idag vårdbidrag och tandvårdsbidrag.

Ett annat alternativ vore att låta hanteringen av kontantbidrag skötas av landstingen, på samma vis om vissa landsting redan idag utbetalar kontantbidrag för speciallivsmedel till individer från 16 år och uppåt. En fördel med sistnämnda ordning är att landstingen då fortsätter att ha kostnadsansvaret och detta blir därmed fortsatt kopplat till den bedömningen av behovet som görs av de medicinskt ansvariga för individen. Hälso- och sjukvården hanterar emellertid normalt inte kontantbidrag eller ersättningar till andra patientgrupper, med undantag för ersättning till vuxna

glutenallergiker och till levande donatorer. Den senare ersättningen är förnärvarande föremål för översyn pga. av att ersättningsfrågor inte hör hemma i hälso- och sjukvården som sådan och att kompetens saknas att göra erforderliga bedömningar. En annan utmaning är att samordna ersättningsnivån mellan landstingen. En viss reglering i form av riktlinjer från staten och/eller överenskommelser mellan landstingen skulle kunna koordinera bidragsnivån.

Mot bakgrund av Konsumentverkets beräkningar av merkostnader kan eventuellt ett kontantbidrag på upp till 2 000 kronor per år anses rimligt. Enligt uppgift uppskattas ca 1 procent av barn upp till 17 år diagnosticera med glutenintolerans. Det finns ca 1,9 miljoner barn i dessa åldrar, vilket ger ca 19 300 glutenintoleranta barn i riket. Tar alla dessa ut maximalt kontantbidrag skulle det kosta ca 38,5 mnkr. Av underlag från Region Skåne och Landstinget i Östergötland framgår att ca 0,5 procent av barnen upp till 16 år får glutenfria speciallivsmedel inom ramen för förmånssystemet. Den siffran skulle innebära en halvering av kostnaden, dvs. ca 19,3 mnkr. Eftersom merkostnaden är lägre vid lägre ålder finns det skäl att åldersdifferentiera kontantbidraget, vilket skulle leda till en ännu något lägre summa. Dessa uträkningar innebär att kostnaden, grovt uppskattat, skulle kunna hamna i samma storleksordning som förmånsvärdet för glutenintolerans är idag.

Laktosintolerans

Känslighet för laktos kan uppträda pga. medfödd laktasbrist, som primär laktosintolerans eller som sekundär laktosintolerans. Medfödd laktasbrist, dvs. brist på enzymet laktas som behövs för att bryta ned laktos, är ovanligt och medför att barnet inte tål bröstmjölk eller vanliga modersmjölkersättningar. Däremot är primär laktosintolerans, vilken utvecklas under uppväxten eller i vuxen ålder, ett normaltillstånd i större delen av världen med undantag för flertalet med etniskt ursprung i Norden. Tillfällig, eller sekundär, laktosintolerans kan uppkomma om tunntarmens slemhinna skadas av någon tarmsjukdom vilket i sin tur påverkar förmågan att bilda laktas. Tarmsjukdomar kan till exempel vara obehandlad glutenintolerans, inflammationer i tarmen eller parasitinfektioner. När sjukdomen behandlats och tarmskadan är läkt försvinner oftast laktosintoleransen. Livsmedel vid primär laktosintolerans är inte förmånsberättigade medan de vid medfödd och sekundär är det. Det anses inte finnas någon anledning att ändra detta.

Förslag

Laktosfria produkter finns numera, liksom glutenfria, i stort utbud i dagligvaruhandeln. Ovanstående diskussion angående kontantbidrag skulle därför kunna vara relevant även vid laktosintolerans. Dessutom är enbart vissa laktosfria produkter subventionerade pga. att det av praktiska skäl inte ansetts möjligt och rimligt för apoteken att tillhandahålla produkter som kräver kyl- eller frysförvaring. Dock är sekundär laktosintolerans ofta av övergående karaktär, vilket skulle tala för nuvarande ordning med förskrivning då det är aktuellt. Vidare är den medfödda

laktasbristen mycket ovanlig, vilket talar emot att en särskild ordning skulle införas enbart för detta tillstånd.

Åldersgränsen

Åldersgränsen för rätt till kostnadsreduktion för livsmedel är satt till under 16 år. Denna gräns sattes redan 1971 då möjligheten att använda licensförfarandet för läkemedel infördes som en lösning för att subventionera speciallivsmedel till barn. Olika åldersgränser gäller för olika bidrag och vård. Åldersgränsen för att få vårdbidrag sträcker sig från att barnet är nyfött till och med juni månad det år barnet fyller 19 år. Alla barn och ungdomar ska enligt tandvårdslagen (1985:125) kallas till regelbunden och fullständig avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 19. När det gäller läkemedel tillämpas högkostnadsskyddet gemensamt för flera barn under 18 år i gemensam vård. För sjukvård gäller olika regler och åldersgränser i olika landsting. Det som framför allt har lyfts fram i frågan om åldersgräns för förskrivning av speciallivsmedel inom förmånen är att ungdomar i många fall går kvar på barnklinik till dess de fyller 18 år.

Förslag

För att få en bättre överensstämmelse med andra områden där det finns en åldersgräns som ger en fördel eller förmån skulle åldersgränsen i lagen om läkemedelsförmåner kunna höjas till 18 år. Ett alternativ är att landstingen tar över ansvaret för speciallivsmedel till unga och själva beslutar om hur subventionssystemet ska utformas.

Endast läkare kan förskriva speciallivsmedel med subvention

Det är enbart läkare med viss specialistkompetens som är behörig att förskriva livsmedel. En återkommande synpunkt är att det är dietister som i praktiken bedömer om och vad ett barn behöver i form av speciallivsmedel. Själva förskrivningen som idag måste göras av läkare blir därför i många fall endast en formalitet. När det gäller läkemedel är receptbeläggning och därmed förskrivningskravet baserat på patientsäkerhet – det gäller produkter som inte bör användas annat än efter förskrivares rekommendation. Förskrivningsbegränsningen för speciallivsmedel till barn är däremot enbart förmånsteknisk. Produkterna som sådana säljs fritt och förskrivning/beställning till individer från 16 år och uppåt, inom landstingens egen hantering, görs såväl av läkare som av dietist och distrikts- eller specialistsjuksköterska, med viss skillnad mellan landsting.

Socialstyrelsen utredde 2006 vilka regler som ska gälla inom hälso- och sjukvården för ordination av speciallivsmedel och andra nutritionsprodukter. I rapporten konstaterades att kostnadsersättning för speciallivsmedel och andra nutritionsprodukter till barn och ungdomar under 16 år är särskilt reglerat. Vidare framgick av rapporten följande. Bedömning och ordination av speciallivsmedel och andra nutritionsprodukter är i övrigt ingen reglerad arbetsuppgift. För verksamheten finns istället krav i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem



för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (numera Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS 2011:9] om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Vårdgivaren skall enligt föreskriften ge direktiv och säkerställa att det finns ledningssystem som innehåller rutiner som säkerställer kvaliteten. Verksamhetschefen skall inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner. Detta innebär att verksamhetschefen utser vilka av hälso- och sjukvårdspersonalen inom verksamheten som skall ha rätt att ordinera speciallivsmedel och andra nutritionsprodukter. Socialstyrelsens slutsats var att ordinationsrätten inte bör detaljregleras. Verksamhetschefen får ta ställning till vilka av de enskilda yrkesutövarna som har tillräcklig kompetens och erfarenhet för att bedöma patientens medicinska behov.

En återkommande synpunkt är att det är dietister som i praktiken bedömer om och vad ett barn behöver i form av speciallivsmedel. Själva förskrivningen som idag måste göras av läkare blir därför i många fall endast en formalitet. Produkterna som sådana säljs fritt och förskrivning/beställning till individer från 16 år och uppåt, inom landstingens egen hantering, görs såväl av läkare som av dietist och distrikts- eller specialistsjuksköterska, med viss skillnad mellan landsting. Dietister har idag ingen författningsreglerad förskrivningsrätt på området.

Förslag

Dietister skulle kunna ges rätt att förskriva speciallivsmedel enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. Om det införs kan vissa begränsningar införas, t.ex. dietister inom den specialitet de är verksamma knuten till behandling av barn. Ett alternativ är att landstingen tar över ansvaret för speciallivsmedel till unga och själva beslutar om hur subventionssystemet ska utformas och vilka rutiner som ska gälla.

Snabbare uppdatering av förteckningen om speciallivsmedel

Läkemedelsverket upprättar en förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Denna förteckning återfinns i bilagan till Läkemedelsverkets föreskrifter om förskrivning av vissa livsmedel.

Sedan 2009 uppdateras förteckningen årligen, men eftersom det kontinuerligt introduceras nya produkter kan dessa ligga utanför förteckningen, och därmed sakna rätt till prisnedsättning i upp till nästan ett år. Detta problem skulle i stort sett kunna elimineras med möjlighet att kontinuerligt lägga till produkter. Dock är det opraktiskt att uppdatera en föreskrift alltför ofta.

Förslag

Ett alternativ till att lista livsmedlen i föreskriften är att bedöma och ge varje enskild produkt rätt till prisnedsättning i samband med att den anmäls. Detta skulle innebära visst merarbete för Läkemedelsverket jämfört med idag eftersom bedömningarna måste göras vid varje enskilt fall och man måste utfärda enskilda tillstånd. Med detta följer dessutom att beslutet går att överklaga. Förordningen anger endast att

Läkemedelsverket ska upprätta denna förteckning vilket de fortsättningsvis kan göra utan att lägga den som en del av föreskrifterna. Att införa en mer kontinuerlig hantering av livsmedelsförteckningen skulle inte påverka vilka livsmedel som kommer med på listan utan enbart att livsmedel ges möjlighet att komma med så snart de finns på marknaden. Några effekter på kostnader förutses inte.

Ett alternativ till en förteckning är att landstingen övertar ansvaret för speciallivsmedlen till barn och upphandlar produkterna. På så sätt kan landstingen i avtal med leverantörerna besluta om hur och när nya produkter ska tas in i landstingens livsmedelssortiment.

Kriterierna för bedömning av livsmedel behöver utvärderats

Läkemedelsverket inkluderar i förteckningen de livsmedel som uppfyller följande kriterier:

- Anmält till Livsmedelsverket som livsmedel för särskilda näringsändamål
- Sammansättning som helt eller delvis kan ersätta normal föda vid ett sjukdoms- eller bristtillstånd som återfinns bilaga 1 till förordningen om läkemedelsförmåner m.m.
- Fritt från vissa beståndsdelar i den föda som ersätts eller innehåller särskilt låga eller höga halter av ett eller flera näringsämnen
- Näringsriktigt
- Väsentligt dyrare än motsvarande normala livsmedel
- Möjligt och rimligt för apoteken att kunna tillhandahålla, dvs. inga frys- eller kylvaror

Dessa kriterier sattes upp för lång tid sedan och grundas bland annat på förarbetena till den numera upphävda lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m.m.: ”En förutsättning för att ett specialdestinerat livsmedel ska kunna erhållas med prisnedsättning bör vara att det har en sådan sammansättning att det vid ett visst sjukdoms- eller bristtillstånd helt eller delvis kan ersätta normal föda. Det ska vara fritt från vissa beståndsdelar i den föda som ersätts eller innehålla särskilt låga eller höga halter av ett eller flera näringsämnen. Produkterna måste vara näringsriktiga. Vidare bör endast produkter som är väsentligt dyrare än motsvarande normala livsmedel komma i fråga för prisnedsättning ” (prop.1978/79:118 om ändring i läkemedelsförordningen m.m.). Det sista nämnda kriteriet, som exkluderar frys- och kylvaror, har lagts till av praktiska skäl.

Att en produkt ska vara väsentligt dyrare än motsvarande normala livsmedel kan verka rimligt för att merkostnaden ska ersättas. Men utan någon bedömning eller reglering av prissättningen finns det risk för att det sätts högre priser på produkterna än motiverat, helt enkelt bara för att få med dem på förteckningen.

Förslag

Mot den beskrivna bakgrunden finns det behov av en översyn av kriteriet. Ett alternativ till att lista livsmedlen i en föreskrift är att bedöma och ge varje enskild produkt rätt till prisnedsättning i samband med att den anmäls till en myndighet. Detta kan kombineras med någon sorts priskontroll, t.ex. genom att en myndighet får ansvar för detta. Ett alternativ är att landstingen ges möjlighet att upphandla produkterna. Därigenom kan landstingen ställa erforderliga krav på produkterna, samtidigt som en priskontroll erhållas.

Ansvar för bedömning av vilka produkter som är förmånsberättigade

Läkemedelsverket har inte ansvar för några andra frågor när det gäller livsmedel förutom just rätten till prisnedsättning för vissa speciallivsmedel till barn > 16 år. Däremot har man ett brett ansvar för läkemedel, dock inte för förmånsfrågorna som istället ligger hos TLV. I ett förändrat system skulle TLV kunna ha det totala ansvaret för vad som ska omfattas av förmånen enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m., där det redan är inkluderat vissa andra varor förutom läkemedel.

Idag sker ingen bedömning av kostnadseffektiviteten eller kontroll av priserna för speciallivsmedel, vilket innebär att prissättningen är fri med risk att kostnaderna för förmånen blir högre än vad som är motiverat. Detta hävdas också vara fallet för produkter som finns både på apotek och i livsmedelshandeln.

Förslag

En överföring av ansvaret för förmånsbedömningar av speciallivsmedel till TLV vore eventuellt möjligt, likaså att låta detta omfatta en priskontroll av varorna. Dock måste kostnaden för de resurser som skulle krävas för att kontrollera priserna på speciallivsmedel vägas mot den totala kostnaden för denna förmån.

Subventionering av andra hjälpmedel och varor som patienter behöver inom hälso- och sjukvården, inklusive speciallivsmedel till individer från 16 år och uppåt, ombesörjs i stor utsträckning direkt av landstingen. Priserna kan då i någon mån kontrolleras via upphandling. Ett motsvarande system för speciallivsmedel till barn < 16 år skulle kunna vara möjligt.

Egenavgiften har inte utvärderats på mycket lång tid

Enligt lagen om läkemedelsförmåner har den som är under 16 år rätt till reducering av sina kostnader för inköp av sådana livsmedel för särskilda näringsändamål som förskrivits av läkare med det belopp som vid varje inköpstillfälle överstiger 120 kronor. Mängden livsmedel per expedition får motsvara högst 90 dagars förbrukning.

Bestämmelsen som reglerar kostnadsreducering för speciallivsmedel ändrades år 1992, och gränsen på 120 kr infördes troligen då. Enligt vissa uppgifter ska denna gräns ha funnits redan tidigare, enligt andra ska det ha varit reglerna för läkemedelskostnader som då även gällt livsmedel. Oavsett exakt tid för införandet har nivån på kostnaden som patienten själv får betala vid varje tillfälle legat stilla under

mycket lång tid, vilket innebär att individen i realiteten betalat allt mindre för sina speciallivsmedel. Enligt SCB:s prisomräknare skulle 120 kr 1992 motsvara 162 kr idag. Egenavgifterna för speciallivsmedel uppgick totalt till 9,1 mnkr 2013 och de totala kostnaderna exklusive moms för varor som förskrivs inom ramen för förmånen uppgick till 198 mnkr. Den genomsnittliga egenandelen var därmed 4,6 procent 2013. Över tid har patienternas andel av de totala kostnaderna fallit, från en nivå på 8,4 procent 2000.

Summan som betalas av individen själv är densamma oavsett om speciallivsmedlen helt eller endast delvis ersätter normal föda och oavsett ålder. Det innebär att omfattningen av och värdet på förmånen varierar mycket mellan individer. Den totala lägsta årliga summa som individen kan få betala för förskrivna livsmedel blir 480 kr (120 kr per 90 dagar), vilket är en mycket låg kostnad om det gäller barnets hela näringsbehov.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen (BP 2015) att de avser genomföra en reform som medför att receptbelagda läkemedel inom läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för barn och ungdomar under 18 år. Detta gäller även de barn och ungdomar som är asylsökande samt vissa av dem under 18 år som vistas i Sverige utan tillstånd.¹¹ Reformen införs den 1 juli 2015. För ändamålet avsätts 200 miljoner kronor för 2015 och 410 miljoner kronor per år permanent fr.o.m. 2016.

Förslag

För att bättre anpassa ersättningen till individens faktiska merkostnad har det redan tidigare (Mat som medicin, SOU 1999:114) föreslagits en trappa med fyra avgiftsnivåer beroende på om speciallivsmedlen motsvarar upp till 25 procent, 50 procent, 75 procent respektive 100 procent av det totala energibehovet. Vid fullt beroende av speciallivsmedel skulle egenavgiften motsvara kostnaden för normalkost. Även en differentiering baserat på ålder skulle kunna övervägas. Vid subventionering av livsmedel till individer från 16 år och uppåt använder flertalet landsting redan någon slags differentiering, vanligen uppdelat på full respektive partiell nutrition och kosttillskott. Det betyder att redan idag görs bedömningar av hur stor del av kosten speciallivsmedlen motsvarar och i dessa landsting skulle det inte innebära någon ny arbetsuppgift att hantera detta på samma vis även vid förskrivning till barn under 16 år.

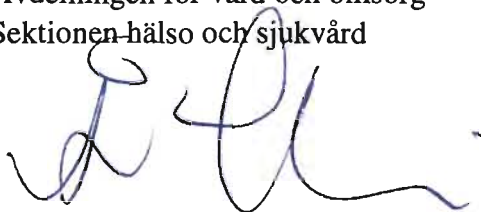
Det finns flera alternativa höjningar av egenavgiften. Ett är att räkna upp avgiften med prisbasbeloppet. Då ökar uttagsavgiften från 120 till 170 kronor. Det vore sannolikt mest lämpligt att göra en analys från grunden av vad som är rimlig egenavgift idag. I det bör kostnad för normalkost för olika åldrar vägas mot hur stor del av kosten som måste ersättas av speciallivsmedel. Dessutom bör en differentiering av egenavgiften övervägas. En differentiering i olika nivåer skulle innebära en större kostnad än idag för de individer där speciallivsmedlen står för en större del av det totala energibehovet, men skulle vara bättre anpassad till den faktiska merkostnaden.

Förslagsvis borde det för egenavgiften ske en löpande indexering som följer prisbasbeloppet enligt samma metod som används för läkemedel och sjukvård.

Ett alternativ är att landstingen får överta ansvaret för speciallivsmedlen till barn och upphandlar produkterna. Om det sker så måste det även fastställas om egenavgiften ska vara densamma i alla landsting. Kopplingen till regeringens reform om kostnadsfria läkemedel för barn bör tydliggöras.

Synpunkter på förslagen bör vara SKL tillhanda **senast den 12 februari 2015**, svaren mailas till info@skl.se ange diariennr. 14/6115.

Sveriges Kommuner och Landsting
Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen hälso och sjukvård



Åsa Himmelsköld

Patientsäkerhetsenheten
Region Jämtland Härjedalen
Micael Widerström, Smittskyddsläkare
E-post: micael.widerstrom@regionjh.se
Maria Omberg, Verksamhetschef
maria.omberg@regionjh.se

2015-01-11

Dnr RS/70/2015
Dnr 3.2-43028/2014

Socialstyrelsen
Smittskydd
Avdelningen för kunskapsstyrning
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se

Remissvar Dnr 3.2-43028/2014: Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Förslag till myndighetsövergripande handlingsplan

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på de förslag till samverkan mellan myndigheter i arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner som föreslås i handlingsplanen. Särskilt positivt är att framtagandet av handlingsplanen vittnar om ett djup och äkta engagemang från alla deltagande myndigheter och organisationer.

Som konstateras i handlingsplanen har mycket kunskap redan tagits fram och, med detta som utgångspunkt, pågår sedan flera år ett framgångsrikt arbete både på lokal och regional nivå mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner (VRI). Det krävs dock ett fortsatt kontinuerligt arbete och dessutom resurser för att detta arbete och kunskap ska få fullt genomslag ut i organisationerna, oavsett vilken huvudman som är ansvarig för vården. Detta konstateras också under rubriken ”förutsättningar för framgångsrikt arbete” (sidan 17): ”en viktig förutsättning är att det goda arbete som redan görs har mandat och resurser att fortsätta”. För att uppnå full effekt av de föreslagna målen och åtgärder krävs alltså tillgång till kompetens och resurser så att arbetet och kunskapen kan genomsyra hela organisationen.

Målområde 2, *Tillräcklig kunskap och kompetens hos alla berörda för att kunna förebygga och hantera smittspridning och antibiotikaresistens* är grundläggande förutsättning för att övriga målområden.

För att förändring ska komma till stånd krävs att det från högsta ledningsnivå till den enskilde medarbetaren finns kunskap och kompetens, oavsett profession och år i yrket. Det är också av central betydelse med fortsatt samhällsinformation kring när antibiotika verkligen gör nytta. Detta bör formuleras och distribueras via nationella myndigheter.

Målområde 3 är ett område vilket fokuserar på att *vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer ska minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention*. På sidan 49-50 beskrivs viktiga föreskrifter som sedan flera år redan är på plats för att förebygga VRI. Följsamheten till nedan beskrivna föreskrifter framhålls som grundläggande i det förebyggande arbetet mot vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens.

- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien i hälso- och sjukvården m.m. som anger tydliga krav på klädsel och handhygienrutiner för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) om att arbetsgivaren ska vidta förebyggande åtgärder mot smittrisker i arbetsmiljön.
- Socialstyrelsen har föreskrifter (SOSFS 2008:1) om vikten av att hygienrutiner för användning och skötsel av medicinsk teknisk utrustning är av stor betydelse i det infektionsförebyggande arbetet vid användningen av medicinska produkter i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete där det framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ha ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. En välfungerande vårdstruktur är alltså ytterligare en förutsättning att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning.

Sveriges Kommuner och Landstings patientsäkerhetsatsning 2010-2014 har tydligt visat på att följsamheten till dessa föreskrifter är bristfällig. Det finns skäl att anta att efterlevnaden till föreskrifterna samt tillgång till vårdhygienisk kompetens är än mer bristfällig inom icke landstingsdriven vård. Dessutom konstateras på sidan 49 att städning och desinfektion ska ske på ett sådant sätt att risken för smittspridning via miljö och material minimeras. Städning i vårdlokaler har tidigare inte betraktas som en patientsäkerhetsfråga. Studier visar dock att en hög städkvalitet kompletterar en god handhygien i arbetet att förebygga smittspridning av vårdrelaterade infektioner. Tyvärr saknas till stora delar åtgärder (sidan 32) som syftar till att stärka och säkerställa följsamheten till dessa föreskrifter (dvs. till den kunskap och erfarenhet som redan finns). Här behövs tydliga förslag på åtgärder för att tydliggöra och säkerställa det viktiga primärpreventiva arbetet mot antibiotikaresistens och VRI.

På sidan 23 beskrivs att övervakning redan sker vad gäller förekomst av resistent bakterier, antibiotikaanvändning och, inom vård och omsorg, också av vårdrelaterade infektioner. Insiktsfullt noteras att ”avgörande för att övervakningen ska tillföra något positivt är att den är förenad med en klarsynt analys, och att analysen sedan leder till att adekvata åtgärder vidtas.” Beklagligtvis saknas information om vem och på vilket sätt analysen ska tas fram och inte minst hur det säkerställs att adekvata åtgärder vidtas inom respektive organisation. Utifrån detta perspektiv är det särskilt oroande, vilket beskrivs i ett bakgrundsavsnitt på sidan 37 utanför själva handlingsplanen, att tillgång till mikrobiologisk och vårdhygienisk kompetens är hotad. Tyvärr ligger dessa helt grundläggande kompetensförsörjningsfrågor utanför ansvarsområdena för de myndigheter vilka arbetat fram handlingsplanen. Därigenom reses stora frågetecken för hur alla goda mål och åtgärder som föreslås i handlingsplanen ska kunna genomföras och inte minst implementeras och upprätthållas i organisationerna.

Även om handlingsplanen bekräftar att det finns ett stort engagemang och behov av samverkan mellan de ansvariga myndigheterna och organisationerna, riskerar den akuta bristen på mikrobiologisk och vårdhygienisk kompetens allvarligt försvåra såväl förmågan att upprätthålla det redan påbörjade arbetet som möjligheten att ta sig an nya

angelägna arbetsuppgifter i den viktiga och brådskande kampen mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS REGIONSTYRELSE

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Smittskydd
Avdelningen för kunskapsstyrning

Remissinstanser enligt sändlista

Remiss: Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner Förslag till myndighetsövergripande handlingsplan

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med Jordbruksverket initiera och ansvara för en nationell samverkansfunktion för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Uppgiften handlar om att stödja en regelbunden och sektorsövergripande samverkan mellan alla aktörer som är involverade i arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

I uppdraget ingår även att ta fram en tvärsektoriell handlingsplan. Ett förslag till en sådan handlingsplan har nu utarbetats. De ingående myndigheterna och organisationerna som har medverkat i arbetet är: Arbetsmiljöverket, eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet Formas, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Havs- och vattenmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Jordbruksverket, Kemikalieinspektionen, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Länsveterinärföreningen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Naturvårdsverket, Smittskyddsläkarföreningen, Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Sveriges kommuner och landsting, Vetenskapsrådet och Vinnova.

Synpunkter på planen märks med Dnr 3.2-43028/2014 och skickas till socialstyrelsen@socialstyrelsen.se senast **den 16 januari 2015**.

Vid frågor går det bra att kontakta Kristina Careborg tel. 075 247 41 28 kristina.careborg@socialstyrelsen.se

Bilagor

1. Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner - Förslag till myndighetsövergripande handlingsplan
2. Sändlista



Helena Norling
T.f. enhetschef

Antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner

**Förslag till myndighetsövergripande
handlingsplan**

REMISSVERSION

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	Läggs in i större rapporter som ska vara maximalt sökbara. Du får ISBN-numret av produktionsledaren.
Artikelnummer	Har de flesta rapporter. Du får artikelnumret av produktionsledaren.
Omslag	Om formgivet omslag
Foto	Om det finns foton i rapporten
Sättning	Om sättning gjorts externt
Tryck	Tryckeri, ort, månad årtal, alt. om den publicerats på webbplatsen

Förord

Enligt ett regeringsbeslut (S21010/7655/FS) ska Socialstyrelsen, i samverkan med Jordbruksverket, utarbeta en tvärsektoriell handlingsplan för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Detta dokument innehåller en handlingsplan med mål och angelägna åtgärder för myndigheternas arbete. Förutsättningar för att dessa mål ska kunna uppnås beskrivs i ett eget avsnitt. Det handlar dels om att de aktiviteter som initierats och pågår måste fortsätta, både inom och utanför landet, dels att mycket av det viktiga arbete som görs, och måste fortsätta göras, bedrivs av andra än myndigheterna själva. Ett effektivt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner kan inte bedrivas utan andra aktörer på nationell, regional och lokal nivå.

I ett särskilt avsnitt lyfts också frågan om kunskapsutveckling och kompetensförsörjning, som är en grundläggande fråga för ett effektivt arbete både hos myndigheter och hos andra aktörer.

Handlingsplanen har utarbetats i nära samarbete med den samverkansgrupp som är knuten till samverkansfunktionen för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. De ingående myndigheterna och organisationerna som har medverkat i arbetet är: Arbetsmiljöverket, eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet Formas, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Havs- och vattenmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Jordbruksverket, Kemikalieinspektionen, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Länsveterinärföreningen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Naturvårdsverket, Smittskyddsläkarföreningen, Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Sveriges kommuner och landsting, Vetenskapsrådet och Vinnova.

Lars-Erik Holm

Leif Denneberg

Generaldirektör

Generaldirektör

Socialstyrelsen

Jordbruksverket

REMISSVERSION

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Begrepp och förkortningar	9
Inledning	13
Förutsättningar för framgångsrikt arbete	17
Miljö	17
Djur och livsmedel	18
Människa	20
Handlingsplan för nationella myndigheter	22
Målområde 1	22
Målområde 2	22
Målområde 3	22
Målområde 4	23
Målområde 5	23
Målområde 6	23
Sektorsövergripande insatser	23
Miljö	25
Djur och livsmedel	28
Människa	31
Bakgrund till föreslagna åtgärder	36
Internationellt arbete	36
Kunskap och kompetens	36
Miljö	37
Djur och livsmedel	45
Människa	49
Forskning och innovation	56
Referenser	59
Litteraturlista	60

REMISSVERSION

Sammanfattning

Snabba förändringar ställer krav på en alltmer utvecklad beredskap för att bevara antibiotika som verksamma läkemedel. Tydliga tecken finns på att de resistenta bakterierna kan röra sig över både art- och landsgränser. Samtidigt ökar kunskapen om vår yttre miljö som en möjlig reservoar för resistens och en väg för spridning. Sammantaget krävs insatser som förutsätter ett breddat och fördjupat samarbete över sektorsgränser, såväl globalt och nationellt som regionalt och lokalt – det som ofta kallas ett *one health perspective*.

Bördan av problemen med antibiotikaresistens vilar tyngst på hälso- och sjukvården, och dess patienter. Oavsett sektor har vi ett gemensamt intresse av att såväl förebygga som hantera resistensutveckling och smittspridning. Ett tjugotal myndigheter har, under Socialstyrelsens och Jordbruksverkets gemensamma ledning, bidragit till framtagandet av denna handlingsplan, vilken visar på denna breddning av engagemang och arbete.

Planen avgränsas till de nationella myndigheternas arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Här anges uppsatta mål, men även en lista på konkreta åtgärder. Samtidigt finns en beskrivning av det faktum att uppnåendet av målen beror av en mängd förutsättningar. Det gäller bl.a. det stora, fortlöpande arbetet som görs av andra än de centrala myndigheterna, och en god samverkan med dessa aktörer, såväl nationellt som lokalt och regionalt. För att nya satsningar ska bli framgångsrika krävs att redan uppbyggda, effektiva strukturer och arbetsformer – såväl på riks- och myndighetsnivå som lokalt – har fortsatt bärkraft.

Handlingsplanen behandlar sex gemensamma målområden, som har valts med strävan att de ska vara relevanta för flera av de ingående myndigheternas verksamhet:

- Svenska aktörer är aktiva i internationellt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner; särskilt betonas betydelsen av sektorsövergripande samverkan såväl nationellt som inom EU och internationellt.
- Tillräcklig kunskap och kompetens hos alla berörda för att kunna förebygga och hantera smittspridning och antibiotikaresistens.
- Vårdrelaterade infektioner, samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer, minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.
- Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.
- Tillgången till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.
- Utvecklingen av och tillgången till optimal diagnostik och effektiv behandling av bakteriella infektioner säkerställs.

Uppsatta mål och konkreta åtgärder för varje målområde presenteras tvärsektorielt samt utifrån sektorerna *miljö, djur och livsmedel* samt *människa*.

Ett annat fokusområde för att minska riskerna för vårdrelaterade infektioner, smittspridning och resistensutveckling är tillgången till adekvat kompetens, på alla nivåer. Större delen av utbildningsfrågor och kompetensförsörjning ligger dock utanför ansvarsområdena för de myndigheter vilka ingår i den svenska samverkansfunktion, vilken har utarbetat denna handlingsplan. Dessa centrala förutsättningar behandlas därför i ett separat kapitel, utanför själva handlingsplanen.

Vad gäller myndigheternas kommunikation inom landet har en gemensam kommunikationsstrategi utformats parallellt med planen.

REMISSVERSION

Begrepp och förkortningar

Avvikelsehantering	Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsakerna, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna.
Beredskapslager	Lager/förråd av varor för att klara samhällets behov vid kriser och i krig. Beredskapslager byggs upp i fredstid.
Biocid	En biocidprodukt definieras i miljöbalken (1998:808) som ett kemiskt eller biologiskt bekämpningsmedel som är avsett att förebygga eller motverka att djur, växter eller mikroorganismer, däribland virus, orsakar skada eller olägenhet för människors hälsa eller skada på egendom. Exempel på biocidprodukter är träskyddsmedel, myggmedel, råttbekämpningsmedel och båtbottnfärger.
Codex Alimentarius	Codex Alimentarius Commission (CAC) är en mellanstatlig organisation som bildats av FN-organen FAO och WHO i syfte att ta fram internationella regler – standarder – för säkra livsmedel, redlighet i livsmedelshanteringen och frihandel med livsmedel. Det regelverk som standarderna samlats i kallas Codex Alimentarius.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control. Den europeiska smittskyddsmyndigheten.
EFSA	European Food Safety Authority. Den europeiska livsmedelssäkerhetsmyndigheten.
EMA	European Medicines Agency. Den europeiska läkemedelsmyndigheten.
ESBL	Tarmbakterier vilka kan bilda speciella enzymer, s.k. <i>extended spectrum betalactamases</i> , som ger bakterierna en utökad resistens mot antibiotika. ESBL är samlingsnamn för fler än 500 olika enzymer, som gör s.k. betalaktamantibiotika verkningslösa..
ESBL _{CARBA}	ESBL-enzym som bryter ned carbapenemer och därmed är resistent mot den sortens antibiotika som används för att behandla infektioner av ESBL-producerande bakterier.

ESVAC	European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption
IMI	The Innovative Medicines Initiative
Infektionsverktyget	Ett system för uppföljning och optimering av antibiotikaanvändning som byggs upp och förvaltas av Sveriges Kommuner och Landsting.
MIRA	Ett pågående projekt på Folkhälsomyndigheten med syfte att ta fram förslag på mått, indikatorer eller studier för att kunna mäta, analysera och följa antibiotikaförskrivningens kvalitet avseende eventuell över- och underförskrivning på ett tillfredställande sätt. Projektet inkluderar att identifiera lämpliga källor och metoder samt att ge förslag på vad som i första hand ska prioriteras.
MRSA	Meticillinresistent <i>Staphylococcus aureus</i> (SA), hudbakterier med resistens mot den typ av antibiotika som är förstahandsval vid behandling av infektioner orsakade av SA.
MRSP	Meticillinresistent <i>Staphylococcus pseudintermedius</i>
OIE	Office International des Epizooties. Världshälsorganisationen för djur
SCENIHR	Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. EU:s vetenskapliga kommitté för uppkommande och nyligen identifierade hälsorisker.
Strama	Strategigruppen för rationell antibiotikabehandling och minskad antibiotikaresistens. Riksspännande nätverk, vilket bildades 1995 av Socialstyrelsen, Referensgruppen för Antibiotikafrågor (RAF), dåvarande Smittskyddsinstitutet (SMI) och Läkemedelsverket, som ett svar på en snabb ökning i Skåne av pneumokockbakterier med nedsatt penicillinkänslighet.
Svarm	Svensk Veterinär Antibiotika Resistens Monitorering. En Svarm-rapport publiceras årligen tillsammans med en årsrapport från Swedres.
Swedres	Swedish Antibiotic Utilisation and Resistance in Human Medicine. En Swedres-rapport publiceras årligen tillsammans med en årsrapport från Svarm.
Svebar	Svensk Bevakning av Antibiotika Resistens. Alla odlingsresultat från anslutna laboratorier överförs dagligen automatiskt till ett IT-system

	som hanteras av Folkhälsomyndigheten. Detta möjliggör tidig varning för allvarlig antibiotikaresistens jämte en fortlöpande och omfattande resistensövervakning, både lokalt och nationellt.
Säkerhetslager	Den del av ett lager/förråd som är en buffert för att bevara leveransförmågan vid oväntade leveransförseningar eller oväntad försäljningsökning. Ju oftare ett varuflöde påverkas av leveransproblem eller desto mer efterfrågan fluktuerar desto större bör säkerhetslagret vara.
Vardagsförsörjning	Den dagliga tillförseln av varor eller materiel, t.ex. av läkemedel till apotek för att klara den normala efterfrågan.
WHO	World Health Organisation. Världshälsoorganisationen, är ett fackorgan inom FN.
Zoonos	Zoonoser är infektioner som kan överföras mellan djur och människa genom direktkontakt, indirekt via livsmedel, miljö (t.ex. vatten och jord), eller via vektorer som myggor och fästingar.

REMISSVERSION

Inledning

Tillgång till effektiv antibiotikabehandling är avgörande för en stor del av dagens hälso- och sjukvård. Antibiotika är läkemedel som först användes som behandling vid livshotande sårinfektioner, ofta krigsskador, och som revolutionerade prognosen vid lunginflammationer och tuberkulos. Senare har tillgången till verksamma antibiotika blivit en förutsättning för att förebygga infektioner vid protesoperationer, liksom många andra kirurgiska ingrepp, och för att behandla infektioner inom intensivvården (inklusive för tidigt födda barn) samt hos personer med cancerbehandling och andra orsaker till nedsatt infektionsförsvar.

Antibiotika är också centrala läkemedel inom öppenvården, där över 60 procent av all antibiotika inom svensk humanmedicin förskrivs. Antibiotika används för att behandla öroninfektioner, halsfluss, urinvägsinfektioner, rosfeber, klamydia, borrelia m.m. För att rätt kunna hantera alla dessa infektioner krävs riktlinjer för vilket läkemedel som ska användas, med vilken dosering, dosintervall och behandlingstid, men också vägledning om när användning av antibiotika inte är den bästa behandlingen.

Infektioner som kräver behandling med antibiotika förutsätter att dessa essentiella läkemedel finns tillgängliga, så att behandlingen snabbt kan initieras, både vid akut livshotande tillstånd och för att minska risken för smittspridning.

Utveckling och spridning av antibiotikaresistens urholkar effekten av antibiotika. Det finns nästan inga studier på ett övergripande plan av vilka konsekvenser antibiotikaresistens har för hälsa, välfärd, miljö eller ekonomi. Det är dock tydligt att antibiotikaresistens innebär betydande kostnader för samhället och ökat lidande för stora patientgrupper. Det har bl.a. gjorts en uppskattning att antibiotikaresistens under 2007 orsakade 25 000 extra dödsfall inom EU.

Generellt sett håller våra nuvarande antibiotika på att förlora sin effekt genom resistensutvecklingen hos bakterierna. En av lösningarna på sikt är att nya antibiotika tas fram och eventuellt att det utvecklas andra sätt att hantera svåra bakteriella infektioner. Detta är en lång och svår process, som till stor del måste lösas i internationell samverkan. Under tiden måste vi förlänga livslängden på befintliga antibiotika genom att hushålla med dem. Det mesta av innehållet i denna plan har det syftet.

Exempel på antibiotikaresistens hos människor är penicillinresistens hos *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), meticillinresistens hos *Staphylococcus aureus* (MRSA), resistent tuberkulosbakterier och multiresistens hos *Neisseria gonorrhoeae* (gonokocker). Resistensutvecklingen har under senare år varit särskilt oroande för gramnegativa tarmbakterier som producerar ESBL, där ökningen var 13 procent 2012–2013. Särskilt oroande är att det runtom i världen rapporterats allt fler fall av ESBL_{CARBA}. Flertalet av de personer som har diagnostiserats med ESBL_{CARBA} i Sverige har blivit smittade utomlands. Omvärlden gör sig alltså påmind. Fortfarande är dock situationen i Sverige mer gynnsam än i omvärlden, men graden av antibiotikaresistens ökar även här.

Antibiotikaresistens utgör ett särskilt hot inom vård och omsorg, där det samlas många personer med nedsatt infektionsförsvar och där det finns patienter med infektioner som ofta kräver antibiotikabehandling. Därför är det nödvändigt med bra rutiner som gör det möjligt att följa läget i dessa miljöer för att snabbt kunna agera och förebygga smittspridning.

Sedan slutet av 1990-talet har vi sett flera stora vårdrelaterade utbrott av infektioner orsakade av antibiotikaresistenta bakterier. Under 2013 rapporterades ca 30 utbrott av MRSA, varav drygt hälften på sjukhus. Totalt ökade antalet rapporterade MRSA-fall i landet med 17 procent mellan 2012 och 2013, mest bland personer upp till 40–45 år och de flesta hade smittats i samhället och ofta utomlands. Allt oftare ses alltså att smittspridningen sker utanför vården, men det är framför allt hälso- och sjukvården, och dess patienter, som tyngs av problemen med antibiotikaresistens.

Det finns utbrott med resistent bakterier beskrivna både inom humanvården och veterinärvården. För att framgångsrikt arbeta med att förebygga antibiotikaresistens behövs ett smittförebyggande arbete med goda hygienrutiner, samt kunskap om hur vårdrelaterade infektioner förebyggs. Arbetet med att motverka smittspridning och vårdrelaterade infektioner är därmed en hörnsten i arbetet med att motverka resistens. Resistent bakterier kan, när de orsakar en vårdrelaterad infektion, göra infektionen betydligt svårare att behandla med antibiotika. Inom humanmedicin är vårdrelaterade infektioner en av de vanligaste vårdskadorna. Nästan var 10:e patient i slutenvården i Sverige drabbas, enligt återkommande prevalensmätningar. Vårdrelaterade infektioner orsakar därmed inte bara ett lidande för de patienter som drabbas, utan även ökade kostnader för vården.

Även djur kan få bakterieinfektioner som kan vara dödliga om de inte behandlas, t.ex. lunginflammationer och blodinfektioner. Andra infektioner kan vålla stort lidande, t.ex. ledinfektioner. Vården av hästar, hundar och katter är idag mycket avancerad och tillgång till effektiva antibiotika kan vara en förutsättning för ett lyckat resultat, precis som inom humanmedicinen.

De direkta konsekvenserna av antibiotikaresistens är störst inom vård och omsorg, men problemen och dess orsaker berör inte bara människa utan i hög grad också djur och miljö. Beräkningar har uppskattat att de direkta kostnaderna för antibiotikaresistens bara utgör ca en fjärdedel av totalkostnaden för samhället. Förståelsen har ökat för betydelsen av att det sker en samordning av arbetet mot antibiotikaresistens inom olika sektorer och av olika aktörer. Ett *one-health*-perspektiv är mycket viktigt, såväl nationellt som internationellt. Det återspeglas också i den verksamhet som pågår inom EU och internationella organisationer som WHO, FAO och OIE.

Sett ur ett internationellt perspektiv är läget i Sverige när det gäller förekomsten av antibiotikaresistens också gynnsamt inom djurhållningen och antibiotikaanvändningen hos livsmedelsproducerande djur i Sverige är lägre än i många andra EU-länder. De bakterier som orsakar sjukdom hos djur kan oftast behandlas med de antibiotika som i första hand rekommenderas. Resistensläget blir dock gradvis sämre och resistent bakterier som MRSA, meticillinresistent *Staphylococcus pseudintermedius* (MRSP) samt tarmbakterier som bildar ESBL har påvisats hos olika djurslag i Sverige under de senaste tio åren. Vanligast är ESBL-bildande tarmbakterier hos slaktkyckling. Studier har visat att smittan har introducerats till Sverige med införda

avelsdjur. Detta illustrerar hur förekomsten av resistenta bakterier kan spridas över landsgränserna. MRSA påvisades första gången hos djur i Sverige 2006 och till och med 2013 har totalt 60 fall rapporterats. Av dessa är flertalet fall hos hund eller häst. Särskilda regler gäller för hantering av upptäckta fall av MRSA hos häst, hund och katt.

Användningen av antibiotika hos människor och djur påverkar bakterieflo-
ran i miljön. Bakterier finns överallt, hos människor och djur, på växter och livsmedel, samt i mark och vatten. Troligen pågår ett kontinuerligt utbyte av bakterier och bakteriegener mellan olika ekologiska miljöer. Samtidigt kan antibiotika och andra aktiva substanser spridas genom avrinning och avlopp, vilket kan tänkas påverka resistensutveckling. Det är dock först de senaste åren som medvetenheten har ökat om hur viktigt det totala ekosystemet är för spridningen av antibiotikaresistens. I t.ex. vattenmiljöer finns både bakterier, resistensgener och olika typer av biocider och i dessa miljöer kan det ske en överföring av resistensgener mellan olika bakteriestammar.

Sammantaget är användning och överanvändning av antibiotika förmodligen bland de viktigaste orsakerna till den ökande resistensutvecklingen, men till den utvecklingen kan även antibakteriella ämnen bidra, såsom desinfektionsmedel och övriga biocidprodukter, liksom tungmetaller och spårämnen, som zink och koppar.

Bakterier kan transporteras med människor, djur, växter och varor över gränserna. Så har skett med ESBL-bildande tarmbakterier och det visar att den ökande globaliseringen påverkar även de resistensmönster som vi ser här.

Sektorsövergripande handlingsplan för nationella myndigheter

Insikten om behovet av ett ökat sektorsövergripande arbete ledde till uppdraget att skapa en nationell samverkansfunktion. Med det följde uppdraget att ta fram en sektorsövergripande handlingsplan för nationella myndigheters arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Det övergripande målet för den här handlingsplanen är, liksom tidigare, att bevara möjligheten till en effektiv behandling av infektioner hos människor och djur. Planen är tvärspektoriell och bygger vidare på tidigare arbeten inom humanmedicin respektive djur- och livsmedelssektorn.

Miljösektorn utgör en ”nyare” sektor inom antibiotikaresistensområdet. Denna sektor ges därför extra utrymme i handlingsplanen, med syfte att synliggöra och öka förståelsen för det arbete som pågår. Förutom en utförligare bakgrunds- och problembeskrivning placeras miljösektorn först i handlingsplanen, följt av djur- och livsmedelssektorn och slutligen humansektorn.

Handlingsplanen behandlar sex gemensamma målområden med uppsatta mål och konkreta åtgärder under varje målområde. Målområdena 1 och 2 presenteras tvärspektoriellt och målområdena 3, 4 och 5 presenteras sektorsvis.

Efter själva planen följer också en något fördjupad bakgrund till de olika sektorernas arbete inom de olika målområdena.

Utbildningsfrågor och kompetensförsörjning ligger utanför ansvarsområdena för de myndigheter vilka utarbetat denna handlingsplan och som ingår i

den svenska samverkansfunktionen. Dessa centrala förutsättningar behandlas därför i ett separat kapitel, utanför själva handlingsplanen.

Handlingsplanen är avgränsad till nationella myndigheters verksamhet och fokuserar huvudsakligen på åtgärder utöver det som redan görs. Arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner utförs även av många aktörer utanför den nationella myndighetssfären. Dessa insatser är viktiga förutsättningar för att målen i planen ska nås. En väl fungerande samverkan mellan myndigheter och relevanta aktörer på nationell, regional och lokal nivå är därför avgörande.

REMISSVERSION

Förutsättningar för framgångsrikt arbete

Handlingsplanen berör de *nationella myndigheternas* arbete mot antibiotika-resistens och vårdrelaterade infektioner.

För att effekten ska bli den önskade – att det även fortsättningsvis finns möjlighet att effektivt behandla bakteriella infektioner – förutsätts att det arbete och den verksamhet som bedrivs, såväl nationellt som på regional och lokal nivå, fortgår och utvecklas.

Stora insatser görs inom hälso- och sjukvården för människor, inom hälso- och sjukvård för djur och i djurhållningen. Det gäller myndigheter likväl som andra aktörer – privata som offentliga – och det har upprepats under denna plans framtagande att ”en viktig förutsättning är att det goda arbete som redan görs har mandat och resurser att fortsätta”.

En annan förutsättning för ett effektivt arbete framöver är att en del kunskapsluckor fylls ut. Den forskning som pågår inom området behöver fortsätta, och ny behöver komma till. Detta är särskilt tydligt inom miljösektorn, vars betydelse i resistenssammanhang vi först nu börjar komma till insikt om. Det finns t.ex. mycket som inte är klarlagt om mekanismerna för resistensutveckling och spridning, och utan en ökad kunskap kan inte motåtgärder väljas optimalt.

En viktig förutsättning för ett effektivt arbete på många plan är en god tillgänglighet till data över antibiotikaförsäljning, men efter omregleringen av den svenska apoteksmarknaden har en del problem med denna statistik uppstått. Det är av stor vikt att tillgången till dessa uppgifter åter uppnår och behåller minst samma kvalitet som tidigare.

Inom sektorerna *djur-livsmedel* och *miljö* är stora delar av regelverket harmoniserat inom EU. Detta innebär ibland begränsningar av vad nationella myndigheter kan göra, men det ger också möjligheter. En viktig förutsättning är att antibiotikaresistensfrågor beaktas vid utvecklingen av befintligt relevant regelverk.

Kampen mot antibiotikaresistens behöver föras globalt. De stora, nya hoten uppkommer oftast inte i vårt land, och hotbilden förändras över tid. Inom vård och omsorg (såsom särskilda boenden) har under det senaste decenniet förekomsten av och problem med resistens hos gramnegativa tarmbakterier (ESBL, ESBL_{CARBA}) snabbt avancerat förbi den hos grampositiva (MRSA, VRE). Förutsättningarna för ett fortsatt framgångsrikt arbete på alla nivåer är därför omvärldsbevakning och att planeringen inrymmer flexibilitet, med beredskap för nya förändringar.

Miljö

Sannolikheten för att resistens ska uppstå, överföras mellan bakterier och spridas, ökar i de miljöer där en stor mängd olika bakterier möts och utsätts för antibiotika, antibakteriella ämnen eller metalljoner.

Användning och förekomst av dessa ämnen inom områden som sjukvård, djurhållning, livsmedelsproduktion och i behandlade konsumentvaror gör att ämnena hamnar i avlopp och ansamlas i kommunala reningsverk eller i små avloppsanläggningar. Bakterier i sådana miljöer kan då förvärva resistensgener och spridas från reningsverken eller släppas direkt ut i vattenmiljön. Även användningen i vattenbruk (t.ex. fiskodlingar) skulle kunna ge upphov till resistent bakterier, som sedan sprids i vattnet. Likaså kan utsläpp av metaller från verksamheter som gruvor och småbåtshamnar bidra till utveckling av resistens.

Den spridning av antibiotika, antibakteriella ämnen och resistent bakterier som sker till och i miljön behöver övervakas. Idag sker dock ingen systematisk övervakning av hur resistent bakterier sprids i vår miljö. Detta behöver komma igång och ansvarig myndighet behöver utpekas.

Övervakning av spridning av antibiotika och antibakteriella ämnen via reningsverk pågår inom ramen för miljöövervakningen. En förutsättning för denna handlingsplan är att denna övervakning kan fortsätta och att den utvecklas.

En förutsättning för ett framgångsrikt arbete är också en fortsättning och vidareutveckling av den forskning som pågår. Det handlar bl.a. om att ta reda på mekanismerna för hur antibiotikaresistens uppkommer och hur den överförs mellan bakterier, även i den yttre miljön. Forskning pågår också för att utröna på vilket sätt utveckling av resistens mot antibakteriella ämnen kan ge korsresistens mot antibiotika.

Djur och livsmedel

I handlingsplanen föreslås ett antal angelägna åtgärder mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner som de centrala myndigheterna bör göra de närmaste fem åren. En avgörande förutsättning för att åtgärderna ska få önskad effekt inom området veterinärmedicin, djurhållning och livsmedelsproduktion är att redan pågående aktiviteter inte begränsas utan kan fortsätta med oförminskad kraft. Detta gäller både nationella myndigheter och allt det arbete inom handlingsplanens målområden som läggs ner av regionala myndigheter, organisationer, företag, veterinärer, djurhållare och akademi.

Antibiotikaresistens är en global utmaning och vi påverkas av vår omvärld. I internationella frågor agerar inte myndigheterna enskilt, men Sverige kan som medlemsland påverka utvecklingen av t.ex. regelverk och utformningen av övervakning. Svenska organisationer har också en möjlighet att påverka inom sina respektive paraplyorganisationer. Frågans internationella karaktär gör att samordnade aktiviteter utanför landet kan vara en av de viktigaste faktorerna för en gynnsam utveckling här i landet.

Ett hinder för vidare utveckling av regelverk eller andra insatser som syftar till att motverka antibiotikaresistens är brist på kunskap inom centrala områden. Exempelvis saknas i stort sett helt kunskap om hur man kan sanera djurstallar från resistensformer som MRSA eller ESBL_{CARBA}, vilket påverkar möjligheten till utveckling av former för kostnadseffektiv hantering. Andra exempel på viktiga kunskapsluckor är ekonomiska konsekvenser av förekomsten av antibiotikaresistent bakterier hos djur, liksom kunskap om kost-

nader och vinster i arbetet med att förebygga djursjukdomar. Kunskap inom dessa områden skulle kunna användas för att motivera ytterligare förbättringar nationellt och internationellt.

Det grundläggande arbete som myndigheterna gör är bra, men det görs också ett gediget arbete vid sidan av de centrala myndigheterna som är nog så viktigt för ett framgångsrikt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Ytterst handlar det om vad praktiserande veterinärer och annan djurhälsopersonal har för synsätt och hur de tillämpar sin kunskap i praktiken. Här är också allmänhetens och särskilt den enskilde djurägarens synsätt viktigt. Vad gäller djur som hålls för livsmedelsproduktion, så är den enskilde djurhållarens arbete och investeringar avgörande. Eftersom dessa verksamheter bedrivs i företagsform är det viktigt att arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner inte kommer i konflikt med konkurrenskraft och lönsamhet.

Förutom enskilda yrkesutövare finns det flera viktiga organisationer inom primärproduktionen och djurens hälso- och sjukvård som bedriver ett aktivt arbete mot antibiotikaresistens. Bland dessa aktörer finns organisationer som Fiskhälsan, Lantbrukarnas riksförbund, Svenska djurhälsovården, Svensk djursjukvård, Svensk fågel, Svenska ägg, Växa Sverige med flera. Organisationerna är viktiga vidareförmedlare av kunskap, men de tar också egna initiativ till kontrollprogram, branschriktlinjer och annat. Också Sveriges veterinärförbund och Veterinärer i Sverige verkar aktivt genom att bl.a. ta fram riktlinjer för antibiotikabehandling av djur och för vårdhygien. Organisationerna samverkar med myndigheter i t.ex. övervaknings- och kunskapsuppbyggnadsarbete. Slutligen har Sveriges lantbruksuniversitet genom sin roll som enda sektorsuniversitet en central roll som kunskapsförmedlare och kunskapsuppbyggare inom området.

En god hygien i hela livsmedelskedjan motverkar spridning av resistent bakterier. Hygienarbete som bedrivs av aktörer som slakterier, livsmedelsproducenter, handel, restauranger och andra storhushåll är därför viktigt, liksom att enskilda konsumenter upprätthåller en god hygien. Den kontroll inom området som bedrivs av kommunerna har också en stor betydelse.

Regionalt har länsstyrelserna en viktig roll, inte bara genom kontroll av efterlevanden av föreskrifter i länen, utan också genom råd, rekommendationer och kunskapsspridning. Länsstyrelsen är också en viktig samarbetspartner för t.ex. smittskyddsläkare i frågor som berör både människor och djur. Deras kontinuerliga arbete är därför viktigt i kampen mot antibiotikaresistens.

Ett hot mot Sveriges förmåga vad gäller antibiotikafrågor inom området djur och livsmedel är att antalet nyckelpersoner med specialkompetens inom området är mycket lågt. Antibiotikaområdets snabba utveckling och plötsliga intresseökning gör att verksamheten blir händelsestyrd. Att brett följa och delta i den vetenskapliga utvecklingen måste då nedprioriteras. I ett längre perspektiv kan detta innebära att basen för verksamheten försvagas genom att kompetensen inte underhålls, överförs och ersätts.

Resultaten av övervakningen av antibiotikaresistens och förbrukning som rapporteras i Swedres-Svarm talar för att det svenska arbetet mot resistens är framgångsrikt. Strategin har varit och är att förebygga problem i primärproduktionen genom att ständigt arbeta med förebyggande åtgärder i kombination med klok antibiotikaanvändning. Det finns en bred samsyn kring frå-

gorna och ett kontinuerligt samarbete mellan myndigheter, organisationer, veterinärer och lantbrukare. En avgörande faktor för att vi också framöver ska kunna arbeta framgångsrikt mot antibiotikaresistens är att denna samsyn består. Det är i stallarna, på veterinärkliniker och på djursjukhus som kampen mot antibiotikaresistens vinnns eller förloras.

Människa

Såsom betonas i bl.a. ”Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och VRI” [1] är det viktigt att arbetet med antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner sker i ett perspektiv nära patienter och vårdgivare och att samverkan och samordning lokalt/regionalt är en nyckelfunktion. Inom human hälso- och sjukvård är detta en självklar nödvändighet för att effektivt motverka ökningen av antibiotikaresistens, multiresistenta bakterier och vårdrelaterade infektioner.

Den största delen av arbetet med att förebygga eller begränsa utbrott bland människor sker på lokal och regional nivå. Det är främst landstingens vårdhygienenheter och smittskyddsenheter som är involverade när det gäller förebyggande arbete, tidig upptäckt och omhändertagande av olika utbrott. Strama-grupper arbetar bl.a. för rationell antibiotikabehandling, vilket minskar risken för spridning av och infektioner med multiresistenta bakterier. De lokala mikrobiologiska laboratorierna och infektionsklinikerna spelar också en viktig roll.

För att ovanstående uppgifter ska kunna utföras optimalt är det viktigt att dessa aktörer fortsatt ges goda möjligheter att verka, genom permanenta uppdrag och tillräckliga resurser, och en ändamålsenligt utformad styrning i form av lagstiftning och tillsyn. Det är också väsentligt med en utvecklad växelverkan mellan lokal/regionalt och nationell nivå, inte minst för att hantera och följa upp lärdomar vid olika utbrott.

De olika aktörerna lokalt/regionalt är också centrala för en fungerande övervakning av såväl anmälningspliktig resistens och övrig antibiotikaresistens, som av antibiotikaförskrivning och vårdrelaterade infektioner. En viktig förutsättning för att vidareutveckla och öka effektiviteten i detta arbete är en fortsatt utveckling och brett införande av de nationella systemen Infektionsverket och Svebar.

Ett nödvändig del av en utvecklad samverkansform mellan nationell och lokal nivå är också behandlingsriktlinjer för infektioner. Det föränderliga resistensläget kräver att behandlingsriktlinjerna revideras kontinuerligt, även med lokala justeringar, utifrån aktuella data. Tolkning och återförande av data till sjukvårdens verksamheter/förskrivare är helt avhängiga dessa aktörer.

De lokala Strama-grupperna, ofta i samverkan med Läkemedelskommittéer, är de som genom direkt diskussion med forskrivarna i både primärvård och slutenvård kan påverka deras förskrivning i önskvärd riktning, dvs. med större följsamhet till aktuella evidensbaserade riktlinjer resulterande i minskad överförskrivning, utan att underförskrivning uppkommer. Den nationella nivån i sin tur, ofta med Läkemedelsverket som sammankallande, kan kalla till expertgruppsmöten, vilka i bred konsensus formulerar riktlinjer som då får större tyngd och genomslag.

Två nyligen genomförda beteendevetenskapliga studier över omständigheter som påverkar allmänläkares antibiotikaförskrivning vid luftvägsinfektioner har bl.a. visat på betydelsen av att det på vårdcentralen finns en professionsöverskridande praxis för omhändertagandet av patienter [2]. Betydelsefulla faktorer är bl.a. att det finns tid och mötesplatser för diskussion inom och mellan yrkesgrupper, för att nå ett gemensamt synsätt och gemensamma rutiner. Centralt är också ett väl utvecklat ledarskap och möjligheter till fortbildning för all personal. Resultaten tyder även på att sjuksköterskornas arbete med triagering och egenvårdsråd har stor betydelse i sammanhanget.

Till syvende och sist är arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner inom den humana hälso- och sjukvården, liksom allt förbättringsarbete, helt avhängigt den samlade personalens kunskap och motivation samt ändamålsenliga lokaler, utrustning och dimensionering. Framgången i ett gemensamt arbete mot antibiotikaresistens är i stor utsträckning beroende av i vilken grad ansträngningarna på nationell nivå stöttar och underlättar detta lokala arbete.

Handlingsplan för nationella myndigheter

Målområde 1

Svenska aktörer är aktiva i internationellt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner; särskilt betonas betydelsen av sektorsövergripande samverkan såväl nationellt som inom EU och internationellt.

Antibiotikaresistens är ett globalt problem som kräver globala lösningar. För att människor och djur ska ha fortsatt tillgång till verksamma antibiotika även imorgon, kan det effektivaste arbetet vara det som riktar sig mot att få ett ökat engagemang av stora globala aktörer inom alla berörda sektorer. Verkan av sådana ansträngningar kan förstärkas om olika aktörer från olika sektorer i sitt internationella arbete är samspelta genom bl.a. fungerande informationsdelning.

Denna handlingsplan fokuserar på det gemensamma mervärdet av sektorsövergripande samverkan och går inte in på detaljer i de olika myndigheternas internationella arbeten.

Målområde 2

Tillräcklig kunskap och kompetens hos alla berörda för att kunna förebygga och hantera smittspridning och antibiotikaresistens.

För att sprida kunskap behövs kommunikation. Parallellt med att handlingsplanen tagits fram har myndigheterna tagit fram en kommunikationsstrategi för sitt arbete med antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner. Denna strategi behandlas nedan i kapitlet Kunskap och kommunikation. Även de viktiga områdena utbildning och kompetensförsörjning kan passa in under målområde 2. De berör andra intanser än de som representeras i samverkansgruppen och diskuteras därför i ett separat kapitel, utanför själva handlingsplanen.

Målområde 3

Vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.

Inom sektorerna *människa* och *djur-livsmedel* kan med lätthet särskiljas rent förebyggande åtgärder (primärprevention), och sådana som påkallas av t.ex. att ett övervakningssystem signalerar en fokal ökning av resistenta bakterier eller av vårdrelaterade infektioner (sekundärprevention eller hantering). Förutsättningarna inom sektorn *miljö* berör inte vårdrelaterade infektioner, men smittspridning liksom angelägna åtgärder av både förebyggande och åtgärd-

ande karaktär för att förhindra att det i den yttre miljön bildas tillväxtnischer för bakteriell resistens.

Målområde 4

Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.

Att antibiotika ska användas klokt (när väl underbyggd indikation finns, men inte annars) är en väl etablerad sanning inom sektorerna *människa* och *djurlivsmedel*. Här finns goda exempel på samverkan inte bara mellan myndigheter, utan också mellan myndigheter och olika aktörer lokalt eller nationellt. Med sektorn *miljö* finns fokus även på övriga antibakteriella ämnen.

Målområde 5

Tillgången till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

För samtliga sektorer gäller att data av hög kvalitet är grunden för att identifiera problem, för att välja motåtgärder och för att följa upp motåtgärdernas effekt. Övervakning sker av förekomst av resistent bakterier, antibiotikaanvändning och, inom vård och omsorg, också av vårdrelaterade infektioner. Avgörande för att övervakningen ska tillföra något positivt är att den är förenad med en klarsynt analys, och att analysen sedan leder till att adekvata åtgärder vidtas.

Målområde 6

Utvecklingen av och tillgången till optimal diagnostik och effektiv behandling av bakteriella infektioner säkerställs.

Detta målområde sätter fokus på vikten av faktisk tillgång till effektiva antibiotika, samt en fortsatt utveckling av ny, snabbare mikrobiologisk diagnostik. Det förutsätter riktade forskningssatsningar, interaktioner mellan regulatoriska myndigheter och läkemedels- och diagnostikaföretag liksom med akademiska forskare. Vidare förutsätter det hälsoekonomiska avvägningar respektive styrningar, och ett aktivt deltagande i aktuella internationella fora. Samtidigt krävs en optimerad användning av och tillgång till redan befintliga antibiotika. Även optimering av existerande metoder genom förbättrad logistik och korrekta rutiner är av stor betydelse. Tonvikten ligger alltså på att rätt antibiotikum till rätt patient ska finnas tillgängligt i rätt tid.

Sektorsövergripande insatser

Antibiotikaresistens berör såväl människa och djur som miljö, och vårdrelaterade infektioner är ett problem både inom sjukvård och omsorg och i djurens hälso- och sjukvård. Flera av de resistent bakterier rör sig också över artgränserna, mellan olika djur och människor. Ett samarbete över sektors-

gränserna är därför ofta nödvändigt för att motverka ett försämrat läge. I det följande föreslås åtgärder som ska stärka myndigheternas kommunikation och det internationella arbetet. Åtgärder som berör mer än en sektor återfinns också under delavsnitten *miljö, djur och livsmedel* och *människa*.

Internationellt

Målområde 1

Svenska aktörer är aktiva i internationellt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner; särskilt betonas betydelsen av sektorsövergripande samverkan, såväl nationellt som inom EU och internationellt.

Antibiotikaresistens är en global utmaning. För många problemområden kan därför aktiviteter utanför Sverige vara den viktigaste faktorn för en gynnsam utveckling här i landet. Arbetet blir starkare om flera aktörer samverkar.

Mål

- Svenskt deltagande i olika samarbeten inom EU och internationellt är aktivt och samordnat.
- Svenska representanter känner till processer och frågor som drivs inom andra sektorer och tar tillvara erfarenheter från andra länder.

Angelägna åtgärder

- Utveckla ett enkelt och effektivt sätt för informationsdelning kring internationella processer och frågor som berör antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner (samverkansfunktionens kansli, 2015).
- Tillvarata kunskap från andra länder om strategiskt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner och tillgängliggöra relevant information till aktörer i Sverige (myndigheterna i stora samverkansgruppen, när så är relevant i samverkan med andra aktörer, kontinuerligt)
- Tillgängliggöra och sprida relevant information och erfarenheter från svenskt arbete på engelska (myndigheterna i stora samverkansgruppen, kontinuerligt)
- Aktivt stödja WHO:s och andra internationella organisationers arbete med att utveckla och implementera en global plan mot antibiotikaresistens (myndigheterna i stora samverkansgruppen, när så är relevant i samverkan med andra aktörer, kontinuerligt)
- Aktivt arbeta inom EU för att få en begränsning av användningen av antibakteriella ämnen i varor.
- Aktivt delta i arbetet med att utveckla och implementera den strategiska forskningsagendan inom Joint Programming Initiative for Antimicrobial Research, JPIAMR (forskningsråden).

Kunskap och kommunikation

Målområde 2

Tillräcklig kunskap och kompetens finns hos alla berörda för att kunna förebygga och hantera smittspridning och antibiotikaresistens.

En förutsättning för ett effektivt arbete mot smittspridning och antibiotikaresistens är att alla berörda har adekvat kunskap och kompetens som stödjer rätt beteende. Experter på nationell nivå och tjänstemän på lokal nivå, liksom allmänheten, behöver ha tillräcklig kunskap för att kunna vidta rätt åtgärder eller fatta rätt beslut som rör dem själva eller andra.

Mål

- Myndigheternas egna kommunikationsinsatser bygger på den gemensamma kommunikationsstrategin.
- Myndigheterna samverkar kring kommunikationsinsatser mot gemensamma målgrupper.

Åtgärder

- Alla myndigheter använder den gemensamma budskapsplattformen i kommunikationsinsatserna mot de prioriterade målgrupperna.
- Myndigheterna ska regelbundet, i samverkan planera och genomföra en sektorsövergripande aktivitet utifrån kommunikationsstrategin.

Miljö

Vår kunskap och medvetenhet ökar om att antibiotikaresistenta bakterier inte bara sprids mellan individer, människor och djur, utan att även den yttre miljön på olika sätt kan utgöra både en reservoar för resistens och en väg för spridning. Särskilt tydligt blir detta när vi betraktar vattnets kretslopp i samhälle och natur.

Det är inte enbart utsläpp och spridning av den resistenta bakterien själv som behöver kartläggas och motverkas. Tillväxten och därmed spridningen av dem beror också till stor del av förekomsten av antibiotika i miljön. Utsläpp av antibiotika är därför av stor vikt, och kan i vissa fall fungera som direkta tillväxtmotorer för resistens. Något som inte är lika uppenbart, men möjligen än viktigare, är utsläpp av andra antibakteriella ämnen, såsom desinfektionsmedel och konserveringsmedel. Vår kunskap om hur olika biocider kan selektera för antibiotikaresistenta bakterier i miljön är inte fullständig, men det finns data som talar för att det är en viktig faktor. Försiktighetsprincipen bjuder att vi redan nu, även av detta skäl, försöker begränsa halterna av sådana ämnen i den yttre miljön.

Nedan föreslagna åtgärder är avsedda att bidra till att spridningen av antibiotikaresistens minimeras, att potentiellt resistensselekerande ämnen hantearas korrekt och med försiktighet, samt att vi utvecklar och breddar våra metoder att övervaka förekomsten av såväl bakterier som antibiotika och biocider. Då vår yttre miljö – och inte minst vattnet – så uppenbart är gränsöverskridande, är det naturligt att även mycket av arbetet bör vara gränsöverskridande för bästa effekt.

Målområde 3

Vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.

Spridning av bakterier, inklusive resistent, mellan samhällssektorer (t.ex. djur- och humansektor) kan ske via den yttre miljön. Bland viktiga åtgärder för att minska spridning och förökning av just resistent bakterier ingår att minska halten av olika antibiotika i miljön, med ursprung hos människor eller djur.

Mål

- Metodiken är vidareutvecklad för att studera mekanismer för resistensutveckling i miljön.
- Reningsverken har tillgång till förbättrad reningsteknik så att utsläpp av antibiotika och andra antibakteriella ämnen minimeras.
- Utsläppen av oanvända eller kasserade antibiotika minskas.

Åtgärder

- Systemen för insamling och destruktion av kasserade läkemedel optimeras. Läkemedelsverket initierar i dialog med andra myndigheter och organisationer en eventuell informationskampanj kring läkemedelskassation.
- Havs- och vattenmyndigheten verkar för att minst ett forsknings eller utvecklingsprojekt för avancerad rening av antibiotika och/eller antibakteriella ämnen i avloppsvatten startas.
- Ett förslag till sektorsövergripande strategi för hantering av ESBL_{CARBA} hos människor, djur, i livsmedel och miljön tas fram (lilla samverkansgruppen initierar arbete för att ta fram förslag 2016; påbörjas 2015).

Målområde 4

Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.

Även andra antibakteriella ämnen än de vi kallar antibiotika (inklusive bl.a. olika biocider och desinfektionsmedel) kan bidra till selektion och tillväxt av antibiotikaresistent bakterier. Det är därför viktigt att ytterligare klargöra dessa samband, samt redan nu se till att dessa ämnen hanteras med försiktighet, och utan onödig miljöpåverkan.

Mål

- Företag som tillverkar läkemedel och biocider inom och utanför EU vidtar egna åtgärder och ställer krav på leverantörer för att förhindra utsläpp vid produktionen av antibakteriella substanser.
- Företag som ansöker om att få sätta ut desinfektionsmedel på den svenska marknaden undersöker och redovisar i sin ansökan om kors- eller co-resistens mot det aktuella biocidämnet och antibiotika har rapporterats.
- Tillämpningen av EU:s biocidregelverk ska kunna ge en restriktiv användning av antibakteriella medel i kemiska produkter och behandlade varor.

Åtgärder

- Läkemedelsverket understryker i kontakter med branschen, vikten av att ingredienser eller konserveringsmedel som kan orsaka antibiotikaresistens, undviks i kosmetiska produkter.
- Kemikalieinspektionen tar fram sakunderlag angående riskerna med användning av antibakteriella medel i kemiska produkter och varor.
- Kemikalieinspektionen understryker i kontakter med företag vikten av en restriktiv användning av antibakteriella medel i kemiska produkter och behandlade varor.
- Kemikalieinspektionen sammanställer och publicerar uppgifter från produktregistret om desinfektionsmedel på den svenska marknaden. Sammanställningen kommer att användas som en del av förberedelserna inför att desinfektionsmedel inte längre undantas från det krav på godkännande som idag gäller för alla biocidprodukter på den svenska marknaden. Sammanställningen bör också ingå i uppföljning av handlingsplanen mot antibiotikaresistens.
- Kemikalieinspektionen framhåller inom EU:s biocidregelverk att risken för utveckling av bakteriell kors- eller co-resistens mot antibiotika ska beaktas vid beslut om godkännande av aktiva ämnen och produkter för desinfektion. Myndigheten utvecklar också kraven på resistensuppgifter vid ansökan om att få sätta ut desinfektionsmedel på marknaden.
- Kemikalieinspektionen tar fram ett kunskapsunderlag som gör det möjligt att initiera en förnyad vetenskaplig bedömning inom EU (SCENHIR) om biocidanvändningens medverkan i och betydelse för utvecklingen av bakteriell antibiotikaresistens.

Målområde 5

Tillgången till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

För att kunna styra motåtgärder behövs även inom miljösektorn långsiktig övervakning av förekomsten av antibiotika och antibiotikaresistens. Kunskap om och system för detta behöver utvecklas.

Mål

- Relevant kunskap finns om utsläpp till miljön av antibiotika och andra antibakteriella ämnen.
- Relevant kunskap finns om förekomsten av relevanta resistenta bakterier på olika platser i miljön

Åtgärder

- Naturvårdsverket undersöker återkommande halten av antibiotika och andra antibakteriella ämnen i utgående vatten och slam från reningsverk för att följa påverkan på miljön.
- Forskningsprojekt initieras för att ytterligare utveckla metodik för provtagning, odling och statistisk analys av förekomsten av relevanta resistenta bakterier på olika platser i miljön.

- Forskningsprogram finansieras för att pröva metodik för provtagning, odling och analys. Syftet är dels att ge en naturlig bakgrunds nivå av bakteriell resistens, dels att visa förekomsten i vatten och slam från reningsverk, i utsläpp från mindre avloppsanläggningar, i vattnen nedströms gruvor, vid småbåtshamnar, vid badplatser och från dricksvattenverk.
- Underlag tas fram för värdering av hur utsläpp till miljön av antibiotika och andra antibakteriella medel inverkar på resistensutvecklingen hos sjukdomsframkallande bakterier. Detta initieras av den myndighetsövergripande grupp som nämns nedan.
- En myndighetsövergripande arbetsgrupp bildas med uppdrag att fortlöpande utveckla och harmonisera övervakning och analys av resistensdata från människor, djur, livsmedel och miljö med syfte att underlätta integrerad analys (SVA, Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen och Havs- och vattenmyndigheten, 2015–2019)
- Arbetsgruppen för utveckling av resistensövervakning får även i uppgift att bereda förslag till hur övervakning av antibiotikaresistenta bakterier i miljön ska genomföras och vem som ska ansvara för undersökningarna.
- Forskningsråden avser att fortsatt stödja svensk forskning inom akademi och industri genom årliga öppna utlysningar med finansiering från ramanslag och riktade program med relevans för AMR inom särskilda uppdrag från regeringen. Riktade program baserade på prioriteringar inom JPIAMR. SRA kommer att utlysas gemensamt med övriga länder inom JPIAMR och inom bilaterala samarbeten.

Djur och livsmedel

Ett framgångsrikt arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner inom djurhållning och djurens hälso- och sjukvård kan bara uppnås genom ständiga insatser på bred front. Övervakningsprogrammet Svarm visar att läget i Sverige ur ett internationellt perspektiv är relativt gynnsamt, vilket tolkas som att de strategier som används är effektiva. I korthet handlar det om att minska behovet av antibiotika genom att förebygga sjukdom, att minska spridning av infektioner och resistenta bakterier och att använda antibiotika klokt om behov ändå uppstår. Arbetet sker i nära samverkan mellan myndigheter, organisationer, veterinärer och djurhållare.

Men övervakningen visar att resistensläget trots allt blir sämre. Därför föreslås nedan åtgärder som ger myndigheter och andra aktörer bättre redskap för arbetet framöver.

Målområde 3

Vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.

Behovet av antibiotika kan minskas genom smittskydd, god djurmiljö och god skötsel av djur. Detta minskar också risken för spridning av resistenta bakterier till andra djur, till livsmedel och till människor. Goda rutiner i dju-

rens hälso- och sjukvård gör också att vårdrelaterade infektioner kan förebyggas. När problem ändå uppstår måste de kunna hanteras.

Mål

- Djurhälsan är god och behovet av antibiotikabehandling överstiger inte dagens.
- Regelverk och kunskap för att minimera spridning av multiresistenta bakterier mellan djur, samt mellan djur och människa finns.
- Betydelsen av livsmedel för spridning av antibiotikaresistens är klarlagd.

Åtgärder

- Bedöma de frivilliga smittskyddsprogram som utvecklats av branschorganisationer och stödja dessas tillämpning så att anslutningsgraden blir hög (Jordbruksverket, 2015–2019).
- Utveckla regelverket för hantering av anmälningspliktig resistens så att förekomst hos alla typer av djur kan hanteras (Jordbruksverket, 2017).
- Stödja tillämpning och förbättring av lokalt anpassade hygienplaner i djurens hälso- och sjukvård genom tillsyn och redskap för arbetet (Jordbruksverket, SVA och länsstyrelser, kontinuerligt).
- Sammanställa befintlig kunskap om livsmedel som spridningsväg för antibiotikaresistens i form av en riskprofil (Livsmedelsverket, 2015).
- Ta fram ett förslag till sektorsövergripande strategi för hantering av ESBL_{CARBA} hos människor, djur, livsmedel och miljö (lilla samverkansgruppen initierar arbete för att ta fram förslag 2016; påbörjas 2015).

Målområde 4

Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.

Klok användning av antibiotika och antibakteriella ämnen inom djurens hälso- och sjukvård och i djurhållning förutsätter bra diagnostik. Väl underbyggda riktlinjer för användning och ett system för uppföljning och egenkontroll av såväl förskrivare som djurhållare är också viktigt.

Mål

- Kvalitetssäkrad mikrobiologisk diagnostik används i den omfattning som krävs för att undvika onödig eller felaktig behandling.
- Befintliga och nya branschriktlinjer om antibiotikaanvändning i djursjukvård följs.
- System för automatisk uppföljning och egenkontroll av veterinär förskrivning av antibiotika finns (se också målområde 5).

Åtgärder

- Söka finansiering för att bilda ett laboratorienätverk för kvalitetsutveckling av diagnostik (SVA, 2015, se också målområde 5)
- Verka för att det finns fortsatt tillgång till regional obduktionsverksamhet av god kvalitet och för att stimulera till god användning av diagnostik (Jordbruksverket, 2015–2019).

- Komplettera, vid behov, befintliga branschriktlinjer för häst samt hund och katt med fördjupade riktlinjer genom workshops (Läkemedelsverket; för häst 2015, för katt och hund senare).
- Utredda möjligheten till automatisk uppföljning av veterinärers förskrivning och rekvisition av antibiotika, särskilt de för vilka förskrivningsrätten begränsats (Jordbruksverket, eHälsomyndigheten och Läkemedelsverket, 2016).
- Utveckla system, bl.a. data över förskrivning per djurslag, för uppföljning och egenkontroll av veterinärförskrivning och av antibiotikaanvändning i besättningar med livsmedelsproducerande djur (Jordbruksverket 2017, se även målområde 5).

Målområde 5

Tillgång till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Resultaten från övervakning av förbrukning av antibiotika och av resistens hos bakterier från djur och livsmedel är av stor betydelse för alla aktörer. Med sådana data som underlag kan behov av eventuella åtgärder diskuteras. Tillgång till uppgifter om förskrivning på veterinärnivå, regionalt, per djurslag och per djurbesättning är ett viktigt redskap i en sådan dialog.

Mål

- Information från övervakning av resistens och förbrukning används av berörda aktörer som redskap för att bedöma behov av åtgärder.

Åtgärder

- Säkerställa att rapportering av försäljning av djurläkemedel från apotek till eHälsomyndigheten är fullständig genom tillsyn och kvalitetssäkring av rapporterad statistik (Läkemedelsverket, eHälsomyndigheten 2016).
- Utveckla system, bl.a. data över förskrivning per djurslag, så att nationell, regional och besättningspecifik statistik kan tas fram per djurslag, produktionstyp och ålderkategori. Arbetet sker i samråd med en referensgrupp (Jordbruksverket 2015–2017, se även målområde 4).
- Ta fram och tillämpa kostnadseffektiva system för aktiv insamling av prover för mikrobiologisk analys (Livsmedelsverket, SVA och Jordbruksverket, 2015)
- Identifiera och prioritera vilka data om resistenta bakterier i livsmedel, som inte omfattas av nuvarande övervakning, som behövs samt ta fram en plan för hur dessa data ska samlas in (Livsmedelsverket i samverkan med SVA, 2016).
- Söka finansiering för att bilda ett nätverk av laboratorier med veterinärmedicinsk klinisk mikrobiologisk inriktning för kvalitetsutveckling och utveckla system för insamling av resistensdata från andra laboratorier än SVA (SVA, från 2015 – se även målområde 4)
- Bilda en myndighetsövergripande arbetsgrupp med uppdrag att fortlöpande utveckla och harmonisera övervakning och analys av resistensdata från människor, djur, livsmedel och miljö med syfte att underlätta integre-

rad analys (SVA, Folkhälsomyndigheten, Livsmedelsverket, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen och Havs- och vattenmyndigheten och, 2015–2019).

- Ta fram och kommunicera definitioner på vårdrelaterade infektioner och förslag till indikatorer på vårdrelaterad smitta anpassade för olika typer av verksamhet i djurens hälso- och sjukvård (arbetsgrupp med Jordbruksverket, SVA, Sveriges Lantbruksuniversitet och andra berörda aktörer, 2016).
- Forskningsråden avser att fortsatt stödja svensk forskning inom akademi och industri genom årliga öppna utlysningar med finansiering från ramanslag och riktade program med relevans för AMR inom särskilda uppdrag från regeringen. Riktade program baserade på prioriteringar inom JPIAMR. SRA kommer att utlysas gemensamt med övriga länder inom JPIAMR och inom bilaterala samarbeten.

Målområde 6

Utvecklingen av och tillgången till optimal diagnostik och effektiv behandling av bakteriella infektioner säkerställs.

Eventuella nya klasser av antibiotika som når marknaden framöver kommer troligen att förbehållas humanmedicinen. Den svenska marknaden för djurläkemedel är ekonomiskt sett mycket liten. Det saknas därför godkända produkter ur befintliga antibiotikaklasser för vissa ändamål. Utveckling av optimal diagnostik är angeläget, men har inom ramen för denna handlingsplan inte prioriterats.

Mål

- Godkända veterinärmedicinska antibiotika finns tillgängliga på den svenska marknaden för vanliga och allvarliga infektionssjukdomar.

Åtgärder

- Kartlägga luckor avseende antibiotika som är tillgängliga för behandling av djur genom dialog med veterinärmedicinsk klinisk och vetenskaplig expertis och påtala eventuella identifierade brister i terapiarsenalen till läkemedelsindustrin (Läkemedelsverket 2015–2019).
- Bidra i arbetet med samnordisk märkning av förpackningar och verka för att i framtiden vid angelägna fall möjliggöra undantag från krav på svensk förpackningstext (Läkemedelsverket, 2015–2019).
- Utveckla bedömningskriterierna för licensansökan så att mer fördelaktiga egenskaper vad gäller risk för resistensutveckling för licensläkemedlet kan vara grund för ett beviljande – om det icke godkända läkemedlet har bättre egenskaper än det godkända ska licens kunna beviljas (Läkemedelsverket, 2015).

Människa

Sverige har ur ett internationellt perspektiv ett gynnsamt resistensläge och en låg antibiotikaförbrukning. Bidragande till detta är det arbete som sedan länge bedrivits på både nationell och lokal/regional nivå. Det är ett arbete

som måste fortsätta med oförminskad kraft, mot bakgrund av det växande globala hotet med alltfler resistenta och svårbehandlade bakterier.

I handlingsplanen beskrivs endast myndighetsrelaterade åtgärder som krävs för att stärka Sveriges möjligheter att ha fortsatt tillgång till effektiva antibiotika, att använda dessa ansvarsfullt och att motverka smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Målområde 3

Vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.

Att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner och smittspridning inom vård och omsorg är både en grundbult för att motverka antibiotikaresistens och en viktig patientsäkerhetsfråga. När problem ändå uppstår behöver det finnas en utvecklad beredskap för att snabbt kunna hantera dessa. Redskap för att tidigt upptäcka smittspridning är centrala och avhandlas under målområde 5.

Mål

Risken för vårdrelaterade infektioner samt behovet av antibiotika minskas genom smittskydd, god hygien, inklusive livsmedelshygien, samt rutiner inom vård och omsorgsverksamhet för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Åtgärder

- Ta fram kunskapsunderlag inom smittskydd och det vårdhygieniska området utifrån behov och gemensamma prioriteringar (Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen)
- Stötta struktur- och processmätningar på lokal och regional nivå inom smittskydd och det vårdhygieniska området (Folkhälsomyndigheten)
- Utveckla en arbetsmetodik för hur data från resistensövervakningen kan användas för att prioritera och utvärdera förebyggande insatser (Folkhälsomyndigheten)
- Följa upp av hur landstingsledningarna arbetar med kvalitetsledning för patientsäkerhet (enligt SOSFS 2011:9) avseende vårdhygien och städskvalitet (Socialstyrelsen)
- Genomföra tillsyn av vårdverksamhet och viss omsorgsverksamhet utifrån ett patient- och personalsäkerhetsperspektiv inom området vårdhygien. Görs inom ramen för den löpande tillsynen gemensamt och var för sig (IVO, AV).
- Ta fram förslag till sektorsövergripande strategi för hantering av ESBL_{CARBA} hos människor, djur, livsmedel och miljön (lilla samverkansgruppen initierar arbete för att ta fram förslag 2016; påbörjas 2015).

Målområde 4

Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.

För en klok antibiotikaanvändning är det viktigt att vårdpersonalen har tillgång till beslutsstöd i form av evidensbaserade behandlingsrekommendationer och riktlinjer. Ett sådant effektivt arbete förutsätter både samverkan för att hålla nationella kunskapsunderlag uppdaterade, och rutiner för att utveckla lokala/regionala riktlinjer anpassade efter aktuella resistensmönster.

Mål

För att kunna värna antibiotika som verksamma läkemedel behövs

- att kvalitetssäkrad mikrobiologisk diagnostik används i den omfattning som krävs för att undvika onödig och felaktig behandling
- att aktuella nationella riktlinjer och rekommendationer finns enkelt tillgängliga för handläggning av viktiga infektionsdiagnoser
- att det finns ett system med IT-stöd för uppföljning och egenkontroll av förskrivare
- att följsamheten till dessa rekommendationer och riktlinjer är god.

Åtgärder

- Verka för en samverkan mellan olika aktörer, som optimerar kunskapsstyrningen vid handläggning av fall med infektioner orsakade av extremt multiresistenta bakteriella infektioner (Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen)
- Säkerställa tillgången till data från elektroniska system avseende tecken på underbehandling vid infektioner främst i primärvården (Folkhälsomyndigheten)
- Stötta utveckling och tillgänglighet av diagnoskopplade data på förskrivarnivå i primärvården (Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen).
- Analysera regelverk och avtal som kan stötta en optimerad användning av it-verktyg för snabb upptäckt och uppföljning (Socialstyrelsen)
- Utveckla en metod för hur information från övervakningen av resistens och förbrukning, och andra relevanta data, kan användas för att prioritera och utvärdera insatser inom rationell antibiotikaanvändning. Stödja utvecklingen av kvalitetsindikatorer inom mikrobiologi som har betydelse för antibiotikaresistens (Folkhälsomyndigheten)
- Verka för att en nationell modell gällande strukturerad användning av nya antibiotika tas fram (Folkhälsomyndigheten i samverkan med berörda myndigheter)
- Säkerställa regelbunden uppföljning och revision av behandlingsrekommendationer och riktlinjer för vanliga infektioner i primärvården (Läkemedelsverket i samverkan med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten)

Målområde 5

Tillgången till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner

Övervakning av såväl antibiotikaförbrukning och antibiotikaresistens som vårdrelaterade infektioner bidrar till att identifiera åtgärder som behöver vid-

tas och som underlag för att utvärdera preventiva insatser mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Mål

- Datainsamling optimeras för snabb detektion och informationshantering avseende vårdrelaterade infektioner, antibiotikaresistens, antibiotikaanvändning och konsekvenser av resistens (*burden-data*).
- Det finns system för automatisk uppföljning nationellt och lokalt av diagnoskopplad ordination och förskrivning av antibiotika inom öppen- och slutenvården.
- Information från övervakning av resistens och antibiotikaanvändning nyttjas av berörda aktörer för att bedöma behovet av åtgärder.
- Det finns tillgång till en komplett nationell sammanhållen statistik över antibiotikaförsäljningen till såväl öppen- som slutenvården.

Åtgärder

- Genomföra och återkoppla regelbundna mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförskrivning inom särskilda boenden (s.k. HALT-mätningar) samt verka för breddat nationellt deltagande (Folkhälsomyndigheten).
- Följa upp andelen fall av bakterier med särskilt oönskad resistens (MRSA, VRE, ESBL_{CARBA}), som typas epidemiologiskt (Folkhälsomyndigheten).
- Utveckla rutiner för tidig upptäckt, informationsdelning, epidemiologisk uppföljning, analys och nationell sammanställning av smittoutbrott (Folkhälsomyndigheten).
- Stödja implementering, utveckling och användning av ett gemensamt nationellt system (Svebar) för insamling analys och rapportering av mikrobiologidata (Folkhälsomyndigheten).
- Vidareutveckla *alertfunktioner* för oönskade resistensmönster och för anhopningar av antibiotikaresistenta isolat samt ställa samman och återkoppla data över särskilt oönskad resistens genom Svebar (Folkhälsomyndigheten i samverkan med verksamheter för klinisk mikrobiologi, smittskydd och vårdhygien)
- Följa upp ledningssystemen, såsom huvudmännens bedömningar av den egna verksamhetens styrning och följa upp städningen i vårdlokaler (Socialstyrelsen).
- Verka för att relevanta data från landstingens it-system Infektionsverktyget kan levereras på nationell nivå från så många enheter inom slutenvården som möjligt och på sikt även från primärvården (Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen).
- Verka för en utveckling av Infektionsverktyget vad gäller möjligheten att följa riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner (Folkhälsomyndigheten).
- Verka för tillgång till en komplett nationell sammanhållen statistik över antibiotikaförsäljning till såväl öppen- som slutenvården (Folkhälsomyndigheten)
- Bilda en myndighetsövergripande arbetsgrupp med uppdrag att fortlöpande utveckla och harmonisera övervakning, analys och informationsdelning avseende resistensdata från människor, djur, livsmedel och miljö med syfte att underlätta integrerad analys (SVA, Folkhälsomyndigheten,

Livsmedelsverket, Naturvårdsverket, Kemikalieinspektionen, Havs- och vattenmyndigheten, 2015–2019).

- Forskningsråden avser att fortsatt stödja svensk forskning inom akademi och industri genom årliga öppna utlysningar med finansiering från ramanslag och riktade program med relevans för AMR inom särskilda uppdrag från regeringen. Riktade program baserade på prioriteringar inom JPIAMR. SRA kommer att utlysas gemensamt med övriga länder inom JPIAMR och inom bilaterala samarbeten.

Målområde 6

Utvecklingen av och tillgången till optimal diagnostik och effektiv behandling av bakteriella infektioner säkerställs.

Vid livshotande infektioner är det av stor vikt att redan initialt kunna välja rätt sorts antibiotika och möjligheter till snabb resistensbestämning får allt större betydelse. Det finns också, särskilt inom primärvården, ett stort behov av snabbdiagnostik för att bl.a. kunna särskilja virusorsakade besvär från bakteriella infektioner.

I väntan på nya klasser av antibiotika krävs samtidigt ett bättre underlag och incitament för olika aktörer att säkra tillgängligheten, samt att hålla och kunna använda redan befintliga läkemedel vid svårbehandlade infektioner.

Mål

- Rutiner finns för optimal provtagningsfrekvens med diagnostik som snabbt ger vägledning för kliniska beslut vid infektionsbehandling.
- Värdefulla, i andra länder godkända, antibiotika finns tillgängliga på den svenska marknaden för behandling av vanliga och allvarliga infektionssjukdomar.
- En hållbar prissättningsmodell för äldre och framtida antibiotika är utvecklad, som främjar en rationell antibiotikaanvändning, samt ger tillgång till essentiella antibiotika.

Åtgärder

- Verka för att godkända antibiotika finns tillgängliga för direktexpediering på den svenska marknaden för vanliga och allvarliga infektionssjukdomar. (Socialstyrelsen och Läkemedelsverket, i samverkan med landstingen).
- Initiera och genomföra studier som syftar till rationell och optimerad antibiotikaanvändning (Folkhälsomyndigheten).
- Utredda möjligheten att göra delvis andra hälsoekonomiska bedömningar av både befintliga och nya antibiotika; utreda möjligheten att skilja antibiotika från andra läkemedel vad gäller t.ex. prishöjningar och takpriser av gamla läkemedel (TLV).
- Upprätta en nationell och helst nordisk lista över antibiotika som är svåra att få tag på, samt bilda en samverkansgrupp för detta ändamål. (Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket).
- Bidra till arbetet med samnordisk märkning av förpackningar och verka för att i framtiden vid angelägna fall möjliggöra undantag från kravet på svensk förpackningstext (Läkemedelsverket, 2015-2019).

Bakgrund till föreslagna åtgärder

Internationellt arbete

Samtidigt som Sverige kan lära av framgångsrikt arbete i andra länder finns här kompetens och erfarenheter som kan utgöra ett stöd för andra länders och internationella organisationers arbete. Samarbete pågår inom alla sektorer inom Norden, EU och internationellt i övrigt. Prioritet har i regel getts till det europeiska samarbetet, där samverkan bl.a. sker med ECDC, EFSA, EMA och SCENIHR, i kommissionsarbetsgrupper samt i andra kommittéer. På internationell nivå deltar Sverige aktivt i arbetet inom bl.a. WHO, OIE, Codex Alimentarius Commission och i forskningssamarbeten som JPIAMR.

Sverige bör vara drivande i frågor som rör antibiotikaresistens och spridning av antibiotikaresistens via miljön inom EU och internationellt i övrigt. Det är viktigt att Sverige, genom svenska myndigheter och organisationer, kan fortsätta ett aktivt arbete med att få förståelse och gehör för våra synpunkter.

Svenska myndigheters arbete utanför landet bör vara samordnat på olika plan. Viktigt är även att andra svenska representanter är bekanta med de internationella processer som pågår inom andra sektorer. Om en fråga är kontroversiell så är det önskvärt att svenska experter och representanter har grundläggande kännedom om underlaget för den svenska hållningen. I vissa frågor kan det också vara aktuellt att samverka med olika svenska organisationer och andra aktörer som kan föra fram frågan i sina respektive internationella organisationer. Synergieffekter kan då uppstå genom att frågan förs fram i olika sammanhang.

Kunskap och kompetens

Ett tillräckligt *antal* kompetenta personer är, jämte tillräcklig kompetens hos alla berörda, en förutsättning för att kunna förebygga och hantera vårdrelaterade infektioner, smittspridning eller antibiotikaresistens på ett effektivt sätt.

Kompetens hos såväl enskilda som hos organisationer utgår från att det finns sakkunskap som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det behövs en bred medvetenhet hos befolkningen om antibiotikas särställning som läkemedel och riskerna med resistensutveckling. Det är också viktigt med grundläggande kunskaper om hur man motverkar smittspridning i ett bredare perspektiv, vilket gäller förebyggande av infektioner, användning av antibakteriella ämnen och smittspridning i alla bemärkelser. Detta bygger på att både samverkansstrukturer för informationsöverföring och underlag för åtgärder förbättras och utvecklas inom och mellan myndigheterna.

Grundläggande kunskaper om antibiotika, antibakteriella ämnen, vårdhygien och smittskydd behövs hos alla som yrkesmässigt bedriver vård eller omsorg. Det gäller såväl omvårdnad och humanmedicin, som inom djurens hälso- och sjukvård. För att klara detta förutsätts att verksamhetsansvariga har ledningssystem där introduktion av nya medarbetare och fortlöpande informationsdelning ingår. Det inkluderar bl.a. smitta i förskolan, lokala rikt-

linjer för antibiotikaförskrivning, arbetarskydd och säker avfallshantering, vårdhygien inom äldreomsorgen och djurens hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt behövs grundläggande kunskaper också hos alla som arbetar i livsmedelskedjan ”från jord till bord”.

I sammanhanget förtjänar att påpekas att tillgången till experter, är hotad p.g.a. den stora brist som råder på t.ex. kliniska mikrobiologer, både färdigutbildade och under utbildning. Detta lyftes redan i Socialstyrelsens förslag till handlingsplan mot antibiotikaresistens från år 2000 [3]. Idag gör stora närliggande pensionsavgångar bristen närmast akut.

En organisations samlade kompetens bygger också på rutiner med en planerad fortbildning för de personer som har en expertroll när det gäller vårdhygien eller smittskydd, dvs. tillgång till högre utbildningar inom området och möjligheter till kontinuerlig kompetensutveckling, även i internationell samverkan.

En genomgående utmaning för alla sakområden och kompetensnivåer är varför fakta och kunskap inte självklart leder till ett förändrat beteende. Därför behöver t.ex. medicinsk och epidemiologisk utbildning kompletteras med ökad socialpsykologisk kunskap och beteendevetenskap. Mycket talar också för att målgruppsanpassad kunskapsdelning måste ske redan från småbarnsåldern. Det är därför viktigt att samverkansarbetet kring antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner inkluderar relevanta myndigheter inom utbildningssektorn.

Miljö

I detta kapitel beskrivs något utförligare bakgrunden till de förslag till åtgärder som presenteras i den ovanstående handlingsplanen. Först kommer en mer övergripande beskrivning av något av vad som är känt, och otillräckligt känt, om rollen för faktorer i den yttre miljön för uppkomst och spridning av antibiotikaresistens, och något om vad som för närvarande görs, och sist i kapitlet följer ett avsnitt där det visas hur åtgärderna i planen passar in under de för miljösektorn mest relevanta av målområdena (målområdena 3, 4 och 5).

Vatten är i den yttre miljön av grundläggande betydelse för uppkomst och spridning av antibiotikaresistenta bakterier. I kapitlet ges exempel på flöden av antibiotika, antibakteriella ämnen och metaller till vattenmiljöer där dessa ämnen kan ansamlas i t.ex. sediment. Kapitlet inleds med förklaringar av några centrala begrepp för processerna som gynnar utveckling av resistent bakterier i dessa miljöer.

Resistens mot antibiotika, antibakteriella ämnen och metaller

Bakteriers arvsmassa är ständigt utsatt för påverkan som kan förändra den. Det kan ske genom naturliga processer eller genom att kemiska ämnen som antibiotika, biocider eller metaller stör genetiska processer. Dessa förändringar saknar oftast betydelse för organismens överlevnad, men kan ibland leda till att bakterien dör eller i andra fall att dess chans till överlevnad ökar. Om förändringen leder till större tolerans mot ett ämne som bakterien konti-

nuerligt utsätts för kommer denna förvärvade resistens att ge överlevnadsfördelar gentemot andra organismer i samma miljö.

En hög diversitet av resistensgener förekommer naturligt bland bakterier i den yttre miljön, och dessa tros utgöra en reservoar för humana patogener. Vi talar alltså både om resistens som förvärvats genom mutation och om ökad överföring av de resistensgener som finns naturligt.

Bakterier har en mycket kort generationstid och det betyder att bakterier som utvecklat resistens mot ett ämne på kort tid kan ge upphov till stora mängder bakterier som alla har denna egenskap (vertikal överföring). Gener som medför förvärvad resistens återfinns ofta på rörliga element i arvsmassan (plasmider, transposoner, integroner). Sådana rörliga element kan överföras mellan bakterier (horisontell överföring). På så sätt kan en bakterie förvärva resistens mot ett eller flera olika ämnen.

En utökad arvsmassa innebär ökad energiåtgång för att vid varje celldelning kopiera även tillkommande genetiska element, men om utökningen ger överlevnadsfördelar kan bakterien ändå vinna på att behålla dem. Fördelarna leder till selektion av de bakterier som har fått en förändrad arvsmassa. Antibiotika, antibakteriella ämnen och metaller kan alltså utöva ett selektionstryck på bakterier.

Antibiotika har som syfte att ta död på sjukdomsframkallande bakterier. Biocider är kemiska ämnen avsedda att förstöra, hindra, oskadliggöra, samt förhindra verkningarna av eller på annat sätt utöva kontroll över skadliga organismer¹. Vissa metallföreningar är aktiva biocidsubstanser.

Bakterier som kontinuerligt utsätts för antibiotika eller biocidämnen i halter under den nivå som hämmar tillväxten, kan utveckla resistens mot ämnet genom förändringar i arvsmassan. En farhåga är att mekanismen som ger resistens mot ett biocidämne även skulle kunna ge resistens mot antibiotika. Detta kallas korsresistens. En annan och möjligen större risk är att bakterier samtidigt kan bära resistensgener mot både antibiotika och biocidämnen. Detta kallas co-resistens och innebär att en resistent bakterie gynnas så länge något av ämnena finns i bakteriens miljö. Man befärar alltså att även om antibiotikaanvändningen minskar skulle co-resistenta bakterier fortfarande gynnas och snabbt kunna sprida sina resistensgener så länge de utsätts för biocidämnen.

Frågan om biocidanvändningens bidrag till utvecklingen av antibiotikaresistens har bedömts av en av EU:s vetenskapliga kommittéer som i sin slutsats skriver att frågan i nuläget inte är tillräckligt väl undersökt².

Miljöer som gynnar bakterieresistens

Sannolikheten för att resistens ska uppstå, överföras mellan bakterier och spridas ökar i de miljöer där olika bakterier möts och utsätts för antibiotika, antibakteriella ämnen eller metaller.

Användningen och förekomsten av dessa ämnen inom områden som sjukvård, djurhållning, livsmedelsproduktion och i behandlade konsumentvaror gör att ämnena hamnar i avlopp och ansamlas i kommunala reningsverk eller

¹ Fullständig definition finns i biocidförordningen No 528/2012

² Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks SCENIHR
Assessment of the Antibiotic Resistance Effects of Biocides (2009)

i små avloppsanläggningar. Bakterier i sådana miljöer kan då förvärva resistensgener och spridas från reningsverken eller släppas direkt ut i vattenmiljön. Även användningen i vattenbruk (t.ex. fiskodlingar) skulle kunna ge upphov till resistenta bakterier som sedan sprids i vattnet. Likaså är det möjligt att utsläpp av metaller från verksamheter som gruvor och småbåtshamnar kan bidra till utveckling av resistens.

Reningsverk

Sverige har drygt 2 000 kommunala avloppsreningsverk. Där behandlas sanitärt spillvatten, dagvatten från kombinerade system, dräneringsvatten och inläckande vatten som tillkommer på grund av läckage i systemens ledningar. Uppemot 1,5 km renas varje år, vilket är nästan dubbelt så stor volym som det dricksvatten som når konsumenterna. Alla de 7,7 miljoner människor som bor i tätorter är anslutna till ett avloppsreningsverk [4].

Läkemedel, liksom resistenta och/eller sjukdomsframkallande bakterier, som utsöndras via urin och avföring samt eventuella nedspolade läkemedelsrester, kommer genom toalett och avlopp till reningsverken. De biocidämnen som ingår i hushållsprodukter för rengöring och desinficering hamnar också i avloppet, liksom de som tvättas ur behandlade textilier.

Reningsverken tar emot flöden från många källor. Det kan vara avlopp från rengöring och desinficering vid sjukvårdsinrättningar och industriell produktion. Metallhalterna kan vara relativt höga i ingående dagvatten eller processvatten från metallbearbetande industrier.

Reningsverken är inte utformade för att rena vattnet från sjukdomsframkallande mikroorganismer, antibiotika och biocider. Många läkemedel bryts ner mer eller mindre och kan passera genom reningen till utgående vatten. Reningsverken producerar årligen omkring 240 000 ton slam (torrsubstans). Här hamnar många av de antibakteriella ämnen vi använder i samhället. Slammet hygieniseras men studier har visat att beroende av metod så avdödas inte alla bakterier. Därför kan både substanserna och bakterier finnas kvar när slammet sprids på åkern.

Antibakteriella ämnen i konsumentvaror

Kemikalieinspektionen gjorde 2012 en internetkartläggning av biocidbehandlade varor. Studien visade att uttryck som ”antibakteriell” eller ”antilukt” kan finnas med i marknadsföringen för en mycket stor mängd konsumentprodukter [5]. Endast sällan angavs vilka aktiva ämnen som använts; om något ämne nämndes var det oftast silver. Produkterna var avsedda för de flesta av vardagslivets sysslor, t.ex.:

- Textilier – sportkläder, underkläder, skosulor, mössor, handskar, strumpor, madrasser, madrasskydd, kuddar, sängkläder, handdukar, mattor, möbler, gardiner, textila tapeter.
- Byggprodukter – beläggingsmaterial för golv- och vägg, isoleringsmaterial för VVS-anläggningar, diverse handtag.
- Köksartiklar – skärbrädor, matförvaringslådor, knivar, salladsskålar, tallrikar, diskbänkar, diskborstar, plastpåsar, kylskåp, frysar, diskmaskiner.
- Badrumsartiklar – duschslangar, kakel, badkar, tandborstar, duschdraperier, badrumsmattor, toalettpapper, toalettlock, kattsand.
- Städartiklar – skurmoppar, rengöringsdukar, tvättsvampar, tvättbollar, dammsugare.

- Kontorsmaterial – pennor, tangentbord, datamöss, miniräknare, stämplar, hörlurar, tillbehör till iPods och mobiltelefoner.
- Artiklar för barn/barnvård – nallar, nappflaskor, amningsinlägg, skötbord, blöjor, barnsaxar.

De aktiva ämnen som ingår i en biocidbehandlad vara förmodas migrera ut på materialets yta för att ge varan biocid effekt. En studie av behandlade textilier visade också att ingående aktiva ämnen (triklosan, silver och triklokarban) till större delen tvättats ut ur materialet efter några tvättar [6]. Detta tyder på att små mängder aktiva biocidämnen kan slippa ut från miljontals behandlade varor som används, rengörs och går till avfall, världen över.

Kemikalieinspektionen har i en förstudie sökt vetenskaplig litteratur om de biocidämnen som kan vara aktuella att användas i varumaterial. Nästan hundra aktiva ämnen skulle, enligt gällande EU-program, kunna vara aktuella och för en tredjedel av dem fanns det mer än 2 000 litteraturreferenser. Då referenserna i många fall gällde patent, kan man anta att det finns ett relativt stort intresse för användningsmöjligheterna för dessa ämnen.

Små avloppsanläggningar

Omkring en miljon hushåll i Sverige är idag kopplade till små avloppsanläggningar (mindre än 200 personekvivalenter) i stället för kommunala reningsverk [7]. Utsläppen till vattenmiljöer är i princip desamma som från större kommunala reningsverk, men kvantiteterna som släpps ut från varje enskild punkt är mindre. Som konstaterats i Havs- och vattenmyndighetens (HaV) utredning kan verkningsgraden i ungefär hälften av dessa små anläggningar vara otillräcklig, vilket gör att det finns en ökad risk för direkta utsläpp utan rening till vattenmiljön lokalt [8]. Detta kan leda till förorening av grundvatten, badvatten och/eller dricksvatten.

Djur i lantbruk och vattenbruk

Både antibiotikaresistenta bakterier, antibiotika och antibakteriella ämnen kan nå jordar och vatten via gödsel eller urin. På samma sätt kommer antibiotika som används i fiskodlingar direkt ut i vattenmiljön. I Sverige är användningen av antibiotika till lantbrukets djur lägre än i flertalet länder inom EU [9]. Redan 1986 förbjöds antibiotika i rent tillväxtbefrämjande syfte i Sverige. Motsvarande förbud inom EU kom 2006. Sedan början av åttiotalet har försäljningen av antibiotika för djur minskat med cirka 60 procent mätt i mg antibiotika per skattad kilo levandevikt av lantbrukets djur och hästar. Medicinering av hela grupper av djur via foder utgör idag endast tio procent av den totala försäljningen. Under 2013 såldes totalt knappt 11 000 kg antibiotika för landlevande djur i Sverige (inklusive hundar, katter och hästar). Motsvarande siffra för människa var samma år 62 800 kg [10]. Användningen av antibiotika i svensk fiskodling är idag mycket begränsad och 2002–2011 användes i snitt endast 26 kg antibiotika per år [11].

Gruvor och småbåtshamnar

Det är välkänt och beskrivet i ett antal miljökonsekvensbeskrivningar från gruvbolagen att halterna av ett antal metaller nedströms gruvverksamheter är förhöjda. Gruvvattnet leds genom ett system av sedimentationsdammar och släpps därefter ut till sjöar och vattendrag. Vattnets halt av enskilda metaller understiger i flertalet fall effektnivåerna, men innebär en konstant metallex-

ponering för samhällen av mikroorganismer. Detta skulle kunna bidra till utvecklingen av antibiotikaresistens. Dessutom används ett antal flotationskemikalier vid separering och anrikning av mineraler, varav en del skulle kunna bidra till resistensutvecklingen eftersom de även används som biocider.

Halterna av metaller som koppar och zink är ofta förhöjda i vattnen runt småbåtshamnar till följd av de båtbottnfärger som används. Dessa skulle också kunna bidra till en ökad andel resistent mikroorganismer.

Industriell produktion av antibiotikasubstanser

Numera tillverkas bulkmängder av antibiotikasubstanser mestadels utanför EU, i länder där reningen av processvattnet ofta inte tar bort läkemedelsrester. I stället förs stora mängder rests substans ut i vattendragen och ger upphov till antibiotikaresistenta bakterier. I bottensedimentet utanför indiska reningsverk har ett stort antal resistensgener hittats.

Spridning av resistens i miljön

Biofilmer

Biofilmer är ett samlingsbegrepp för de skikt av mikroorganismer som lever på vätskeytor och på ytor av fasta material i kontakt med vatten eller fuktig luft. Filmen består av bakterier och andra självständigt levande mikroorganismer samt komplexa kolhydrater som bildas av dessa organismer. Man uppskattar att större delen av mikroorganismerna i naturen lever i biofilmer.

Biofilmer deltar i reningen av avloppsvatten och dricksvatten. Påväxten på ytor i rör, båtar och fartyg medför att aktiva bakterieansamlingar kan röra sig över haven. I dessa ansamlingar kan alltså utvecklad bakterieresistens fortsatt spridas mellan bakterier, leda till människors exponering och även röra sig genom vattenrymden.

Råvatten

I en rapport från Svenskt Vatten Utveckling [12] visas att råvattnet som används för dricksvattenproduktion är mer känsligt för föroreningar än vad som tidigare antagits.

I en pilotstudie som genomfördes 2012 studerades förekomsten av ESBL-bildande kolibakterier i råvatten. Vid två av fem vattenverk som följdes förekom låga halter av ESBL-bildande bakterier under en stor del av året. Men utgående dricksvatten innehöll inga tarmbakterier³. Det föreslås ett antal åtgärder i rapporten för att reducera flödet av bakterier av fekalt ursprung till råvatten, inklusive åtgärder som minskar utsläpp från enskilda avlopp och djurbesättningar.

Badvatten och bevattning

Människor som badar i hav, sjöar och vattendrag kan exponeras för mikrobiella ”föroreningar” som härrör från djurhållning, reningsverk, små avloppsanläggningar och naturligt förekommande mikroorganismer. Denna exponering regleras och övervakas i enlighet med EU:s badvattendirektiv 2006/7/EG. Övervakningen utförs endast vid större offentliga badplatser

³ http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/bakterier_virus_mogel/esbl_bildande_e_coli_%20ravatten_2013.pdf

under badsäsongen 21 juni–20 augusti. Det är kommunerna som ansvarar för övervakningen. Havs- och vattenmyndigheten utfärdar i enlighet med direktivet detaljerade föreskrifter för hur provtagning av badvatten ska göras.

En annan möjlig exponeringsväg som berör vatten i sjöar och åar är bevattning av bär och grönsaksodlingar med förorenat vatten. Eftersom produkterna ofta inte värmebehandlas kan konsumenten få i sig de resistenta bakterierna via maten. Den senaste kartläggningen av ESBL-bildande bakterier på bladgrönsaker på den svenska marknaden visade dock att förekomsten var låg (mindre än 1 procent) [13].

Vid resor

Förekomst av resistenta bakterier i andra länder är ett problem även för oss. Vi exponeras för dem när vi reser på semester och tar sedan med oss de resistenta bakterierna hem, där de kan spridas vidare genom bl.a. den yttre miljön.

Faran med människors exponering

I det inledande avsnittet till detta kapitel beskrevs att resistenta bakterier som kontinuerligt utsätts för det resistensgivande ämnet får överlevnadsfördelar gentemot andra bakterier i den miljön. Fördelarna leder till selektion och genom selektionstrycket kan resistensen upprätthållas.

Antibiotikaresistens hos bakterier blir ett stort problem för människa och djur om sådana gener överförs till sjukdomsalstrande (patogena) bakterier.

Genom minskad användning av antibiotika kan vi minska utsläppen till miljöer där resistens utvecklas och överförs, samtidigt som vi minskar selektionstrycket för de bakterier som redan är resistenta.

Möjligen kan den utbredda användningen av biocider leda till att bakteriella mekanismer medför samtidig resistens mot antibiotika och biocidämnen. I sådant fall får minskade antibiotikautsläpp marginell betydelse så länge biocidhalter i miljön ger ett selektionstryck som gynnar de resistenta bakterierna.

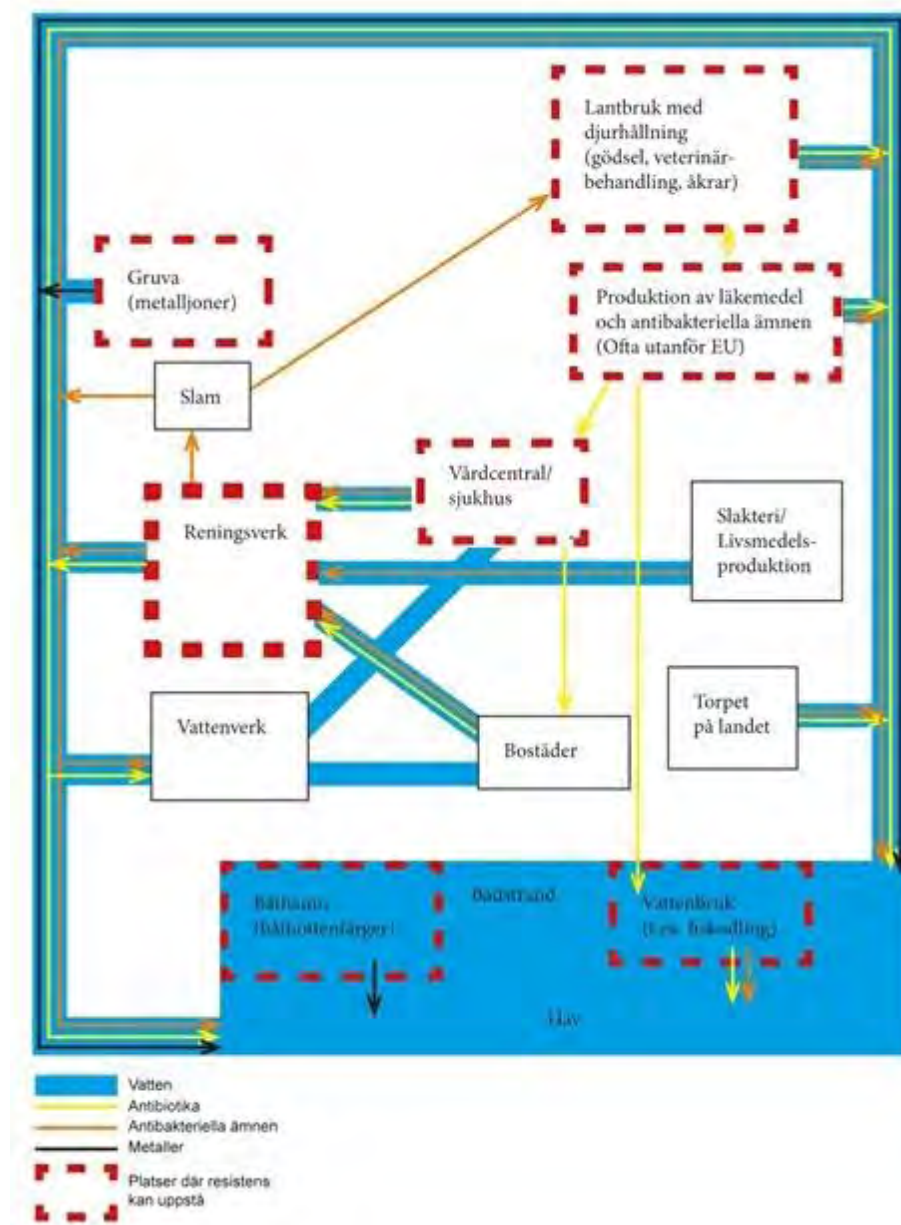
I nuläget har vi inte tillräcklig kunskap för att avgöra om samtidig resistens mot antibiotika och biocider ger, eller riskerar att ge, stora problem för möjligheterna att behandla infektioner. Eftersom åtminstone co-resistens förekommer finns det anledning att misstänka att en bred användning av antibakteriella biocider och metaller skulle kunna bidra till att co-resistens sprids. Samtidigt är desinfektionsmedlens viktigaste användning att förhindra smittspridning, minska antalet sjukdomsfall och därmed behovet av antibiotika.

Genom minskad användning och utsläpp av antibakteriella ämnen och metaller kan vi minska risken för att det uppstår miljöer där bakterier gynnas av utveckling eller överföring av resistensgener.

En ytterligare anledning att minska den breda användningen av antibakteriella ämnen och därmed utvecklingen av resistens mot biocider, är att bakteriernas känslighet för desinfektionsmedel bevaras.

Som framgår av figur 1 nedan leder vår användning av antibiotika och biocidämnen till att dessa ämnen kan ansamlas i olika miljöer där bakterier har möjlighet att tillväxa och utbyta genetiskt material, t.ex. i sediment och filterrare.

Figur 1. Miljöer som gynnar uppkomst och spridning av resistens



De mest uppenbara åtgärderna för att minska risken för utveckling av resistens och överföring mellan icke-patogena och patogena bakterier inom miljöområdet är att förbättra reningen av avloppsvatten (målområde 3), och att minska tillflödet av antibiotika, biocider och metaller, dvs. minska användningen (målområde 4). Förslagen är långt ifrån enkla att genomföra i praktiken, men kostnaderna bör vägas mot den kostnad som en ökad antibiotikaresistens medför för samhället. För att få en bättre lägesbild, kunna fokusera åtgärder till mest kostnadseffektiva områden och följa förändringar över tid krävs också övervakning av fastställda relevanta parametrar (målområde 5).

Arbetet och ansvaret inom miljösektorn är uppdelat på många olika aktörer. Tabell 1 nedan ger en överblick hur ansvarsfördelningen ser ut.

Tabell 1. Myndigheters ansvarsområden

Fråga	Ansvarig	Kommentar
Badvattenkvalitet	Kommunerna	Det är bara vissa indikatorbakterier som mäts. Ingen mätning som skulle täcka dessa frågeställningar görs.
Kvaliteten på råvatten	Kommunerna. Havs-och vattenmyndighetens uppgift är att ge vägledning och tillsynsvägledning om vattenskyddsområden som inrättas med stöd av miljöbalken. Vägledningen gäller främst skyddet av de dricksvattenförekomster som används i kommunernas vattenförsörjningssystem.	Det är bara vissa indikatorbakterier som mäts. Ingen mätning som skulle täcka dessa frågeställningar görs.
Utsläpp från enskilda avlopp	Kommunerna	Ingen övervakning av utsläpp av kemikalier eller resistenta bakterier.
Övervakning av utsläpp av kemiska ämnen från reningsverk	Verksamhetsutövaren samt ingår i den nationella miljöövervakningen	Det är mycket få ämnen som verksamhetsutövaren har krav på sig att mäta.
Halter av antibakteriella ämnen i miljön	Naturvårdsverket	Naturvårdsverket har ansvar för övervakning av kemikalier i miljön, inklusive vattenmiljön.
Förekomst av resistensgener i vattenmiljön		Inte uttalat från regeringen var ansvaret i denna fråga ligger
Utvärdering av aktiva ämnen i biocidprodukter	Kemikalieinspektionen	Kemikalieinspektionen deltar i beslutsfattande inom biocidregelverket
Tillsyn av informationskravet för biocidbehandlade varor	Kemikalieinspektionen	Kemikalieinspektionen driver ett nordiskt projekt om strategi för att minska onödiga användning

Djur och livsmedel

Målområde 3

Vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.

Under detta målområde diskuteras smittskydd, vårdhygien, livsmedelshygien och andra åtgärder som förebygger eller hanterar infektioner på populationsnivå, t.ex. vaccination och friskvård.

Sverige har i dagsläget ett gott hälso- och resistensläge på djursidan. Läget förklaras till stor del av ett kontinuerligt arbete för att minska behovet av antibiotikabehandling och en tradition av att verka för att kontrollera och bekämpa smittor samt att minimera risken för introduktion av allvarliga smittor. Sjukdomsförebyggande arbete, rådgivning och frivilliga kontrollprogram bedrivs för livsmedelsproducerande djur av bl.a. djurhälsoorganisationer som Svenska djurhälsovården och Växa Sverige. Branschorganisationer som Svensk fågel, Svenska ägg och Fiskhälsan FH AB har motsvarande verksamhet.

Hundar, katter och hästar är på olika sätt ofta i kontakt med djur från andra hushåll eller stallar och internationella kontakter är relativt vanliga. Det är också de djurslag som vid behov vårdas vid djursjukhus och veterinärkliniker. Kunskapen hos ägare av hästar och sällskapsdjur om smittförebyggande åtgärder varierar, och ibland är befintliga anläggningar och verksamheter så utformade att effektivt smittskydd och hygien försvåras.

Jordbruksverket har beviljat medel till Växa Sverige och Svenska djurhälsovården för att ta fram och utveckla smittskyddsförebyggande program för nötkreatur och gris, som väntas tas i bruk 2015, och SVA har räknat på de ekonomiska konsekvenserna av sjukdomar och kostnaden för förebyggande arbete som stöd för programmet. En webbplattform⁴ för förbättrat smittskydd på gårdsnivå har också tagits fram av SVA, Växa Sverige och Svenska Djurhälsovården.

Särskilda smittförebyggande regler finns för besättningar som har besöksverksamhet. Från den 1 april 2014 finns krav på hygienplaner för verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård. Under 2013 infördes regler för hantering av misstänkt och verifierad MRSA och MRSP hos sällskapsdjur och häst. Det finns idag inga regler eller riktlinjer för nötkreaturs- och grisbesättningar med påvisad MRSA eller med påvisad ESBL_{CARBA} hos något djurslag.

Förekomst och spridning av resistensgener och resistent bakterier i livsmedel förebyggs till stor del genom det arbete som bedrivs före slakt i form av sjukdomsförebyggande åtgärder och omdömesgill antibiotikaanvändning samt genom god hygien längs hela livsmedelskedjan. Kunskapen om olika livsmedels betydelse som spridningsväg för antibiotikaresistens är idag ofullständig. Den senaste kunskapssammanställningen på området ur ett svenskt perspektiv är daterad 2009.

⁴ www.smittsäkra.se

Målområde 4

Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.

För att antibiotika ska väljas och användas korrekt, och bara vid behov, krävs att mikrobiologisk diagnostik är tillgänglig, säker och utnyttjas på rätt sätt. Inom veterinärmedicinen används för klinisk mikrobiologisk diagnostik svenska laboratorier, inklusive SVA, men också laboratorier vid djursjukhus och i andra länder, eller i mindre verksamheter även egna laboratorier. Idag är få laboratorier ackrediterade för klinisk diagnostik, och lägsta standard för kvalitet på diagnostik är inte definierad (angående diagnostik se även målområde 6).

Programmet Svarmpat, som drivs av SVA och Svenska djurhälsovården, och programmet för obduktionsverksamhet, inom vilket 2 500–3 000 djur obduceras årligen och som drivs av Svenska djurhälsovården, bidrar båda till att stimulera till ökad tillgång till och användning av diagnostik. I båda fallen finansieras programmen av Jordbruksverket. För fisk finns ett särskilt regelverk om obduktionskrav. Kunskapen bland förskrivarna om diagnostik och tolkning av provsvar kan förbättras.

Behandlingsrekommendationer för olika djurslag har tagits fram och uppdateras av Sveriges veterinärmedicinska sällskap (branschriktlinjer). I arbetet har framgått oklarheter kring korrekt dosering av antibiotika för vissa indikationer. Läkemedelsverket har därför genom terapiworkshops med olika experter färdigställt fördjupade behandlingsrekommendationer med förslag till dosering av antibiotika till gris samt till nötkreatur och får.

Lokalt anpassade och tillämpade riktlinjer är en del av en modern kvalitetssäkrad veterinärvård. För egenkontroll är tillgång till förskrivar- eller arbetsplatsbaserad förskrivningsstatistik nödvändig, liksom tillgång till checklistor baserade på olika indikatorer. System för egenkontroll på besättningsnivå bör också utvecklas mer, så att den egna besättnings djurhälsa och läkemedelsförbrukning kan jämföras över tid och med andra besättningsar.

I syfte att förebygga spridning till människa av bakterier som är resistenta mot antibiotika som är viktiga alternativ för behandling av svåra infektioner inom humanmedicinen har Jordbruksverket begränsat veterinärers rätt att förskriva vissa antibiotika. Idag saknas ett system för uppföljning av hur väl regelverket följs på förskrivarnivå.

Målområde 5

Tillgången till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Övervakning av antibiotikaförbrukning

Den totala apoteksförsäljningen av antibiotika för användning till djur sammanställs och analyseras sedan 1980 av SVA. Idag sker sammanställningen i samarbete med Jordbruksverket som också har i uppdrag att redovisa förskrivning av vissa läkemedel till djur, inklusive antibiotika, uppdelat per

djurslag. Sammanställningarna grundas på försäljning från apotek som rapporteras till eHälsomyndigheten.

Data över den totala försäljningen av antibiotika för djur i Sverige levereras av SVA och Jordbruksverket till European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC) som leds av EMA. En utveckling av riktlinjer för insamling av statistik per djurslag och förbättrade måtenheter pågår. Inom ESVAC kommer från 2015 insamling av data för grisar i olika ålderskategorier att testas. I nästa steg ska också data för kyckling och kalv rapporteras.

Sedan 2011 har det varit svårt att på ett tillfredsställande sätt ta ut statistik över försäljning av licensläkemedel. SVA har därför sedan 2012 samlat in kompletterande uppgifter om försäljningen av licensläkemedel direkt från företagen. Läkemedelsindustriföreningen har vidare framfört farhågor om att det efter omregleringen av apoteksmarknaden kan förekomma viss underrapportering av försäljning av godkända antibiotika från apoteken. SVA har för 2013 skattat bortfallet till 5–10 procent av den totala försäljningen uttryckt som kg aktiv substans. Detta innebär att det är svårt att bedöma trender från 2010 och framåt.

Statistiken över apoteksförsäljning medger inte tillfredsställande uppdelning per djurslag. Det går inte heller att effektivt övervaka trender i förekomsten av infektionssjukdomar hos djur i landet. Möjlighet att ta fram meningsfull statistik per region, forskrivningsorsak eller besättning saknas också. Enskilda forskrivare eller arbetsplatser kan heller inte ta ut statistik för egenkontroll. Dessa brister kan sannolikt åtgärdas genom att förbättra Jordbruksverkets djursjukdatasystem. I detta system ska veterinärer månadsvis rapportera läkemedelsbehandlingar och behandlingar av sjukdomar hos nötkreatur, får, getter, renar, grisar, fjäderfän, fiskar och hägnat vilt samt systemisk behandling av hästar med antibiotika. Kvaliteten på djursjukdata har ifrågasatts eftersom inte alla veterinärer rapporterar, och alla data inte rapporteras på korrekt sätt. Jordbruksverket har ett främjandeuppdrag som syftar till att öka inrapportering och användbarhet av systemet. Inom ramen för en förstudie 2013 har förslag på förenklad och förbättrad rapportering tagits fram. Förstudien innehåller också förslag på anpassning så att systemets användbarhet ökas. Om dessa förändringar genomförs, bör systemet kunna användas för de statistikbehov som påtalas ovan, inklusive statistik per djurslag och ålderskategori till ESVAC.

Övervakning av resistens

Sedan år 2000 övervakar SVA resistens hos bakterier i programmet Svarm. Övervakningen omfattar bakterier från både djur och kött från djur uppfödda i Sverige och genomförs enligt EU-kommissionens riktlinjer och rapporteras till EFSA. I denna övervakning ingår bakterier med potentiellt zoonotisk karaktär och tarmbakterier från friska djur vid slakt (indikatorbakterier). Utöver detta övervakas resistenstyper som är anmälningspliktiga samt resistens hos bakterier av betydelse för djurhälsan. Vad gäller det senare baseras merparten av övervakningen på uppgifter från SVA:s diagnostiska laboratorier, men kompletteras med uppgifter från programmet Svarmpat som drivs i samarbete med Svenska djurhälsovården och finansieras av Jordbruksverket.

Resultaten av övervakningen rapporteras och analyseras mot bakgrund av antibiotikaförbrukning och sjukdomsläge. SVA och Folkhälsomyndigheten

har i samverkan integrerat övervakningsrapporterna Swedres och Svarm sedan 2012. Resultaten av övervakningen och eventuella behov av åtgärder diskuteras årligen med berörda aktörer inom landet.

Internationell samverkan kring utformningen av system, harmonisering av metodik samt framtagande av riskvärderingar och andra kunskapsunderlag sker inom EU och WHO och är viktiga för att säkerställa god jämförbarhet. SVA och Livsmedelsverket deltar aktivt i ett sådant arbete.

Vid SVA finns diagnostisk kapacitet och kunskap för att genomföra övervakningen. Kostnadseffektiva system för insamling av prover från friska djur vid slakt och för livsmedel har inte kunnat etableras. Övervakning av förekomst av resistenta bakterier på importerade och införda livsmedel, framför allt frukt och grönsaker saknas generellt även om enstaka kartläggningar finns.

Övervakning av vårdrelaterade infektioner

Inom djurens hälso- och sjukvård finns i huvudsak många olika privata aktörer. Det finns i dagsläget inga harmoniserade eller gemensamma system för registrering av vårdrelaterade infektioner. För lantbrukets djur och till viss del hästar bedrivs vården i huvudsak ambulantly, alltså när veterinären besöker gården. För hund och katt, och till en del häst, sker vården vid mottagningar (kliniker) och djursjukhus. I verksamhet med ambulantly praxis är det svårt att klargöra om en infektion är vårdrelaterad eller om den uppstått som följd av andra kontakter. Därför bör i det här skedet vård vid kliniker och djursjukhus prioriteras. Lokalt ska i varje enskild verksamhet någon form av övervakning ske inom ramen för verksamhetens hygienplan. Kravet på hygienplan infördes 1 april 2014 och utvecklingen av ett system för nationell övervakning är därför inte prioriterad inom de närmaste tre åren.

Målområde 6

Utvecklingen av och tillgången till optimal diagnostik och effektiv behandling av bakteriella infektioner säkerställs.

Prioriteringen av behandling av människor gör att det inte är sannolikt att eventuella nya klasser av antibiotika kommer att bli tillgängliga för veterinärmedicinsk användning. Därför har företag som arbetar med veterinärmedel snarare fokus på att t.ex. genom nya formuleringar möjliggöra nya sätt att administrera äldre antibiotika vilket kan vara av värde.

Den svenska marknaden för djurläkemedel är ekonomiskt sett mycket liten. Tillgången till godkända veterinärmedicinska läkemedel begränsas därför av rent företagsekonomiska skäl. Det finns en brist på godkända produkter för vissa ändamål, t.ex. behandling av ögoninfektioner hos djur som klassas som livsmedelsproducerande (inklusive häst), och för vissa djurslag som är mindre vanligt förekommande. Idag är ungefär 10 procent av den totala försäljningen av antibiotika för djur, mätt i kg aktiv substans, s.k. licensläkemedel. En faktor som har betydelse i företagens överväganden om marknadsföring i Sverige är kostnaden för märkning av förpackningar på svenska.

Utveckling av och tillgång till optimal diagnostik inom veterinärmedicinen är av stort värde också för målområde 4. Utvecklingsbehovet kan mötas genom forskning. Tillgången till optimal diagnostik är också beroende av att

den införs och efterfrågas. Det under målområdena 4 och 5 omtalade nätverket av laboratorier kan, om finansiering erhålls, utnyttjas för detta syfte.

Människa

Målområde 3

Vårdrelaterade infektioner samt smittspridning inom och mellan alla samhällssektorer minimeras genom förebyggande åtgärder, tidig upptäckt och snabb intervention.

Vårdrelaterade infektioner är den vanligast förekommande vårdskadan och förorsakar både mycket lidande för enskilda och stora kostnader för samhället. Det beräknas att åtminstone en tredjedel av de vårdrelaterade infektionerna skulle kunna förebyggas genom bl.a. tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner.

Inom vård och omsorgsverksamhet förekommer smittspridning av såväl resistent som känsliga bakterier. Resistent bakterier kräver ofta lång och bred antibiotikabehandling. Vårdrelaterade infektioner är därför också ur antibiotikaresistenssynpunkt viktiga att förebygga. Det optimala är att genom följsamhet till hygienrutiner, inklusive handhygien och städning, förebygga både vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Om en smittspridning ändå uppstår är nästa steg att begränsa utbrottet genom snabb upptäckt och åtgärd. De allra flesta begynnande utbrott tas om hand lokalt av smittskyddsenheten eller enheten för vårdhygien, ofta i samarbete. En optimerad användning av antibiotika bidrar även det till en minskad spridning av resistent bakterier.

Smittoöverföring av såväl resistent som känsliga bakterier kan ske via föremål, textilier eller från ytor. Smitta kan även överföras till patienter via personalens händer och kläder. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:19) om basal hygien i hälso- och sjukvården m.m. anges tydliga krav på klädsel och handhygienrutiner för hälso- och sjukvårdspersonal. God hygienisk standard ska inte enbart ses ur ett patientsäkerhetsperspektiv; även personalen kan drabbas av vårdrelaterade infektioner. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) ska arbetsgivaren vidta förebyggande åtgärder mot smittrisker i arbetsmiljön.

Det har skett en snabb teknikutveckling inom vården, och hygienrutiner för användning och skötsel av medicinsk teknisk utrustning är av stor betydelse i det infektionsförebyggande arbetet. Socialstyrelsen har föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användningen av medicinska produkter i hälso- och sjukvården.

Städning och desinfektion ska ske på ett sådant sätt att risken för smittspridning via miljö och material minimeras. Städning i vårdlokaler har tidigare inte betraktats som en patientsäkerhetsfråga. Studier visar dock att en hög städkvalitet kompletterar en god handhygien i arbetet att förebygga smittspridning av vårdrelaterade infektioner.

En välfungerande vårdstruktur är ytterligare en förutsättning att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller

verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ha ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamhetens kvalitet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska genom tillsyn bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. När det gäller arbetsmiljön har Arbetsmiljöverket motsvarande tillsynsansvar.

Den ökade spridningen av antibiotikaresistenta bakterier och andra smittämnen innebär risker även inom verksamheter utanför slutenvården, exempelvis inom hemtjänst och särskilda boenden. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker smitta, toxinpåverkan, överkänslighet finns krav på ett hygieniskt arbetssätt som gäller för såväl hälso- och sjukvårdspersonal som för personal inom omsorgen.

Grundläggande för att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska risken för smittspridning är att all personal har relevanta kunskaper i vårdhygien och att tillgång till vårdhygienisk expertis säkerställs. Alla vård- och omsorgsrutiner bör innefatta vårdhygieniska aspekter och personalen måste också ges de förutsättningar som behövs för att kunna arbeta i enlighet med gällande lagstiftning och verksamhetsrutiner. Det gäller såväl planering och organisation, som tillgång till adekvata lokaler och utrustning.

Målområde 4

Antibiotika och antibakteriella ämnen används och hanteras på ett korrekt och omdömesgillt sätt inom alla sektorer.

Rationell användning av antibiotika syftar till att bevara nuvarande antibiotikas effekt så länge som möjligt. Utbredd resistens mot antibiotika kommer att allvarligt påverka sjukvårdens möjligheter att behandla vanliga bakteriella infektionssjukdomar och bedriva avancerad sjukvård. Ett underlag till vad rationell användning av antibiotika innefattar framgår av Stramanätverkets och Svenska infektionsläkarföreningens tiopunktsprogram från 2014 [14]. Kortfattat måste lokala förskrivnings- och resistensdata analyseras sammantaget och återkoppling ges, terapiriktlinjer ska finnas för indikation, dos och behandlingstid samt följsamheten ska mätas, antibiotikaproylax inför kirurgi ska ges på rätt sätt. En förutsättning är vidare tillgång till infektionsexpertis på varje sjukhus och för allmänläkare ansvariga i öppen vård och för äldre-vård.

Inom området vanliga infektioner i öppenvården har Läkemedelsverket, i samarbete med Strama och/eller dåvarande SMI (numera Folkhälsomyndigheten), under den senaste tioårsperioden tagit fram rekommendationer för behandling av halsfluss, öroninflammation, bihåleinflammation, nedre luftvägsinfektioner, nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor och hud- och mjukdelsinfektioner, samt för antibiotikaproylax i tandvården, antibiotikabehandling i tandvården och behandling av akne.

Att verka för nya behandlingsrekommendationer för antibiotika i öppenvården ligger sedan länge på landets alla Stramagrupper, ofta tillsammans med läkemedelskommittéer. Detsamma gäller för riktlinjer i slutenvården, för att anpassa riktlinjer från Infektionsläkarföreningen till lokalt resistensläge och tradition. I detta lokala arbete är hela tiden god tillgång på väl ut-

vecklade data, om såväl resistensläge och antibiotikaanvändning på alla nivåer, en förutsättning för framgång i den mycket centrala diskussionen med de förskrivande läkarna. Statens och SKL:s patientsäkerhetsinitiativ 2010–2014 har understrukit de lokala Stramagruppernas betydelse. Det framgångsrika samspelet mellan nationell och lokal nivå har ytterligare sänkt en redan låg antibiotikaförbrukning.

Folkhälsomyndigheten har 2014 fått ett regeringsuppdrag att utvärdera befintliga antibiotika ur nya vinklar för att undersöka om ytterligare effekt kan erhållas ur dessa. Syftet är att se över dosoptimering, ändrad behandlingstid eller kombinationer, samt identifiera möjliga nya indikationer vid behandling av bakteriella infektioner.

För att få en så optimal användning som möjligt av befintliga antibiotika på klinik-, förskrivar- och apoteksnivå, måste tillgången till relevanta preparat säkras. Modern sjukvård, liksom vårt personrelaterade smittskydd och djurhälsovården är beroende av och förutsätter en adekvat tillgång till en bred flora av verksamma läkemedel, från antimikrobiella preparat till vacciner. Det är både av vitalt intresse för samhället och en fråga om patientsäkerhet för den enskilde.

Målområde 5

Tillgången till relevant information säkras genom systematisk insamling, analys och presentation av data av betydelse för antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Övervakning av resistens

Grunden för resistensövervakningen är lokala data baserade på kliniska prover tagna vid misstänkta akuta infektioner samt data från screening och kontaktpårning av resistent bakterier av vårdhygieniska skäl eller enligt smittskyddslagen.

Folkhälsomyndigheten analyserar och sammanställer nationella data över antibiotikaresistens. Sverige har fyra system för nationell resistensövervakning: ResNet, EARS-Net, Svebar samt SmiNet. Alla system bygger på att laboratorierna frivilligt deltar förutom SmiNet som hanterar anmälningar enligt smittskyddslagen. Dåvarande Smittskyddsinstitutet publicerade 2013 en nationell plan för övervakning av antibiotikaresistens på kort och på lång sikt som tagits fram inom ramen för ett regeringsuppdrag i samverkan med berörda verksamheter. Föreslagna mål och åtgärder i denna plan följer denna tidigare plan som till stor del bygger på att alla laboratorier ska ansluta sig till Svebar och att sammanställning av data från SveBar ska underlätta den lokala övervakningen. Enbart Svebar har möjlighet att ge en heltäckande bild, då det bygger på att alla odlingsfynd från alla laboratorium automatiskt ska samlas in varje dag. I nuläget är dock inte alla laboratorier anslutna och data kan endast sammanställas per laboratorium och inte per provtagande enhet. Om antibiotikaresistensdata inte kan delas upp efter verksamhetstyp, t.ex. slutenvård, öppen vård, intensivvård, allmän kirurgi etc., finns det risk för att de inte blir tillräckligt användbara för lokal övervakning. Det är därför viktigt att utveckla Svebar för att använda HSA-id, respektive utreda möjligheten att lägga till personidentitet.

Varje år publicerar Folkhälsomyndigheten och Statens veterinärmedicinska anstalt tillsammans rapporten SWEDRES/SVARM som behandlar

antibiotikaresistens och antibiotikaförbrukning. Årsrapporten ger möjlighet till fördjupningar och analyser av utvecklingen. För att ge en snabb återkoppling publicerar även Folkhälsomyndigheten regelbundet statistik över förbrukning och resistens på sin webbplats och i elektroniska nyhetsbrev. I och med den ökade förekomsten av resistenta bakterier så ökar behovet av lokala resistensdata som grund för val av antibiotikabehandling. Lokal övervakning och återkoppling av data till kliniker blir därmed allt viktigare och medför också en högre belastning på kliniskt mikrobiologiska laboratorier och Strama-grupper.

För att snabbt identifiera smittspridning eller utbrott krävs en *early warning*-funktion, vilket Svebar möjliggör. Det är angeläget att det finns väl fungerande system för sammanställning, analys och rapportering av information från Svebar, såväl nationellt som lokalt.

En grundförutsättning för en god resistensövervakning är att bakteriologiska odlingar beställs i tillräckligt hög omfattning. Hur många prov som tas på olika indikationer (kliniska odlingar, screening och kontaktspårning) har stor inverkan på resultatet och validiteten av data. För vissa infektioner, särskilt i primärvården, tas få prov. Där kan riktade sentinelbaserade resistensstudier behöva övervägas. Validiteten påverkas även i hög grad av skillnader mellan laboratoriers strategier för art- och resistensbestämning.

Övervakning av antibiotikaförbrukning

En utveckling av diagnoskopplad förskrivning är viktig för att värdera följsamheten till behandlingsrekommendationerna, något som tidigare framhållits i SPAR-planen (Svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens) [15] och i det regeringsuppdrag som Strama och SMI rapporterade år 2008 om framtida övervakningssystem [16].

Folkhälsomyndigheten ansvarar på nationell nivå för övervakning och analys av antibiotikaförbrukningen inom humanmedicin och deltar även i det Europeiska nätverket för övervakning, ESAC-net. För övervakningen använder Folkhälsomyndigheten statistik över försäljning av läkemedel från e-Hälsomyndigheten, samt data från Socialstyrelsens individbaserade läkemedelsregister. Sammantaget ger det en god, men övergripande bild av antibiotikaförsäljningen och dessa data kan inte relateras till avsedd indikation eller diagnos.

Det är mycket viktigt att eHälsomyndighetens statistik behåller samma standard som innan avregleringen av Apoteket AB. Här har dock brister uppstått då alla data inte levereras från slutenvården från enstaka landsting, t.ex. Jönköpings landsting, där läkemedelsförsörjningen bedrivs i egen regi. Detta leder till att det nu inte längre finns nationellt sammanhållen och tillförlitlig statistik över försäljning av antibiotika inom slutenvården. Det är angeläget att det finns en tydlig reglering av rapportering av läkemedelsförsäljning inom slutenvård på motsvarande sätt som för läkemedelsförsäljningen inom öppenvården. För att följa också enskilda vårdcentralernas förskrivning har på regional och lokal nivå några landsting utvecklat egna system som gör det möjligt att följa diagnoskopplad förskrivning i öppenvården och dessa data återförs tillsammans med de nationella.

Regeringens och SKL:s patientsäkerhetssatsning under åren 2010–2014 stimulerade aktiviteten i det lokala arbetet genom både ett kvantitativt mål för reduktionen av förskrivningen per år och ett mål om återkoppling av den

personliga förskrivningen till minst 50 procent av vårdenheter i primärvården (med eller utan diagnoskoppling beroende på lokala förutsättningar).

För att ta fram god statistik är det viktigt med snabb och tillförlitlig datafångst. Det ideala för att kunna stödja en förbättrad handläggning och behandling av infektioner är system för automatiskt datauttag ur journaler avseende diagnos och de uppgifter som ligger till grund för diagnosen.

Folkhälsomyndigheten delfinansierar och samverkar med Primärvårdens Register över Infektioner i Sverige, PRIS, vilket förutom diagnoser även ger vissa uppgifter om kvaliteten i diagnostiken från ett antal frivilligt deltagande vårdcentraler.

Inom slutenvården pågår genomförandet av Infektionsverktyget som möjliggör uppföljning av antibiotikaordinationer och vårdrelaterade infektioner per diagnosgrupp. Lokal övervakning och återkoppling av förskrivningsmönster till förskrivare är central för att nå en förbättrad, rationell förskrivning.

Resistensproblematiken har satt ett starkt fokus på behovet av att minska överförskrivning. Det är då också viktigt att upptäcka eventuell underförskrivning av antibiotika. Folkhälsomyndigheten arbetar därför med att vidareutveckla mått och indikatorer för en rationell antibiotikaförbrukning inom projektet MIRA.

Övervakning av vårdrelaterade infektioner

Sedan 2008 genomför Sveriges Kommuner och Landsting nationella PPM-VRI mätningar på svenska sjukhus. Sverige deltar även i ECDC:s mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på sjukhus. För att få ökad kunskap om såväl förekomst av vårdrelaterade infektioner som antibiotikaanvändning inom äldreboenden genomför Folkhälsomyndigheten nationella punktprevalensmätningar inom särskilt boende. Målsättningen är att få ett enhetligt mätverktyg för jämförelser till grund för verksamheternas förbättringsarbete. Som en del i ett systematiskt förbättrings- och patientsäkerhetsarbete behövs ett lättanvänt, enhetligt registrerings- och återkopplingsverktyg för styrning och uppföljning av vårdrelaterade infektioner och deras relation till de vårdrelaterade riskfaktorerna.

2010 började Sveriges Kommuner och Landsting genom Center för eHälsa i samverkan, CeHis, att utveckla ett nationellt system, det s.k. Infektionsverktyget, för registrering och återkoppling av information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaordinationer. Målsättningen med detta projekt är att skapa ett enhetligt stöd för det lokala förbättringsarbetet, men också att bidra till beskrivningen av vilka kostnader vårdrelaterade infektioner orsakar.

Målområde 6

Utvecklingen av och tillgången till optimal diagnostik och effektiv behandling av bakteriella infektioner säkerställs.

Tillgång till diagnostik, och förbättrad diagnostik

Med en ökande antibiotikaresistens och därmed ökad risk att antibiotika inte längre har effekt, ökar kraven på en förbättrad hantering i hela provkedjan för snabbast möjliga diagnostik. Vid allvarliga infektioner är det särskilt viktigt att rätt behandling sätts in med minimal fördröjning för att minimera komplikationer och död. En förutsättning för detta är korrekt diagnos i tid.

Det behöver utvecklas en ny typ av diagnostik för att få till stånd snabbare resistensbestämning och därmed vård och behandling. Genom tillgång till snabb *bedside*-diagnostik skulle den behandlande läkaren kunna särskilja:

- en virusutlöst infektion från en bakteriell
- vilken bakterie som orsakar den aktuella infektionen
- infektion med svampar från infektion med bakterier
- bakteriers känslighet mot olika antibiotika.

Önskemålet är en diagnostik som kan ge svar på kortare tid och på flera frågor utan att vara betungande eller fördyrande för verksamheten, som då skulle kunna ge en mer kostnadseffektiv handläggning av varje enskilt fall.

För många vanliga infektioner inom öppenvården räcker det med en väl upptagen anamnes och klinisk undersökning för att ställa diagnosen. Inom slutenvården måste en annan riskvärdering göras och representativa odlingar tas mycket mer frekvent. Detta mot bakgrund av i allmänhet allvarligare infektioner, motståndsnedsatta eller mera mottagliga patienter, många som behandlas med antibiotika och större vårdhygieniska risker.

En undersökning från 2011 visade att endast 60 procent av blododlingarna blev hanterade optimalt avseende hela kedjan från provtagning till att svar förelåg, samt att förbättringar i teknik och metod på laboratoriet avsevärt kunde förkorta tiden för att fastställa fynd i blod av bakterier och deras resistens. Det krävs ett brett samarbete mellan olika verksamheter och professioner för att hitta den optimala logistiken och handläggningen i hela kedjan.

Tillgång till effektiva antibiotika

Tillgång till effektiva antibiotika berör främst av två huvudaspekter:

- utveckling av, och tillgång till, nya antibiotikasubstanser
- tillgång till, och optimerad användning av, befintliga antibiotikasubstanser av rätt sort – i rätt tid.

Forskning och utveckling av nya antibiotikasubstanser kan stimuleras såväl nationellt som internationellt. En förutsättning är gemensamma insatser från industrin, akademien, forskningsfinansiärer, nationella och europeiska myndigheter samt en politisk, inklusive finansiell, handlingskraft. En hållbar ekonomisk modell på nationell, europeisk och global nivå, är en förutsättning för att stödja båda dessa aspekter.

Det rådande resistensläget har medfört att ett flertal äldre antibiotika, t.ex. kolistin, fosfomycin, mecillnam och temocillin, under senare år har fått nya viktiga användningsområden. Då flera av dessa preparat inte efterfrågats i större utsträckning under lång tid, finns de ofta registrerade och marknadsförda endast i ett fåtal europeiska länder. De säljs vanligen som generika för relativt låga priser, vilket leder till att incitament är bristfälliga eller saknas till att utföra kliniska studier syftande till optimerad användning, samt till att ansöka om marknadsföringstillstånd i fler länder. Vissa av dessa antibiotika har potential att framgångsrikt behandla infektioner orsakade av multiresistenta gramnegativa bakterier, såsom ESBL-producerande bakterier. Det är därför mycket angeläget att finna vägar att få tillgång till dessa allt värdefullare äldre antibiotika även på den svenska marknaden. Det kan bl.a. ske ge-

nom en översyn av regulatoriska specifikationer, prissättningsmodeller och logistiken vid licensförskrivning och tillhandahållande.

Att ett läkemedel inte kan tillhandahållas benämns ofta ”restnotering”, vilket är en indikation på att det inte finns tillräckligt av läkemedlet i försörjningskedjan. Om inte likvärdigt läkemedel finns att tillgå kan detta från ett patientperspektiv, och ett patientsäkerhetsperspektiv, innebära stora problem. Av Läkemedelsverkets rapport över restnoteringar framgår att faktiska restsituationer vad gäller läkemedel upplevs som ett ökande problem även globalt. Anledningarna till restnoteringarna anges bl.a. vara oväntat stor försäljning, nationella prissättningsmodeller, parallelexport från Sverige eller logistiska problem på grund av små lager. Vissa orsaker, t.ex. parallelexport och företagens önskan att effektivisera sina processer, anges kunna ha en direkt koppling till prissättningen av läkemedel. Detta leder till att det blir olönsamt för företagen att ha lager av en produkt som har liten efterfrågan. Minskad lagerhållning inom Sverige ökar risken för leveransproblem, exempelvis p.g.a. produktionsstörningar eller när leveranser prioriteras till andra länder av tillverkaren – kanske till sådana som antagit en utvecklad plan för upphandling. En liten störning i flödet kan få tydligt genomslag i apoteksledet där brist snabbt uppstår. Denna sårbarhet har blivit alltmer tydlig efter avregleringen av apoteksmarknaden. Att lagerhållningen minskar i alla led, samtidigt som produktionen flyttas utomlands och allt längre bort, ökar alltså sårbarheten och innebär risker även vid i övrigt normala förhållanden.

Forskning och innovation

Infektioner har alltid drabbat människor och djur, men tack vare den forskning som möjliggjorde upptäckten och vidareutvecklingen av antibiotika räddas idag miljontals människor från tidigare dödliga sjukdomar. Med ökad användning av antibiotika har även kliniskt viktiga patogena bakterier utvecklat resistens mot flera tidigare verksamma mediciner, samtidigt som takten i forskningen och utvecklingen av ny antibiotika avtagit.

Forskning behövs också för att ta fram kostnadseffektiva metoder för att minska både det totala antalet infektioner inom sjukvård och djurhållning, och eventuell felaktig behandling av dessa med antibiotika. Vi har även otillräcklig kunskap om miljöns roll för spridning av resistens mellan bakterier, mellan människor, och mellan människor och djur.

Antimikrobiell resistens har blivit ett ökande globalt hälsoproblem som inte stannar vid några gränser och där inte forskning på enbart nationell nivå har tillräckliga resurser eller kritisk massa för att hitta de lösningar som krävs för att minska antalet infektioner med resistent bakterier och svampar.

Forskningsråden avser att fortsätta stödja svensk forskning inom akademi och industri genom årliga öppna utlysningar med finansiering från ramanslag och riktade program med relevans för antibiotikaresistens inom särskilda uppdrag från regeringen.

Joint Programming on Antimicrobial Resistance (JPIAMR)

EU:s medlemsländer har gemensamt beslutat att forskning om antibiotikaresistens är ett prioriterat område inom det Europeiska Forskningsområdet (ERA, European Research Area) och har därför på initiativ av Sverige och Italien, inrättat Joint Programming on Antimicrobial Resistance (JPIAMR). Syftet är att koordinera och samordna de deltagande ländernas forskningsprogram för att få ett mer effektivt utnyttjande av forskningsresurser och ett mer kraftfullt angreppssätt när det gäller de stora samhällsutmaningarna.

JPIAMR, är en samarbetsstruktur som i dagsläget omfattar 19 länder, inklusive Kanada, med Sverige som ordförande och Vetenskapsrådet som värd för sekretariatet. Förhandlingar om medlemskap för ytterligare länder inom och utom Europa pågår, och JPIAMR har också ett nära samarbete med europeiska myndigheter och internationella organisationer, t.ex. Världshälsorganisationen (WHO), rörande forskningsfrågor om resistens.

Länderna inom JPIAMR har tagit fram en gemensam strategisk agenda för forskning inom AMR⁵ som ska ligga till grund för ländernas nationella och gemensamma forskningsprogram inom området. Den strategiska forskningsagendan lyfter fram sex prioriterade forskningsområden:

⁵ http://www.jpiamr.eu/wp-content/uploads/2014/05/SRA1_JPIAMR.pdf

- *Terapier* – nya antibiotika och alternativ till antibiotika; grundforskning till läkemedel. Ökad kunskap om adekvata användningsområden och dosering av befintliga antibiotika.
- *Diagnostik* – nya diagnostika för att förbättra behandling och prevention.
- *Monitorering* – standardisering och utbyggnad av övervakningssystem för monitorering av antibiotikaresistens och antibiotikaanvändning.
- *Överföring* – transmissionsmekanismer mellan bakterier och mellan människor, djur och miljö
- *Miljö* – miljöns roll för selektionsprocesser och spridning av antimikrobiell resistens.
- *Interventioner* – utveckling och test av interventioner för att motverka uppkomst och överföring av infektioner orsakade av antimikrobiell resistens.

I den strategiska forskningsagendan poängteras dessutom behovet av stödjande infrastrukturer som exempelvis uppbyggnaden av biobanker och databaser. Inom JPIAMR anordnar medlemsländerna gemensamma eller samordnade bidragsutlysningar för forskning inom AMR, framtagande av kunskapsöversikter och AMR-forskning, samt ger stöd till nätverk av forskare eller organisationer inom området. Från Sveriges sida leds arbetet inom JPIAMR operativt av forskningsråden Vetenskapsrådet, VINNOVA, Formas och Forte.

Forskningsråden

Vetenskapsrådet (VR) och VINNOVA samarbetar kring AMR inom ett regeringsuppdrag med utgångspunkt från Forsknings- och Innovationspropositionen 2012/13:30. VR får där totalt 75 miljoner kronor per år 2013–2016 för forskning om infektion och antibiotika. Inom detta deltog VR i JPIAMR:s första utlysning 2014 och avser även att fortsätta stödja svenska forskare som ingår i framgångsrika internationella konsortier i framtida gemensamma utlysningar. VINNOVA och Formas samverkar med VR inom ramen för JPIAMR där VINNOVA finansierar småföretag som deltar i projekten och Formas har för avsikt att finansiera miljö- och veterinärmedicinsk forskning. VR är värd för JPIAMR:s sekretariat med fem anställda med finansiering från EU-kommissionen och VR.

VINNOVA har dessutom ett nationellt ansvar för The Innovative Medicines Initiative (IMI) som har ett starkt fokus på att fram nya antibiotika i samarbete med de europeiska läkemedelsföretagen och EU-kommissionen. Hittills har IMI investerat över 320 miljoner euro i klinisk prövning av nya antibiotika mot grampositiva bakterier samt framtagandet av ny antibiotika mot gramnegativa bakterier. Framtida IMI utlysningar kommer fortsatt att prioritera forskning inom AMR.

Formas, Forte och VR samverkar i ett bilateralt forskningssamarbete med Kina inom AMR. VR deltar också i utlysningar inom det europeiska samarbetet Infect-ERA där även AMR-forskning stöds, medan Formas varit en stor partner finansiellt i ERA-NET, EMIDA och ANIHWA.

På nationell nivå har VR och Forte en samordningsgrupp inom vårdforskningen med gemensamma utlysningar. Forte stödjer även AMR-forskning inom folkhälsoområdet. VR finansierar forskning relaterat till resistens, dels inom vanliga projektbidrag utan tematisk inriktning, dels inom särskilda ut-

lysningar inom ramen för uppdraget att stödja forskning inom infektion och antibiotika. Formas finansierar forskning inom infektion och resistens, dels genom den årliga öppna utlysningen, dels genom riktade satsningar inom miljöområdet och det agrara området.

VINNOVA finansierar flera forsknings- och innovationsprojekt där nya lösningar som kan minska AMR och vårdrelaterade infektioner tas fram. Inom projekten samarbetar akademiska forskare, kliniker och företag. Projekten finansieras inom ramen för VINNOVA:s program Utmaningsdriven innovation och Innovationer för framtidens hälsa. VINNOVA:s småföretags-satsningar Forska och Vax och Eurostars är speciella stöd för företag, bl.a. inom området nya antibiotika, diagnostik, för att ta fram en produkt eller tjänst som skapar nytta hos kunder och säkerställer lönsamhet, tillväxt och samhällsnytta.

REMISSVERSION

Referenser

1. Förslag till utveckling av strategin mot antibiotikaresistens och VRI. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-3-14.
2. Vad påverkar allmänläkares förskrivning av antibiotika? Resultat från två beteendevetenskapliga studier. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
3. Förslag till svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Artikelnr 2000-0-44.
4. Kommer att kompletteras.
5. Biocide treated articles – an Internet survey. Kemikalieinspektionen; 2012. PM 2/12.
6. Antibakteriella ämnen läcker från kläder vid tvätt - Analys av silver, triklosan och triklokarban i textilier före och efter tvätt. Kemikalieinspektionen; 2011. PM 4/11.
7. Kommer att kompletteras.
8. Kommer att kompletteras.
9. EMA. Sales of veterinary antimicrobials in 26 EU/EEA countries in 2012. London: EMA; 2014. Fourth ESVAC report; EMA/333921/2014.
10. Swedres-Svarm 2013. Use of antimicrobials and occurrence of antimicrobial resistance in Sweden. Solna/Uppsala: Folkhälsomyndigheten och Statens Veterinärmedicinska Anstalt; 2014. ISSN 1650-6332.
11. Fiskhälsan FH AB; 2011.
12. Kommer att kompletteras.
13. Egervärn M, Rosengren Å, Englund S, Börjesson S, Löfmark S, Ny S, Byfors S. ESBL-bildande E.coli i vår omgivning – livsmedel som spridningsväg till människa. Stockholm: Livsmedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt och Folkhälsomyndigheten; 2014. Slutrapport från ett myndighetsgemensamt projekt – antibiotikaresistens.
14. 10-punktsprogram för minskad antibiotikaresistens inom slutenvård. Svenska Infektionsläkarföreningen och Strama; 2014.
15. Förslag till svensk handlingsplan mot antibiotikaresistens. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Artikelnr 2000-0-44.
16. Förslag till framtida nationella övervakningssystem för antibiotikaresistens, antibiotikaförsäljning och förskrivningsorsaker – Rapportering av regeringsuppdrag. Smittskyddsinstitutet och Strama; 2008.

Litteraturlista

Miljö

Antibakteriellt behandlade varor. Kemikalieinspektionen; 2014. Hämtad 2014-11-24 från <http://www.kemi.se/en/Content/In-focus/Antibakteriellt-behandlade-varor/>

Bergman Å, J. Heindel J, Jobling S, A. Kidd K, och Zoeller T. State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals 2012 - Summary for Decision-Makers. UNEP; 2012.

Ejhed, H, Magner, J, Olshammar, M, Remberger, M, Norström, k, Lilja, K, Momina, B. Enskilda avlopp som källa till läkemedelsrester och andra kemikalier. Svenska miljöinstitutet; 2012. IVL rapport B2070.

Hörsing, M, Wahlberg, C, Falås, P, Hey, G, Ledin, A och la Cour Jansen, J. Reduktion av läkemedel i svenska avloppsreningsverk – kunskapssammanställning. Svenskt vatten; 2014. Svenskt vatten utveckling rapport 2014-16.

Larsson, J och Löf, L. Läkemedel i miljön. Från Läkemedelsboken 2014. http://www.lakemedelsboken.se/x7_lma_lakemedmiljo_2013fm10.html

Producentansvar för läkemedel. Redovisning 2013-10-17. Naturvårdsverket; 2013. NV-00335-13.

WHO. Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014. WHO; 2014.

Djur och livsmedel

Svenska rapporter

Egervärn, M. Lindmark, H. Livsmedel som spridningsväg för antibiotikaresistens. Uppsala: Livsmedelsverket och Statens Veterinärmedicinska Anstalt; 2009. Riskprofil.

Försäljning av djurläkemedel 2013. Jönköping: Jordbruksverket; 2014.

Populärvetenskap

Branteström, K, red. Formas fokuserar: Antibiotika: boten och hoten. Stockholm: Forskningsrådet Formas; 2014.

EU-rapporter

EFSA. Scientific opinion on Carbapenem resistance in food animal ecosystems. EFSA Journal 2013; 11(12):3501.

Sales of veterinary antimicrobials in 26 EU/EEA countries in 2012. London: EMA; 2014. Fourth ESVAC report; EMA/333921/2014

The European Union Summary Report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2012. EFSA Journal 2014;12 (3):3590 [336 pp.].

Internationell standard

Codex Code of practice to minimize and contain antimicrobial resistance. CAC/RCP 61-2005

Codex Guidelines for risk analysis of foodborne antimicrobial resistance. CAC/GL 77- 2011

Recommendations for antimicrobial use for aquatic animals. OIE Aquatic animal health code 2014. Section 6.

Veterinary public health. OIE Terrestrial animal health code 2014. Chapter 6. 6 – 6.10.

Människa

Svenska rapporter

Akutmottagningars kapacitet och rutiner för ett säkert omhändertagande av smittsamma personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-7-7.

Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. Underlag från experter, artikelnr 2006-123-12.

Behandlingsriktlinjer för infektioner i öppenvården. Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet; 2012.

Inventering av antibiotikaanvändningen inom hälso- och sjukvården – rapportering av regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Artikelnr 2008-126-68.

MRSA hos häst, hund och katt – rekommendationer för handläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-1-8.

MRSA hos personal inom vård och omsorg – ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Artikelnr 2007-123-18.

Nationella läkemedelsstrategin. Handlingsplan 2013. Regeringskansliet; 2014. S2012.012

Restnoteringar - Rapport från Läkemedelsverket 2013. 2013-12-18.

Skador i vården – skadeöversikt och kostnad Markörbaserad journalgranskning januari - juni 2013. Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.

Smittspridning inom svensk neonatalsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-5-25.

Svenskt arbete mot antibiotikaresistens, Verktyg, arbetssätt och erfarenheter. Folkhälsomyndigheten; 2014.

Övervakning av antibiotikaresistens, nationell plan. Folkhälsomyndigheten/Smittskyddsinstitutet; 2014.

EU-rapporter

Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2014.

REMISSVERSION

Smittskydd
Avdelningen för kunskapsstyrning

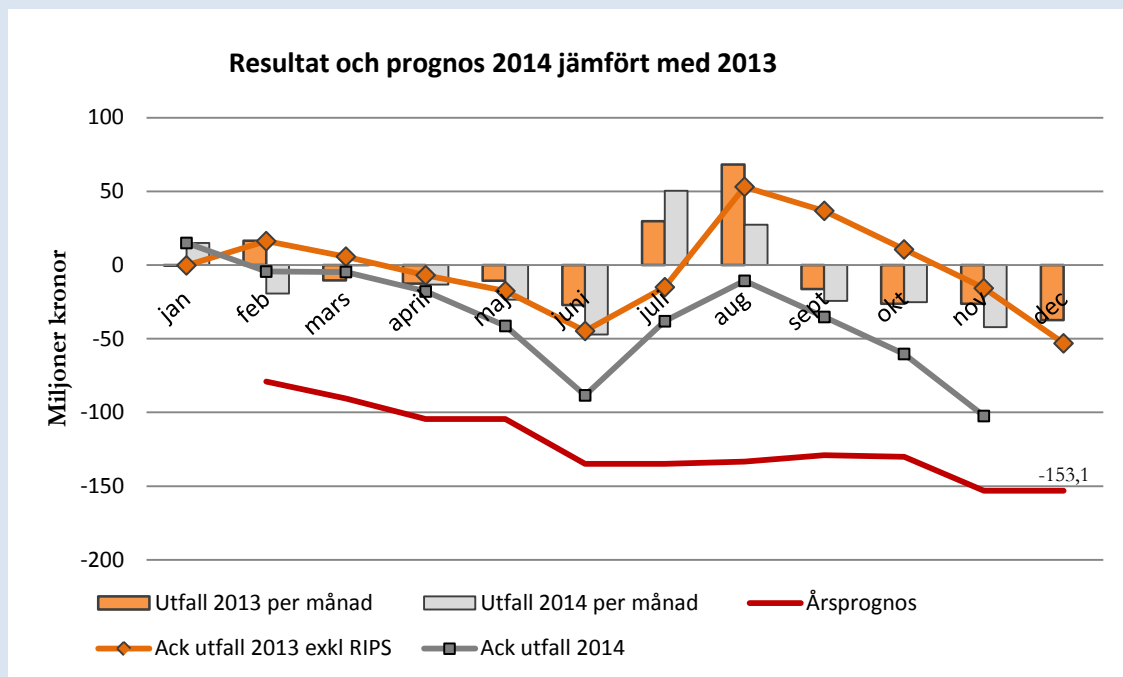
Remissinstanser

Apotekarsocieteten
Arbetsmiljöverket
Axfood AB
Coop Sverige AB
Distriktsveterinärerna
eHälsomyndigheten
Findus Sverige AB
Fiskhälsan FH AB
FMM
Folkhälsomyndigheten
Formas
Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
Föreningen för klinisk mikrobiologi
Havs- och vattenmyndigheten
Hushållningssällskapet
Hästnäringens nationella stiftelse
ICA Sverige AB
Inspektionen för vård och omsorg
Kemikalieinspektion
Konkurrensverket
Landstingen
Lantbrukarnas riksförbund
LIF
Livsmedelshandlarna
Livsmedelsverket
Lundens djurhälsovård
Läkarsällskapet
Läkemedelsverket
Länsveterinärföreningen
LÖF
Miljöstyrningsrådet
Mistra Pharma
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
Naturskyddsföreningen
Naturvårdsverket
RAF

React
SFAM
SFVH
Skolinspektionen
Skolverket
Smittskyddsläkarföreningen
Sodexo Sverige AB
Statens veterinärmedicinska anstalt
Stramanätverket
STRAMA-rådet
Swedish MedTech
Svensk Dagligvaruhandel
Svensk Djursjukvård
Svensk fågel
Svensk Travsport
Svenska Djurhälsovården
Svenska infektionsläkarföreningen
Svenska Kennelklubben
Svenska Ägg
Svenskt vatten AB
SVERAK
Sveriges Geologiska Undersökningar
Sveriges kommuner och landsting
Sveriges konsumenter
Sveriges landsting/regioner
Sveriges lantbruksuniversitet
Sveriges länsstyrelser
Sveriges Veterinärförbund
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Tandvårdsstrama
Universitetskanslersämbetet
Vetenskapsrådet
Veterinärer i Sverige
Vi konsumenter
VINNOVA
Vårdföretagarna
Växa Sverige
Zoobranschens riksförbund

Månadsrapport för Jämtlands läns landsting

November 2014



Goda betyg för vården

Kvaliteten på vården i Jämtlands läns landsting har tagit flera steg framåt. Det visar Öppna Jämförelserns översikt där vårt landsting nu klättrat i rankingen från en bottenplacering under flera år till plats 7. Som några exempel kan nämnas att Jämtlands läns landsting hamnar högst upp i rankingen när det gäller graviditet, förlossning och nyföddhetsvård och ligger på andra plats när det gäller säker vård och undvikbar slutenvård. Landstinget ligger även bra till inom områden som psykiatri, ortopedisk sjukvård, hjärtsjukvård, diabetes, intensivvård, ögonsjukvård, stroke och palliativ vård.

Även forskningen inom landstinget har uppmärksamats och fått ökade anslag från bland annat Visare Norr, från Hjärt- och lungfonden och Forte.

Tillgängligheten till vården har förbättrats och allt färre patienter väntar på besök och behandling. Under november månad har andelen

patienter som väntat mindre än 60 dagar på både besök och behandling nått över 70%, vilket betyder att landstinget även får del av kömiljarden. Även andelen genomförda besök har ökat och når över 70%.

Andelen återinskrivna patienter (över 65 år) inom 30 dagar fortsätter att sjunka, vilket är positivt. Sjuktagen för medarbetare är också på rätt väg och den långsiktiga trenden pekar i rätt riktning.

Ekonomi är fortsatt mycket bekymmersam. Resultatet efter november hamnar på minus 102 miljoner kronor, en försämring på drygt 40 miljoner sedan oktober. Prognosen för hela 2014 har försämrats till minus 153 miljoner. Orsaken till försämrat resultat för november är främst ökad personalkostnad inom vården och ökade kostnader för bemanningsföretag och köpt vård.

Björn Eriksson

Landstingsdirektör

Tillgänglighet

Vårdgarantin

Tillgänglighetsgarantin 0:an

Tekniska problem efter uppgradering av VCC Callguide den 30 oktober, gör att värdena för callback samtal måste korrigeras. Detta är ännu inte gjort och statistiken är därför inte helt tillförlitlig. Utfall för landstingsdriven primärvård är 67 % medan utfall för privata vårdgivare varierar 92 - 100 %.

Besöksgarantin 7:an

Utfall för landstingsdriven primärvård är 83 % vilket är en försämring från oktober med 1 %-enhet. Utfall för privata vårdgivare varierar 82 – 95 %.

Besöksgarantin 90 dagar

Utfallet 90 % är en förbättring med 5 %-enheter jämfört med oktober. Bäst utfall har Rehab/Reuma/Smärt med 100 %. Lägst ligger Barn- och ungdomsmedicin med 75 %.

Behandlingsgarantin, 90 dagar

Utfallet 92 % är en förbättring med 7 %-enheter jämfört med oktober. Bäst utfall har Kvinnosjukvården med 100 % och lägst Ögon med 85 %.

Faktisk väntetid för barn och unga med psykisk ohälsa

Mål: minst 90% ska få en första bedömning inom 30 dagar och minst 80% ska få fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Landstinget klarade med 92 % målet för fördjupad utredning/behandling i november. Målet för genomförda besök klarades däremot inte. Resultatet blev 71 %.

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning

Målet är att 80% av patienterna skall vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar. I november blev utfallet 65 %.

Daglig uppföljning på akutmottagningen fortsätter. Sjuksköterskor har fått utbildning i att skriva röntgenremisser på vissa patienter med frakturmisstanke och akutmottagningen har haft utbildningsdagar med fokus på processerna. Kirurgkliniken har utifrån ökat inflöde samverkat med barn, kvinnokliniken och medicin om förändrad handläggning av vissa patientgrupper.

Kömiljarden

Grundkravet för ersättning är 70% för både väntande och genomförda besök/behandlingar.

Antalet väntande har minskat under året och i november klarade landstinget kömiljardens krav för besök fullt ut. För behandlingar klarades kravet för väntande men inte för genomförda. Landstinget får del av kömiljarden för besök i november.

Väntande till första besök 73 %, genomförda besök 73 %

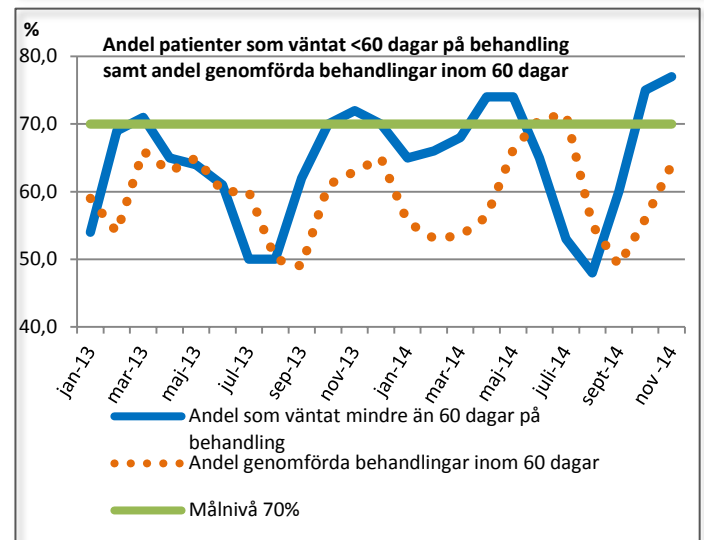
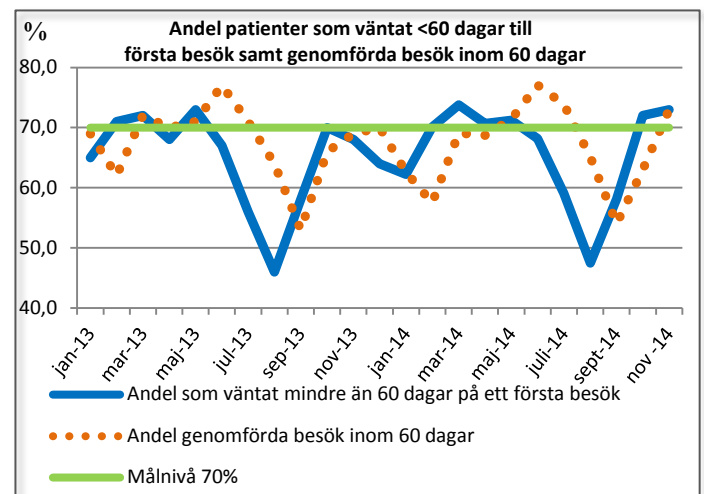
Väntande till behandling 77 %, genomförda behandlingar 64 %

Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mar	apr	maj	juni
1:a besök	1 114	862	758	775	730	895
Behandl.	551	582	518	355	326	489
Månad	juli	aug	sept	okt	nov	dec
1:a besök	1 208	1 559	1 152	731	693	
Behandl.	730	828	600	377	345	

Hälsocentral	0:an	7:an
Myrviken	79	77
Svenstavik	78	83
Bräcke	71	75
Kälarne	83	73
Funäsdalen	78	92
Sveg	64	73
Föllinge	92	99
Krokom	62	75
Hammarstrand	69	87
Backe	83	99
Strömsund	68	88
Hallen	91	79
Järpen	88	99
Åre	95	99
Brunflo	56	87
Frösön	61	76
Lit	88	77
Lugnvik	77	78
Odensala	52	76
Z-gränd	67	83
Fjällhälsan*	99	82
Offerdal*	92	82
Nya Närvården*	i.u.	95
Närvård Frostviken*	100	93

*= privata utförare

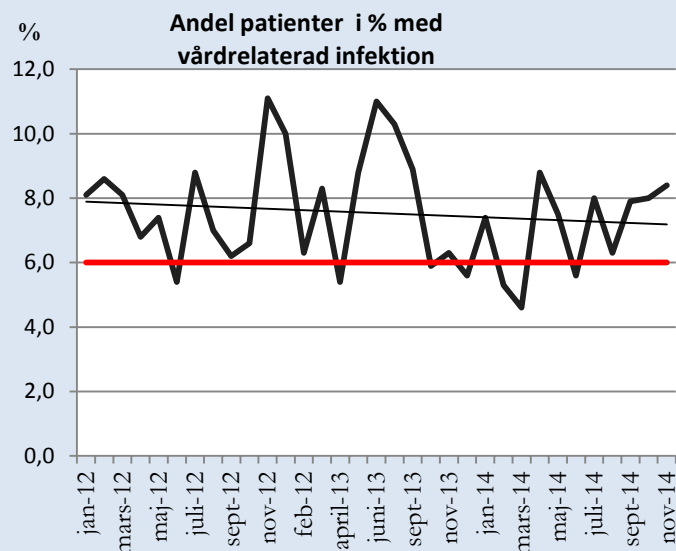


Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner följs under året med s.k. punktprevalensmätningar. Under året har i genomsnitt 7,1 % av de inlagda patienterna drabbats av en vårdrelaterad infektion. 8,6 % av männen och 5,8 % av kvinnorna.

I november hade 8,4 % (20 av 239) av de inlagda patienterna en vårdrelaterad infektion. 12,3 % av männen (14 av 114) och 5,7 % av kvinnorna (6 av 105).

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner är ett förbättringsområde som ständigt måste pågå. Det är viktigt att den kliniskt tjänstgörande personalen har kunskap att förebygga, det är även viktigt att chefer har fokus på resultaten. Till viss del kan även delaktiga patienter bidra till bättre resultat och att förebygga vårdrelaterade infektioner.

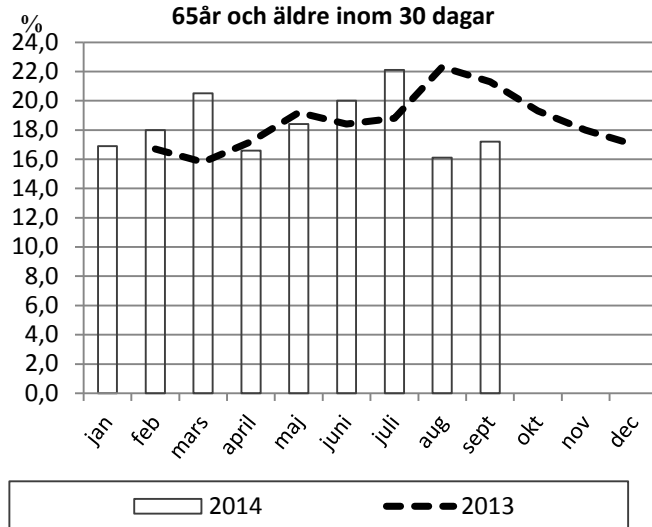


Återinskrivning inom 30 dagar

Återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre, ska minska. För att få del av statliga stölpensmedel skulle resultatet för oplanerad återinskrivning vara lägre än 2013 för fyra av sex månader under perioden mars-augusti. Jämtland klarade inte detta men totalt för året är utfallet ändå bättre än föregående år. En särskild aktivitetsplan är framtagen för att förbättra resultatet.

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

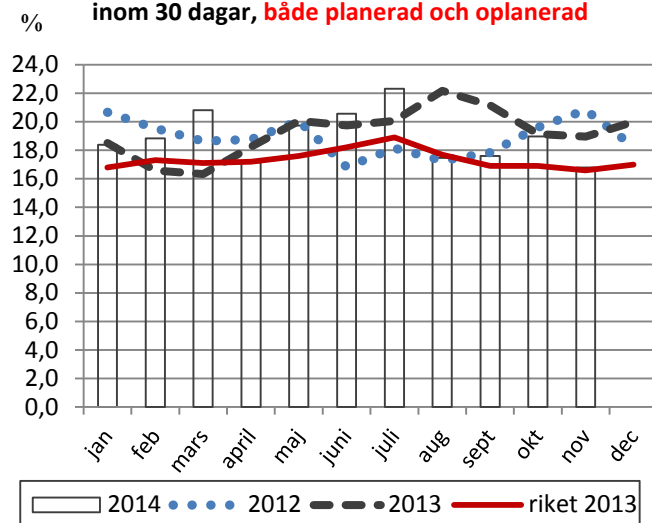
Andel **OPLANERAD** återinskrivning, patienter 65år och äldre inom 30 dagar



I det nedre diagrammet ses både planerad och oplanerad återinskrivning. Under januari – november har i genomsnitt 19,0 % av patienterna återinskrivits inom 30 dagar. Antalet vårdtillfällen för män respektive kvinnor är relativt lika, omkring 4 200 för båda könen. Dock återinskrivs männen (20,8 %) i högre grad än kvinnorna (17,1%).

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

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



Undvikbar slutenvård, 65 år och äldre

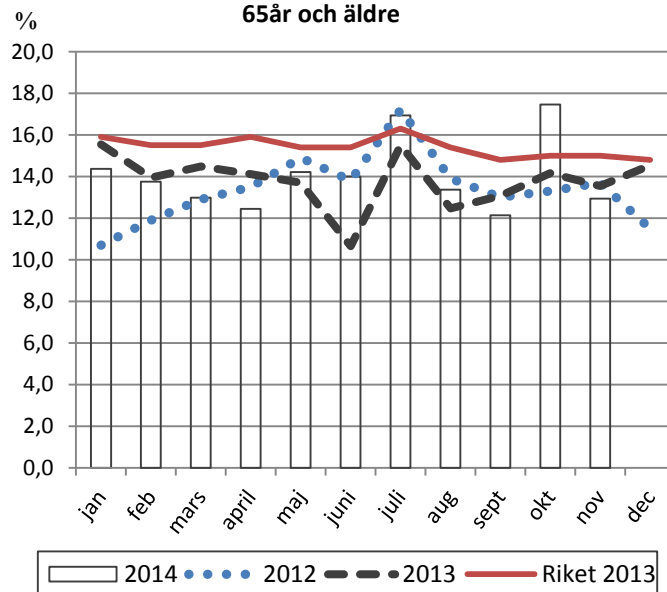
Måttet innehåller ett antal diagnoser. Patienter med dessa diagnoser ska i normalfallet få sina vårdbehov tillgodosedda inom primärvården. JLLs värden 2014 ligger sammantaget bättre än riket år 2013 men något sämre än de egna värdena tidigare år.

Under januari – november vårdades 14,1% av patienterna (1 172 st) för någon diagnos inom mätetalet undvikbar slutenvård, varav kvinnor 14,2 % och män 14,0 %.

Resultatet är användbart på landstingsnivå som en indikator på hur samarbetet fungerar mellan specialiserad vård, primärvård och kommunal vård. På klinisknivå kan dock mätetalet ”undvikbar slutenvård” vara komplicerat att förhålla sig till då det ofta rör sig om få patienter.

Åtgärder att minska den undvikbara slutenvården sammanfaller delvis med åtgärderna för att förbättra indikatorn Återinläggningar inom 30 dagar.

Andel undvikbar slutenvård för patienter
65år och äldre



Utförd tid

Jämförelse med budget januari - oktober:

Utfallet för utförda timmar ligger under budget. Skälet till det är främst att vakanta befattningar är budgeterade d v s befattningen finns men man har inte kunnat bemanna den av olika anledningar.

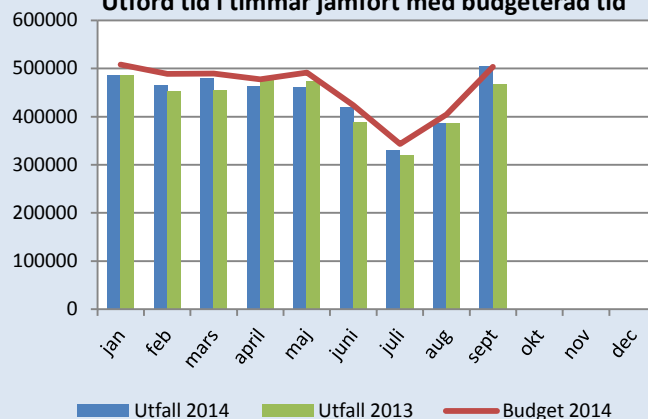
Ett alternativ för att bemanna är nyttjande av bemanningsföretag. Timmar och kostnader för bemanningsföretag finns inte redovisade i denna modell (ej möjligt eftersom dessa uppgifter tas ur Heroma och kostnader för bemanningsföretag går via ekonomifunktionen)

Jämförelse med föregående år:

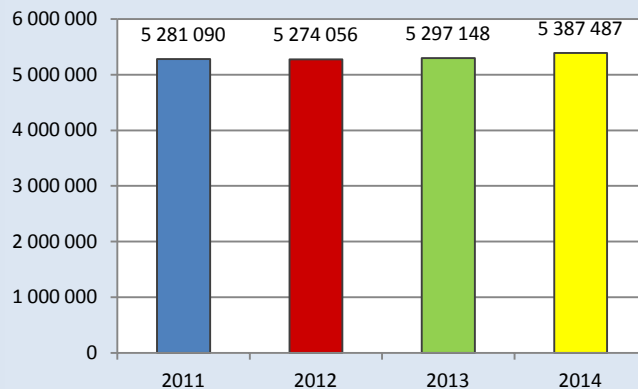
I jämförelse med föregående år så har den utförda tiden ökat motsvarande ca 70 årsarbete, trots en vardag mindre år 2014.

De största ökningarna återfinns i centrumen för diagnostik, teknik och service, opererande specialiteter och medicinska specialiteter. Som skäl till ökningarna anges främst inrättande av vårdnära tjänster, arbetsmiljöåtgärder och fler vårdkrävande patienter.

Utförd tid i timmar jämfört med budgeterad tid



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



Nyttjande av bemanningsföretag Läkare

Kostnaderna för bemanningsföretag, läkare, har ökat med 13,8 miljoner kronor jämfört med motsvarande period 2013. Störst har ökningen varit inom Centrum för Primärvård och Centrum för barn, kvinna, psykiatri.

Primärvården:

Jämfört med föregående år har kostnaderna för stafettläkare ökat med 11 miljoner kronor medan kostnaden för arvodesläkare minskat med 2 miljoner kronor. Kostnadsökningen har varit störst i Östersunds närvårdsområde (12,4 miljoner) medan Strömsunds närvårdsområde uppvisar störst minskning.

Vakansutrymmet för läkare tom november var 14,3 mkr (utfall jmf med budget för läkare) medan kostnaden för bemanningsföretag och arvodesanställda var 38,2 mkr. Differensen belastar Primärvårdens resultat med 23 miljoner kronor.

Centrumet arbetar aktivt med att minska kostnaderna för bemanningsföretag, men dras med eftersläpningar av ”stafettstoppet” sommaren 2014.

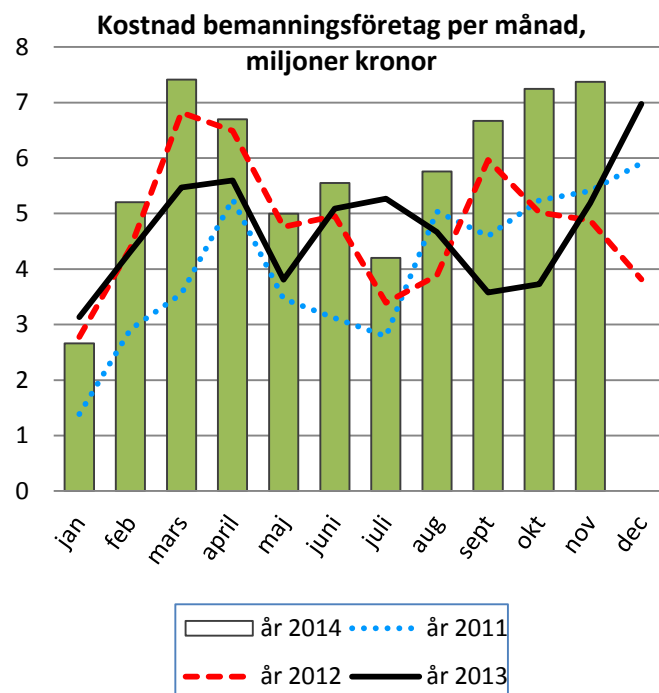
Barn, kvinna, psykiatri;

Område Kvinna får i ökad utsträckning stafettläkare endast under helgerna. Av 43 veckor under året har 20 varit endast helgtjänstgöring.

Område psykiatri har två ST-läkare som i november fick specialistläkarbevis.

Område Barn Unga Vuxna saknar 1,5 av 3 överläkartjänster och 1,5 av 2 ST-läkare. Inom Barn och ungdomshabiliteringen har det saknats 1 av 3 överläkare under hela året.

Stafettläkarkostnad per centrum (mkr)	Jan-nov 2013	Jan-nov 2014	Förändring
Opererande specialiteter	4,2	3,7	-0,5
Medicinska specialiteter	5,1	6,2	+1,1
Barn Kvinna Psykiatri	11,9	14,8	+2,9
Primärvård	24,3	35,3	+11,0
Diagnostik, teknik, service	4,0	3,3	-0,7
Totalt	49,5	63,3	13,8



Nyttjande av bemanningsföretag Sjuksköterskor

Landstingets kostnad för bemanningsföretag Sjuksköterskor har ökat kraftigt under året. Anlitande av bemanningsföretag för sjuksköterskor i den här omfattningen är en ny situation för landstinget och skälen är främst att man inte kunnat rekrytera samt plötslig frånvaro som måste täckas.

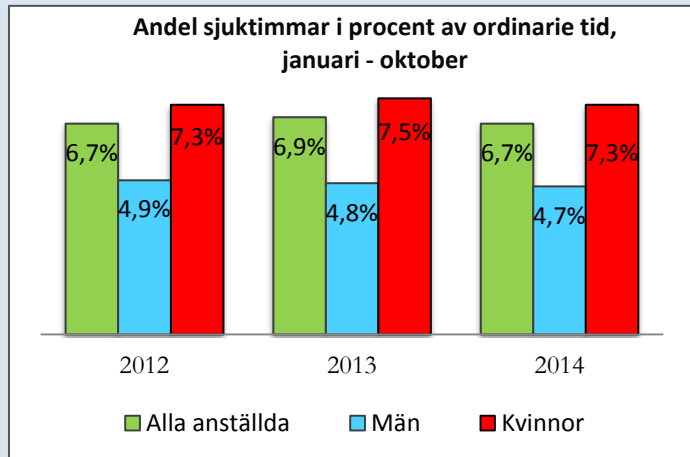
Centrum för medicinska specialiteter står för 3,5 miljoner kronor av den totala kostnaden. Övriga centrum som anlitar bemanningsföretag är Centrum för Primärvård (1,5 miljoner kronor), Centrum för barn, kvinna, psykiatri (380 tusen kronor) och Centrum för opererande specialiteter (51 tusen kronor).

Sjuksköterskor (mkr)	år 2014 april-november
Bemanningsföretag	5,4

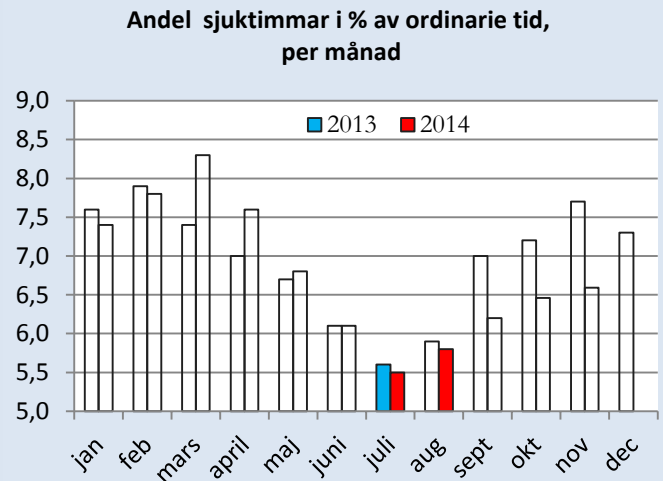
Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron är nu lägre än motsvarande period förra året och den ökning av antal rehabiliteringsärenden över 181 dagar som skedde i juli-oktober har nu stannat av. Sjuktimmarna ökar i intervallen 2-14 samt 31-59 dagar, medan de övriga minskar. Störst är minskningen i 181-.

Totalt minskar sjuktimmarerna från 41 376 till 35 123 sjuktimmar jämfört med samma period förra året.



Månadsutfallen jämfört med 2013 visar att sjukfrånvaron minskat under januari och februari. Under mars och april ökade framförallt korttidsfrånvaron för både kvinnor och män för att minska igen under maj. Under juni är sjukfrånvaron åter på samma nivå som föregående år. juli till november fortsätter sjukfrånvaron att minska i jämförelse med tidigare år både för kvinnor och män.



Ekonomiskt utfall och prognos helår

Utfall per centrum/verksamhet (miljoner kronor)	Resultat nov 2014	Prognos helår 2014	Resultat nov 2013	Resultat helår 2013
Centrum lednings o verksamhetsstöd	5,8	8,9	14,2	15,8
Motsedda	15,4	1,1	-14,2	-23,1
Centrum diagnostik, teknik, service	11,4	6,2	9,3	1,6
Politisk organisation	1,6	0,0	1,5	1,2
Revision	0,3	0,0	0,5	0,1
Patientnämnd	0,1	0,0	0,3	0,3
Centrum folk tandvård	2,6	0,0	-0,4	-0,9
Centrum barn, kvinna, psykiatri	-10,9	-8,0	-1,9	0,0
Landstingsövergripande verksamhet	-7,8	-23,6	-0,5	-12,0
Centrum primärvård	-30,4	-30,5	-20,0	-18,2
Centrum medicinska spec.	-57,8	-60,0	-29,4	-32,2
Centrum opererande spec.	-65,1	-72,7	-32,1	-39,7
Totalt JLL förvaltning	-135,0	-178,6	-72,6	-107,0
Återbetalning AFA			46,8	46,8
Finansiering	32,6	25,5	10,1	7,1
Resultat före RIPS	-102,4	-153,1	-15,7	-53,1
Effekt förändrad RIPS-ränta			-117,8	-117,8
Resultat	-102,4	-153,1	-133,5	-170,9

Kommentar till prognosavvikelse:

Prognosen för helår har försämrats till -153,1 miljoner kronor. Försämringarna återfinns i Centrum för opererande specialiteter (-7,4 mkr), Motsedda (-7 mkr), Landstingsövergripande verksamhet (-4,3 mkr), Centrum för primärvård -3,0 mkr, centrum för Barn Kvinna Psykiatri -0,8 mkr, Finansiering -0,8 och centrum för lednings- och verksamhetsstöd -0,5 mkr.

Förbättrad prognos återfinns i Centrum för diagnostik, teknik o service med +1,0 mkr.

- Motsedda utgifter prognostiserar överskott med 1,1 miljoner kronor. I prognosen ingår utfall av 2013 års sjukskrivningsmiljard med 10,8 miljoner kronor, ökade kostnader för dyra riks- och regionsjukvårdspatienter med 10 miljoner kronor (totalt 40 miljoner kronor) och dyrare avtal NUS 9,2 miljoner kronor. I prognosen har höjd tagits med 7 miljoner kronor för prisjustering till NUS avseende år 2013. Förhandlingen slutförs i december.
- Centrum för lednings- och verksamhetsstöd försämrar prognosen med 0,5 miljoner kronor utifrån ökade kostnader i personalstaben. Överskottet finns framförallt inom IT, där framflyttad driftstart av Cosmic sänker årets avskrivningskostnader, Personalstaben och inom Hälso- och sjukvårdsstaben där statliga bidrag och ej nyttjade forskningsanslag bidrar till överskottet.
- Landstingsövergripande kostnader försämrar prognosen med 4,3 miljoner kronor till -23,6 miljoner kronor. Prognostiserat underskott beror främst på ökande kostnader för jämtarnas vård utomlans (-18 miljoner kronor), underskott i Länstrafiken (-4,1 miljoner kronor) och sparbeting fr beställarenheten som inte kunnat realiserats (-1,3 mkr).
- Centrum för primärvård försämrar prognosen med 3 mkr till -30,5 mkr, ett underskott som till stor del beror på höga stafettläkarkostnader. Utfallet tom november är i nivå med årsprognosen, som bedöms kunna hållas med stöd av ännu ej utförd ersättning från beställarenheten.
- Centrum för medicinska specialiteter ligger kvar på en prognos på -60 miljoner kronor. Underskottet i verksamheten förklaras främst av ohanterad obalans från tidigare år och ökade kostnader för riks- och regionsjukvård samt personal.
- Centrum för opererande specialiteter försämrar prognosen till -72,7 miljoner kronor. Centrumet uppvisar en produktionsökning inom flertalet enheter och har ökade kostnader för personal och verksamhetsnära kostnader.
- Centrum för Barn Kvinna Psykiatri försämrar prognosen med 0,8 miljoner till -8,0 miljoner kronor. Försämringen beror på ökade kostnader i verksamheten, ffa riks- och regionvård inom område Psykiatri och område Barn och Unga vuxna som har ökat till följd av fler patienter inom rättspsykiatrisk vård och behandlingshemsplacering. Kostnadsavvikelse i övrigt avser främst personal och medicinsk diagnostik.

2014-03-20--21

Landstingsstyrelsen

§ 66 Politisk referensgrupp för utveckling och ombyggnad av landstingets lokaler (LS/395/2014)**Ärendebeskrivning**

Jämtlands läns landsting arbetar kontinuerligt med att utveckla fastighetsbeståndet för att dessa på bästa sätt, utifrån tilldelade medel, ska svara mot vårdens krav på ändamålsenliga lokaler. Det är viktigt att lokalerna är ett verktyg som ger förutsättningar för en effektiv och patientsäker vård och inte är ett hinder för verksamheten.

Det pågår en kartläggning och planering för en mer omfattande utveckling av sjukvårdslokalerna både inom specialistsjukvården och primärvården. Östersunds sjukhus är idag helt fullt och det är mycket svårt att anpassa lokalerna för verksamhetsutvecklingen inom befintliga fastighetsvolymen. Lokalförändringar som är nödvändiga innebär alltid stora konsekvenser på övriga verksamheter eftersom flera andra verksamheter ofta måste flyttas och det blir svårare och svårare att klara detta på grund av avsaknaden av utvecklingsytor.

I april 2013 tog landstingsfullmäktige beslut om att utveckla befintligt sjukhus i centrum med nya huskroppar och inte bygga helt nytt utanför staden. Landstingsdirektören har även fått i uppdrag av styrelsen att till hösten 2014 se över stukturen på primärvårdens lokaler i Östersund.

Arbetet utförs i huvudsak av tjänstemän och till denna bör en referensgrupp bestående av politiker och tjänstemän upprättas.

Arbetet är en ständigt pågående process beroende på vårdens utveckling men ett förslag bör vara klart under 2014.

Landstingsdirektörens förslag

1. En lokalutvecklingsplan avseende sjukhusområdet i Östersund tas fram.
2. En lokalutvecklingsplan avseende övriga verksamheter i länet tas fram.
3. En referensgrupp inrättas för att följa arbetet, bestående av en representant för varje parti som är representerat i landstingsfullmäktige samt en ordförande.
4. Till representanter i referensgruppen utses.....

Yrkande

Robert Uitto (S) föreslår Harriet Jorderud (S) som ordförande och Thomas Hägg (S) som representant i referensgruppen.

Finn Cromberger (FP) föreslår sig själv som representant i referensgruppen.

Christer Siwertsson (M) föreslår sig själv som representant i referensgruppen.

Anna Hildebrand (MP) föreslår sig själv som representant i referensgruppen.

Monalisa Norrman (V) föreslår Emilia Blomkvist (V) som representant i referensgruppen.

Thomas Andersson (C) föreslår sig själv som representant i referensgruppen.

Justeraandes sign			Utdragsbestyrkande

2014-03-20--21

Proposition

Ordföranden ställer proposition på landstingsdirektörens förslag 1-3 och finner dem antagna.

Ordföranden finner Harriet Jorderud (S), Thomas Hägg (S), Emilia Blomkvist (V), Anna Hildebrand (MP), Christer Siwertsson (M), Thomas Andersson (C) och Finn Cromberger (FP) utsedda till representanter i referensgruppen för utveckling och ombyggnad av landstingets lokaler. Harriet Jorderud utses som ordförande.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

1. En lokalutvecklingsplan avseende sjukhusområdet i Östersund tas fram.
2. En lokalutvecklingsplan avseende övriga verksamheter i länet tas fram.
3. En referensgrupp inrättas för att följa arbetet, bestående av en representant för varje parti som är representerat i landstingsfullmäktige samt en ordförande.
4. Till representanter i referensgruppen utses Harriet Jorderud (S), Thomas Hägg (S), Emilia Blomkvist (V), Anna Hildebrand (MP), Christer Siwertsson (M), Thomas Andersson (C) och Finn Cromberger (FP). Harriet Jorderud utses till ordförande.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



Långsiktig utvecklingsplan för område miljö

Version: 1

Ansvarig: Regionfullmäktige

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-01-01	Nyutgåva – Förslag till remissversion		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	6
2	INRIKTNING OCH MÅL.....	6
2.1	Kunskap och utbildning	6
2.1.1	Mål för kunskap och utbildning	6
2.2	Användning av material och produkter	7
2.2.1	Mål för material och produkter	7
2.3	Avfall	7
2.3.1	Mål för avfall	7
2.4	Kemikalier och kemiska ämnen i varor	7
2.4.1	Mål för kemikalier och kemiska ämnen i varor	7
2.5	Läkemedel	8
2.5.1	Mål för läkemedel och miljö	8
2.6	Energi	8
2.6.1	Mål för energi	8
2.7	Resor och transporter	8
2.7.1	Mål för resor och transporter	8
2.8	Livsmedel	8
2.8.1	Mål för livsmedel	8
2.9	Strategiskt arbete	9
2.9.1	Mål för strategiskt arbete	9
3	AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE.....	9
3.1	Kunskap och utbildning	9
3.1.1	Aktiviteter	9
3.1.2	Förutsättningar och behov	9
3.2	Material och produkter	10
3.2.1	Aktiviteter	10
3.2.2	Förutsättningar och behov	10
3.3	Avfall	10
3.3.1	Aktiviteter	10
3.3.2	Förutsättningar och behov	11
3.4	Kemikalier och kemiska ämnen i produkter	11

3.4.1	Aktiviteter	11
3.4.2	Förutsättningar och behov	11
3.5	Läkemedel och miljö	12
3.5.1	Aktiviteter	12
3.5.2	Förutsättningar och behov	12
3.6	Energi	12
3.6.1	Aktiviteter	12
3.6.2	Förutsättningar och behov	13
3.7	Resor och transporter	13
3.7.1	Aktiviteter	13
3.7.2	Förutsättningar och behov	13
3.8	Livsmedel	14
3.8.1	Aktiviteter	14
3.8.2	Förutsättningar och behov	14
3.9	Strategiskt arbete	15
3.9.1	Aktiviteter	15
3.9.2	Förutsättningar och behov	15
4	BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	15
4.1	Miljöbalken	15
4.2	Klimatförändringar	16
4.3	Kunskap och utbildning	17
4.3.1	Bakgrund	17
4.3.2	Nuläge	18
4.4	Material och produkter	18
4.4.1	Bakgrund	18
4.4.2	Nuläge	19
4.5	Avfall	19
4.5.1	Bakgrund	19
4.5.2	Nuläge	20
4.6	Kemikalier och kemiska ämnen i produkter	21
4.6.1	Bakgrund	21
4.6.2	Nuläge	22
4.7	Läkemedel	23
4.7.1	Bakgrund	23

4.7.2	Nuläge	25
4.8	Energi.....	26
4.8.1	Bakgrund.....	26
4.8.2	Nuläge	27
4.9	Resor och transporter.....	27
4.9.1	Bakgrund.....	27
4.9.2	Nuläge	29
4.10	Livsmedel.....	29
4.10.1	Bakgrund.....	29
4.10.2	Nuläge	32
4.11	Strategiskt arbete	33
4.11.1	Bakgrund.....	33
4.11.2	Nuläge	34
5	UTVÄRDERING OCH REVIDERING.....	34

1 INLEDNING

Region Jämtland Härjedalen ska som stor aktör vara drivande och ett föredöme i arbetet för en hållbar utveckling.

En socialt, ekologisk och ekonomisk hållbar verksamhet skapar bättre förutsättningar för jämt fördelad god hälsa bland länets befolkning.

Att arbeta förebyggande med miljö- och klimatfrågor bidrar till att minska negativ miljö- och hälsopåverkan. Det är viktigt att förebygga de klimatförändringar som både på kort och lång sikt riskerar att medföra förändringar som hotar kommande generationers rätt till ett bra liv och livskraftig miljö.

En god miljö är en förutsättning för god, jämlik och jämställd hälsa, både för nuvarande och kommande generationer. Med miljö menas inte bara naturen utan även miljön inomhus, människors exponering för kemikalier, buller och luftföroreningar. Påverkan på människor kan vara positiv, främjande för hälsan eller negativ, störande eller skadlig.

Att genomföra ett långsiktigt arbete med att minska miljö och klimatpåverkan i verksamheten kommer att kräva resurser men även minska kostnader på många områden.

Ett område som regionen kommer att prioritera är regionens hantering av kemikalier som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal, elever samt patienter och kan även kosta mycket att köpa in och hantera. Kan några av dessa kemikalier ersättas av ofarliga kemikalier minskar vi både risker och kostnader. Eftersom barn är särskilt känsliga för skadliga ämnen sätter vi särskilt fokus på att minska barns exponering.

Regionen ska arbeta både med vår indirekta och direkta miljöpåverkan och sträva efter ständiga förbättringar i miljöarbetet.

Regionen ska bedriva verksamhet i hälsofrämjande miljöer såväl inomhus som utomhus.

2 INRIKTNING OCH MÅL

2.1 Kunskap och utbildning

2.1.1 Mål för kunskap och utbildning

- Alla medarbetare har en medvetenhet om grundläggande miljö- och hållbarhetsfrågor och ska få kontinuerlig uppdatering i frågorna.
- Inom varje organisatorisk enhet ska det finnas kunskap om verksamhetens specifika miljöpåverkan och hur man kan uppnå förbättringar.

- Regionen ska ha en hög kompetens i miljöfrågor och en god omvärldsbevakning.

2.2 Användning av material och produkter

2.2.1 Mål för material och produkter

- Minska negativ miljö- och hälsopåverkan från material och produkter såväl i byggnader som i verksamheten.
- Det ska finnas information om innehåll i det material och de produkter som används inom regionen respektive byggs in i regionens fastigheter.
- Successivt öka andelen förnybart och återvunnet material.
- Material och produkter som kan användas flera gånger bör prioriteras framför engångs där så är lämpligt.
- Produkter som kan repareras med bibehållen funktion och kvalitet är att föredra framför produkter som måste kasseras i sin helhet.
- Material och produkter som regionen använder ska vara tillverkade under socialt och etiskt godtagbara förhållanden.

2.3 Avfall

2.3.1 Mål för avfall

- De totala avfallsmängderna från regionens egna verksamheter ska minska successivt.
- Andelen avfall som går till återvinning ska öka successivt.
- Vid upphandling prioriteras i första hand produkter som kan sorteras för materialåtervinning och/eller återanvändning.

Målen för material och produkter har även stor betydelse för avfallsmängden och återvinningsgraden.

2.4 Kemikalier och kemiska ämnen i varor

2.4.1 Mål för kemikalier och kemiska ämnen i varor

- Minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska ämnen i varor.
- Öka medvetenheten om kemikalier och kemiska ämnens påverkan på hälsan.
- Fasa ut hormonstörande kemikalier och ersätta andra hälso- och miljöfarliga kemikalier och produkter.
- Minska barns exponering för farliga kemikalier i de egna verksamheterna

2.5 Läkemedel

2.5.1 Mål för läkemedel och miljö

- Minimera negativ läkemedelspåverkan på miljö och hälsa.
- Uppföljningsbara krav på minskad miljöpåverkan och socialt ansvar i produktionsledet.
- Utsläppen av utvalda svårnedbrytbara läkemedel ska minska.
- regionens klimatpåverkan från lustgas i hälso- och sjukvården ska minska.

2.6 Energi

2.6.1 Mål för energi

- Minimera behovet av tillförsel av energi och minimera klimatpåverkan från energianvändningen genom effektiv energianvändning, energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion.
- Energianvändningen i regionens egna fastigheter ska minska med 20 % till 2018 och 30 % till år 2026.

2.7 Resor och transporter

2.7.1 Mål för resor och transporter

- Öka nyttjande av distansoberoende teknik.
- Minimera klimatpåverkan från resor och transporter såväl i tjänsten som resor till och från arbetet samt patienttransporter.
- Utveckla samverkanstransporter av nödvändiga material.
- Fordon ska så långt möjligt drivas med förnyelsebara drivmedel.
- Tjänsteresor som medför utsläpp av växthusgaser ska klimatkompenseras.

2.8 Livsmedel

2.8.1 Mål för livsmedel

- Region Jämtland Härjedalen ska prioritera klimatsmart mat.
- Socialt-etiskt ansvarstagande i såväl andel socialt-etiskt märkta livsmedel, (10% till 2026) såsom socialt-etiska krav på producenter/leverantörer i upphandlingar.
- Öka möjligheten för leverantörer att leverera närproducerade livsmedel till regionen.

- Andelen ekologiska livsmedel i egna verksamheterna ska öka och vara minst 30 % till 2026.

2.9 Strategiskt arbete

2.9.1 Mål för strategiskt arbete

- Som stor aktör, i enlighet med regionens innovationsstrategi, medverka till innovation och teknikutveckling.
- Ha beredskap för de effekter som klimatförändringarna medför framför allt vad gäller miljö, hälsa och dricksvattenförsörjning.
- Nyttja möjligheter till samverkan med andra aktörer.

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

3.1 Kunskap och utbildning

3.1.1 Aktiviteter

- Alla nya medarbetare ska få en introduktion om regionens miljöarbete för att kunna bidra på ett konstruktivt sätt i regionens strävan mot en hållbar utveckling.
- När personal övergår till en chefsroll och när nya chefer anställs ska de erbjudas utbildning dels i de lagkrav som rör regionens miljöfrågor och dels grundläggande kunskap för att kunna motivera medarbetarna och leda arbetet på ett sätt som främjar miljö och hälsa.
- Det ska finnas centralt stöd med sakkunskap inom miljö som har kompetens och kapacitet att ge stöd till verksamheten för att alla funktioner ska kunna identifiera vilken miljöpåverkan verksamheten har och vad man kan göra för att minimera negativ miljöpåverkan och uppnå ständiga förbättringar.
- Regionen ska samverka med andra landsting och regioner och andra relevanta aktörer för att hitta de bästa lösningarna för ett effektivt miljöarbete inom hälso- och sjukvårdsverksamhet.

3.1.2 Förutsättningar och behov

Introduktion av nyanställda förutsätter att det finns tillräcklig kompetens i ämnet på aktuell enhet för att kunna ge en god introduktion vilket bör kompletteras med ett introduktionsmaterial. Det förutsätter i sig att det finns centrala resurser för att kunna utbilda nyckelfunktioner, miljöombud, chefer samt ta fram stödmaterial som hålls aktuellt.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Det centrala stöd med sakkunskap inom miljöområdet är i dagsläget begränsat, dock är verksamhetsstödande insatser och utbildning prioriterade.

Sveriges landsting och regioner har nätverk för miljöakkunniga inom flera olika områden med stort utbyte av erfarenheter och kunskap där det finns stora möjligheter att hitta effektiva åtgärder som är beprövade. I de nätverken kan Region Jämtland Härjedalen vara mer aktiv.

3.2 Material och produkter

3.2.1 Aktiviteter

- En kartläggning över vilka material och produkter som köps in i regionen ska göras.
- Vid inköp och avtal ställa krav på information om innehåll i material och produkter som används inom regionen respektive byggs in i våra fastigheter.
- Vid inköp ska krav ställas så att återvunnet material prioriteras där så är lämpligt och möjligt.
- Prioritera inköp av material och produkter som kan användas flera gånger istället för engångsmaterial/produkter där så är miljömässigt motiverat och säkert ur hygienisk synpunkt.
- Ställa krav på att produkter är reparerbara och att det finns utbytbara delar där så är möjligt och lämpligt för att slippa kassera en hel produkt om bara en liten del går sönder.
- Sociala och etiska krav ställs vid upphandling och inköp i största möjliga utsträckning.

3.2.2 Förutsättningar och behov

En kartläggning över material och produkter bedöms vara ett stort arbete, vilket tar en hel del resurser i anspråk då data i dagsläget inte finns samlad. Det är därför oklart när ett sådant arbete kan påbörjas.

Övriga aktiviteter handlar om att i vissa fall införa rutiner och i andra fall göra bedömningar om i vilka upphandlingar och inköp kraven är möjliga att ställa och följa upp där det inte redan görs, vilket medför ett merarbete i upphandlings- och inköpsskedet.

3.3 Avfall

3.3.1 Aktiviteter

- I arbetet med processer, framtagande av rutiner, införande av nya metoder etc så ska resurseffektiviteten beaktas avseende på vilket material som behövs och i vilka mängder för att minimera resursförbrukningen och därmed även avfallsmängden.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

- Vid upphandling och inköp ställa krav så att material och produkter regionen använder så långt möjligt är förberett för att kunna återvinnas då det är förbrukat.
- I dialog med avfallsmottagare se över om regionen kan öka andelen avfall som kan återvinnas istället för att förbrännas eller gå till deponi.

3.3.2 Förutsättningar och behov

För att få in etablerade tankesätt med resurseffektivitet även vad gäller material och energi på ett bra sätt krävs att personal finns i arbetet med de olika processerna, rutinerna etc som har tillräcklig kunskap inom området, vilket hör ihop med målen om kunskap och utbildning. Dialog med avfallsmottagare kan dels göras med nuvarande avfallspartners och initieras i nya upphandlingar av avfallsmottagare.

3.4 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

3.4.1 Aktiviteter

- Med stöd av kemikaliehanteringssystemet kategorisera och följa upp hälso- och miljöskadliga ämnen som hanteras inom regionen.
- Regionen ska arbeta med utbyte och utfasning av hälso- och miljöskadliga kemikalier där så är möjligt.
- Vid inköp ställa krav för att minimera material och produkter med innehåll av hälso- och miljöskadliga ämnen med särskilt fokus på hormonstörande ämnen.
- Arbeta särskilt för att kartlägga och minska barns exponering för farliga kemikalier inom regionens verksamhetsområde.
- Riktade informationsinsatser om kemikalier och kemiska ämnens påverkan på människors hälsa och miljön.

3.4.2 Förutsättningar och behov

Det kemikaliehanteringssystem som infördes 2015 ger bra förutsättningar att kategorisera de farliga kemikalier som används i verksamheten och ger möjlighet att arbeta strukturerat med utfasning och riskbedömningar. De flesta andra landsting och regioner har sedan tidigare tagit fram utfasnings- och utbyteslistor som vår region i samverkan kan ta del av för att få en snabbare start på vårt eget arbete.

Vi behöver identifiera de sammanhang regionens verksamhet påverkar barns exponering för farliga ämnen och därefter kartlägga vilka typer av material och produkter i dessa sammanhang som kan medföra en risk.

Den kompetens inom miljökemi som finns vid Jegrelius utgör en viktig resurs för arbetet med att fasa ut farliga ämnen och informationsspridning.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

I upphandlingar utgår regionen i dagsläget i stor utsträckning från de miljökriterier som är framtagna av Konkurrensverket. Där ingår oftast kriterier för att minimera inflödet av skadliga ämnen. Där det ännu saknas kriterier är det en större utmaning att bedöma när det är relevant att ställa olika miljökrav.

Ett förslag till regler för hållbara inköp för regionen är framtaget och kommer att beslutas av ledningsgruppen senast början av 2015.

3.5 Läkemedel och miljö

3.5.1 Aktiviteter

- Läkemedel och miljö är en komplex fråga som kräver nära samarbete mellan sakkunniga i området inom regionen och i samverkan med andra landsting och regioner.
- En utredning om förutsättningar och kostnader för att installera central destruktionsanläggning för lustgas bör göras.
- Konkurrensverkets kriterier för upphandling av läkemedel ska tillämpas så långt möjligt.
- Regionen ska följa kunskapsläget och forskningen vad gäller läkemedel och miljö för att kunna göra sakliga bedömningar om vilka åtgärder som är lämpliga.

3.5.2 Förutsättningar och behov

Sakkunniga inom miljö respektive läkemedel kan öka samarbetet för att hitta åtgärder och rutiner för att minimera miljöpåverkan från läkemedel från vår egen verksamhet samt via upphandling i produktionsledet. Regionen deltar i landstingens och regionernas nätverk för läkemedel och miljö.

De flesta andra landsting och regioner har installerat eller är på gång att installera centrala destruktionsanläggningar för lustgas på sina förlossningssjukhus, erfarenheter vi i regionen kan ta del av inför en utredning om lustgasdestruktion.

3.6 Energi

3.6.1 Aktiviteter

- Fortsatt arbete i enlighet med identifierade möjliga energieffektiviseringsåtgärder samt hur klimatpåverkan från energianvändningen kan minimeras.
- Vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel ska energibehovet tas med i bedömningen och där så är möjligt ska den energieffektivaste lösningen väljas.

3.6.2 Förutsättningar och behov

- Med hjälp av energieffektiviseringsstöd från Energimyndigheten har energiarbetet senaste året även kunnat fokusera på verksamhetens egen elenergianvändning. I samband med det beslutades en energi- och klimatstrategi med mål för 2014 och 2020 med en lista på åtgärder.
- I dagsläget är det inte klarlagt hur regionen omfattas av de nya kraven på energikartläggningar och därmed inte vilka behov av arbetsinsatser och resurser som kommer att krävas.

3.7 Resor och transporter

3.7.1 Aktiviteter

- En informationsinsats ska göras så att regionens interna regler för resor blir mer kända av alla inom regionen som reser i tjänsten.
- Utbildnings- och informationsinsatser ska göras för att öka kunskapen om, och öka nyttjande av distansoberoende teknik och främja nya användningsområden.
- Regionen ska kontinuerligt välja det effektivaste sättet att transportera material ur såväl miljömässigt, ekonomiskt och tidsmässigt perspektiv och överväga möjligheter till samtransporter såväl internt som i samverkan med andra.
- Vid inköp och hyra av fordon ska fordon med minsta möjliga miljöpåverkan prioriteras.
- En sammanställning av data över patient- och sjuktransporter ska göras för att kunna hitta lämpliga åtgärder för att minimera klimatpåverkan.
- En utredning om hur resor ska kunna klimatkompenseras ska göras.

3.7.2 Förutsättningar och behov

Erfarenheter bland annat från andra landsting och regioner visar att det ofta är samma personer som bokar videokonferenser, vilket tyder på att det finns ett behov av att få prova på tekniken utan att det är ”skarpt läge” för att man ska använda sig av tekniken. Det kan därför vara lämpligt att erbjuda utbildningar i videokonferenshantering för i första hand personal som i sitt arbete ordnar utbildningar, möten och konferenser.

Flera nationella studier visar att mäns och kvinnors resvanor skiljer sig åt, vilket man bör ta hänsyn till i utbildnings- och informationsinsatser.

Sammanställning av data över patient- och sjuktransporter respektive utredning om klimatkompensation tar en hel del resurser i anspråk i form av arbetstid.

3.8 Livsmedel

3.8.1 Aktiviteter

- I upphandling ge förutsättningar för ett brett urval av ekologiska och socialt-etiskt producerade livsmedel i leverantörernas sortiment.
- I upphandling möjliggöra för små producenter att lägga anbud och leverera livsmedel.
- Vid inköp och i menyplanering ha ett klimatsmart perspektiv, till exempel genom råvaror efter säsong, mer vegetabilier etc.
- Utifrån gällande mål ska inköp av ekologiska och socialt-etiska livsmedel balanseras i förhållande till övriga livsmedel.
- Se över möjligheter till alternativ beräkningsgrund och/eller redovisningsmodell för ekologiska och socialt-etiska livsmedel.

3.8.2 Förutsättningar och behov

Livsmedelsupphandling är ett omfattande arbete där man redan idag gör insatser för att möjliggöra för små leverantörer att lägga anbud. Ytterligare ansträngningar kräver ännu mer arbete i upphandling och utvärdering.

Då målen för ekologiska och socialt-etiska livsmedel är relaterade till andel av kostnaderna krävs en hel del arbete, löpande över hela året, för att balansera inköpen och kunna nå målen inom de ramar som ges i synnerhet vad gäller ekologiska livsmedel som generellt är dyrare i inköp. Om ett pris på en produkt förhandlas ner blir resultatet för ekologiska/socialt-etiska livsmedel lägre även om samma volym köps in, om målet är kostnadsrelaterat.

Målet för socialt-etiskt märkta livsmedel kommer sannolikt att bli svårt att uppnå. Andelen uppgår 2012 till ca 5 % och då det socialt-/etiskt och Fair Trade-märkta livsmedelsutbudet är begränsat och i dagsläget i princip består endast av kaffe, socker, färsk frukt, ris, kakao och te. Det innebär att regionen skulle behöva fördubbla konsumtionen för att nå ett mål på 10% vilket inte bedöms vara realistiskt under överskådlig tid. En förutsättning för att nå målet är därför att marknaden utvecklas mot ett större utbud av socialt-etiskt märkta livsmedel.

Inom patientkosten är förutsättningarna för att arbeta med klimatsmart mat begränsade då maten som tillagas skall ha ett visst näringsmässigt innehåll och vara anpassad för att ett optimalt tillfrisknande skall kunna ske. Inom den externa verksamheten är förutsättningarna något bättre, men fortfarande gäller att matgästerna föredrar traditionell kost, vilket man kunnat konstatera vad gäller nyckelhålsmärkta maten som är mindre populär än den övriga maten.

3.9 Strategiskt arbete

3.9.1 Aktiviteter

- Vara referensmiljö för nya varor och produkter.
- Medverka i innovationsupphandlingar där behov finns.
- Utreda möjliga åtgärder för att trygga dricksvattenförsörjningen till kritiska delar av hälso- och sjukvården.
- Stimulera till tvärssektoriell innovation, forskning och utveckling inom miljö, hälsa, etik bland regionens medarbetare.
- Hålla kunskapen om klimatförändringarna och effekterna av dessa på nationell och regional nivå uppdaterade.

3.9.2 Förutsättningar och behov

Att ställa upp som referensmiljö för nya varor och produkter kräver en del arbete hos den verksamhet som tar in produkterna, men det ger också möjlighet att hitta bättre alternativa produkter för olika funktionsområden.

Regionen kan medverka vid innovationsupphandlingar då dessa sker inom områden där regionen har ett behov av produkter och/eller produktutveckling ur t.ex. miljö- och hälsosynpunkt.

Kunskapen om klimatförändringarna och dess effekter bör ingå i omvärldsbevakningen för miljösakunniga och kunskapen om effekterna på regional nivå bör ajourhållas i samverkan med kommunerna och Länsstyrelsen.

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

4.1 Miljöbalken

Miljöbalken är den övergripande lag som tillsammans med följdförfattningar reglerar det mesta inom miljöområdet.

I första kapitlet om Miljöbalkens (1998:808) mål och tillämpningsområde föreskrivs i den första paragrafen:

”Bestämmelserna i denna balk syftar till att främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö. En sådan utveckling bygger på insikten att naturen har ett skyddsvärde och att människans rätt att förändra och bruka naturen är förenad med ett ansvar för att förvalta naturen väl.

Miljöbalken skall tillämpas så att

1. människors hälsa och miljön skyddas mot skador och olägenheter oavsett om dessa orsakas av föroreningar eller annan påverkan,
2. värdefulla natur- och kulturmiljöer skyddas och vårdas,
3. den biologiska mångfalden bevaras,
4. mark, vatten och fysisk miljö i övrigt används så att en från ekologisk, social, kulturell och samhällsekonomisk synpunkt långsiktigt god hushållning tryggas, och
5. återanvändning och återvinning liksom annan hushållning med material, råvaror och energi främjas så att ett kretslopp uppnås.”

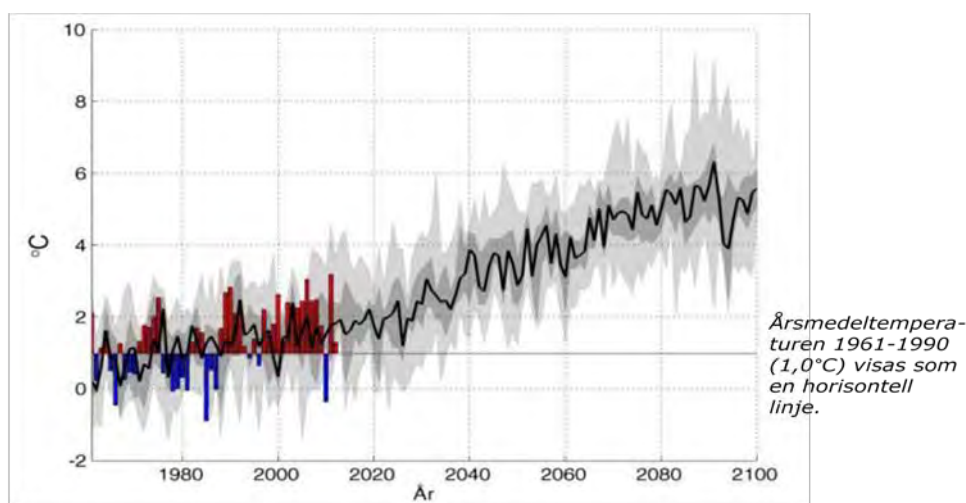
4.2 Klimatförändringar

Förbränning av fossila bränslen står för det största bidraget till växthuseffekten både i Sverige och i övriga världen. Utsläppen av växthusgaser leder till en förstärkning av växthuseffekten vilket gör att klimatet förändras och att jordens medeltemperatur stiger. Hittills har jordens medeltemperatur stigit med nästan en grad sedan förra sekelskiftet och vi ser pågående effekter av detta även i Sverige.

Världshälsoorganisationen (WHO) har konstaterat att klimatförändringarna är det största globala hotet mot människors hälsa i vårt århundrade.

Tvågradersmålet innebär att ökningen av jordens medeltemperatur hålls under totalt två grader – en gräns klimatforskare och politiker enats om för att undvika allvarliga klimatförändringar. För att klara tvågradersmålet måste världens växande utsläpp av växthusgaser inom kort börja minska kraftigt, och år 2050 vara 40 till 70 procent lägre än dagens nivåer.

Om vi klarar tvågradersmålet kommer Sveriges medeltemperatur att under de flesta årstider stiga mer än i större delen av den övriga världen. Det kommer att bli upp emot tre grader varmare i nordligaste Sverige på vintern mot slutet av seklet. Om vi däremot inte klarar av målet blir ökningen ännu större.



Beräknad utveckling av årsmedeltemperaturen i Jämtlands län baserat på samtliga klimatscenarier

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

För Jämtlands län förväntas i korthet följande förändringar under innevarande århundrade¹:

Temperatur	Successiv och tydlig värmeökning. Årsmedeltemperaturen beräknas öka med i medeltal cirka 4°C. Alla säsonger får en temperaturuppgång, framför allt vintern med i medeltal cirka 6°C.
Nederbörd	Nederbörden ökar för alla säsonger utom för sommaren. Vår och höst: inland 30 %, fjäll 40 %. Vinter ökar mest med inland 50 % och fjäll 60 %.
Skyfall	Kraftiga regn ökar. För regn med 30 minuters varaktighet beräknas ökningen bli ca 30 %. För regn med längre varaktigheter väntas en ökning med ca 20 %.
Snö	Snötäcket beräknas minska både avseende antal dagar med snötäcke (45-75 dagars minskning) och det maximala vatteninnehållet i snötäcket (minskar med 25-45 %) mot slutet av seklet.
Tjäle	Större medeltjäldjup i de västra delarna av länet, mindre tjäldjup i de sydöstra delarna.
Islossning	Den islagda perioden i fjällsjöarna minskar med i medeltal 40–50 dagar. Islossning för fjällsjöar infaller 20 dagar tidigare. Isfria år beräknas inträffa i fjällen i slutet av seklet.
Soldagar	För inlandet minskar antalet soldagar med cirka 20 dagar och för fjällen med 40 dagar.
Värmeböljor	De längsta värmeböljorna beräknas bli längre för både inland och fjäll. För fjäll gäller även en ökad utbredning från enstaka platser till regelbundet i hela distriktet.
Torka	För både inland och fjäll beräknas den längsta sammanhållna torrperioden per år minska lite och blir kortare jämfört med 1961-1990.
Vegetationsperiod	I slutet av seklet beräknas vegetationsperioden börja i slutet av april och sluta i slutet av oktober, en ökning med cirka 50 dagar i genomsnitt.
Brandrisk	Brandrisksäsongen bedöms öka (undantaget fjällområdena). Frekvensen av år med minst en högriskperiod ökar med uppemot 40 procent i de sydöstliga delarna av länet.
Vind	Klimatscenarierna ger inga tydliga svar på om vindarna kommer att öka i styrka eller frekvens. Däremot kan <i>stormskadorna</i> öka pga andra förändringar.
Värmebehov	Uppvärmningsbehovet för inlandet beräknas minska med cirka 15 %, för fjällen med cirka 25 %.
Kylbehov	För Jämtlands län beräknas kylbehovet under sommarmånaderna endast öka något i början av 100-årsperioden. Behovet ökar något mer under perioden 2071-2100.
Vattenföring	Årsmedelvattenföringen ökar generellt i länet. För samtliga vattendrag ökar flödet under vintern. Vårflödestopparna minskar och kommer tidigare på våren. Som en konsekvens kan 100-årsflödena minska med 10-20 %.

Beskrivning över konsekvenser finns bland annat i länets klimatstrategi².

4.3 Kunskap och utbildning

4.3.1 Bakgrund

Enligt 2 kapitlet 2 § Miljöbalken ska alla som bedriver eller avser att bedriva en verksamhet eller vidta en åtgärd skaffa sig den kunskap som behövs med hänsyn till verksamhetens eller åtgärdens art och omfattning för att skydda människors hälsa och miljön mot skada eller olägenhet.

Det innebär att alla är skyldiga att ta reda på hur ens egen verksamhet påverkar människors hälsa och miljön och vad man kan göra för att minimera den negativa påverkan.

¹ [Klimatanalys för Jämtlands län](#)

² [Klimatstrategi för Jämtlands län - mål och åtgärder år 2014-2020](#)

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Kunskap är också en grundläggande förutsättning för motivation att arbeta med förbättringar inom miljöområdet samt för att hitta de bästa lösningarna. Det är viktigt att grundläggande kunskap finns i alla delar av verksamheten då det är där man känner verksamheten bäst och kan hitta möjligheterna. Då människor med t.ex. olika kön och ålder påverkas olika av olika miljöfaktorer är det viktigt att även belysa dessa skillnader.

4.3.2 Nuläge

I Region Jämtland Härjedalen är det juridiska ansvaret för miljöfrågor ålagt chefer i linjen och respektive chef ansvarar även för att nyanställda får en introduktion i regionens miljöfrågor. Som stöd i miljöfrågor på plats har cheferna funktionen miljöombud, men det är viktigt att cheferna själva också har en grundkunskap och känner till vilka lagkrav som gäller och hur miljömålsarbetet ska bedrivas. I utbildningspaketet ”Ny som chef” som erbjuds nya chefer ingår ett miljöavsnitt.

Grundutbildning för miljöombud genomfördes hösten 2013-våren 2014. Under 2015 kommer ett utbildningsmaterial samt en utbildningsplan att tas fram.

4.4 Material och produkter

4.4.1 Bakgrund

Vårdens användning av engångsmaterial ökar, i vissa fall på grund av hygien- och effektivitetskrav. En stor del av produkterna är tillverkade av ändliga råvaror som plast och metall, vilka har stor klimatpåverkan under sin livscykel. Den ökande användningen av engångsmaterial leder även till allt större avfallsmängder på sjukhusen.

Varor och tjänster ger upphov till olika typer av miljöpåverkan under sin livscykel från råvaruutvinning och produktion till användning och slutligt omhändertagande, inklusive transporter i alla led. Exempel på miljöproblem som kan kopplas samman med konsumtionen av varor och tjänster är utarmande av naturresurser och biologisk mångfald, klimatpåverkan och diffusa utsläpp av kemikalier. En stor del av de produkter som regionen använder tillverkas i andra länder. Vår användning av produkter påverkar därför människor i de aktuella tillverkningsländerna. Det är därför viktigt även med sociala och etiska hänsyn i våra produktval för att vår verksamhet inte ska orsaka skada för andra människor.

Växthusgaser ger lika stor påverkan på jordens klimat oavsett var på jorden utsläppen sker. Den totala svenska konsumtionen uppskattades år 2003 orsaka utsläpp av 95 miljoner ton koldioxidekvivalenter räknat i ett konsumtionsperspektiv³. Då ingår utsläppen av koldioxid, metan och lustgas från varor och tjänster under hela livscykeln (produktion, användning och

³ Källa: Naturvårdsverkets rapport 5903 ”Konsumtionens klimatpåverkan”, november 2008.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

avfall) oavsett var i världen utsläppen sker. Det är 25–35 procent mer än då bara utsläppen i Sverige räknas.

En stor del av världens textilier är tillverkade av bomull. Den globala bomullsodlingen står för 2,5 procent av världens uppodlade jordbruksmark, men använder cirka 25 procent av alla insektsbekämpningsmedel⁴. Dessutom används 7 000–30 000 liter vatten för att producera ett kilo bomull, ofta i områden som redan har ett torrt klimat vilket leder till vattenbrist.

Det finns landsting/regioner som tittat på just kläder och ställt alternativet engångskläder mot flergångskläder ur miljösynpunkt och konstaterat att det är betydligt större miljöpåverkan vid användning av engångskläder jämfört med flergångs.

En bedömning av möjligheterna att minska användningen av förbrukningsmaterial kan inte göras i dagsläget då ingen utredning är gjord.

Den största potentialen till klimatvinster ligger i att ersätta ej förnybara material med förnybara. Klimatpåverkan från papper är ca 15 % av klimatpåverkan från plast per kilo, och 8 % av klimatpåverkan från metall⁵. Vissa engångsprodukter bör också kunna ersättas av flergångsprodukter.

4.4.2 Nuläge

I dagsläget finns ingen samlad bild över vilken miljöpåverkan regionens materialanvändning har. Några landsting/regioner har gjort analyser och bedömningar av vilken klimatpåverkan förbrukningsmaterialet inom verksamheten har. För att få en bild över vår materialförbrukning och vår potential att minska miljöpåverkan behöver en analys göras. Det bedöms dock vara ett omfattande arbete som inte är möjligt att genomföra med befintliga egna resurser.

Det är dock viktigt att fortsätta arbetet med att hitta relevanta miljökrav i upphandlingar för att ändå uppnå förbättringar.

4.5 Avfall

4.5.1 Bakgrund

Avfall består till stor del av bearbetade råvaror och avfallshantering handlar alltså om hushållning av naturresurser. Avfall innehåller en mängd olika ämnen och material i olika kombinationer och kan vara skadligt för både människor och miljö. Vid förbränning av avfall bildas koldioxid som bidrar till växthuseffekten samt kväveoxid som kan ge nedsatt lungfunktion och irritation av luftvägar.

⁴ Världsnaturfonden WWF:s rapport ”Bomull” 2005

⁵ Källa: Örebro läns landsting

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Även utifrån ett ekonomiskt perspektiv är det motiverat att använda kretsloppsprincipen vid avfallshantering.

Miljöbalken anger att återanvändning och återvinning ska främjas och Avfallsförordningen föreskriver att vissa avfallslag inte får blandas med annat och måste sorteras ut.

Ett tidigare nationellt etappmål för "God bebyggd miljö" var att den totala mängden genererat avfall inte ska öka och avfall ska tas till vara i så hög grad som möjligt samtidigt som påverkan på och risker för hälsa och miljö minimeras.

Genom att regionen sorterar sitt avfall till materialåtervinning som gör att avfallet blir nya produkter istället för att förbrännas eller deponeras, blir miljöpåverkan mindre.

Det viktigaste i avfallsarbetet är att minimera uppkomsten av avfall och det gör man genom tydliga krav vid upphandling och inköp och genomtänkta rutiner där man bestämmer vilket material och i vilken mängd man behöver för varje moment. I vissa fall kanske det finns lämpliga metoder utan att det uppstår avfall som alternativ.

Regeringens precisering av "God bebyggd miljö":

- Avfallshanteringen är effektiv för samhället, enkel att använda för konsumenterna och att avfallet förebyggs samtidigt som resurserna i det avfall som uppstår tas till vara i så hög grad som möjligt samt att avfallets påverkan på och risker för hälsa och miljö minimeras.

Regeringens etappmål för "God bebyggd miljö":

- Minst 50 procent av **matavfallet** från hushåll, storkök, butiker och restauranger sorteras ut och behandlas biologiskt så att växtnäring tas tillvara, där minst 40 procent behandlas, så att även energi tas tillvara senast 2018.
- Etappmålet om **byggnads- och rivningsavfall** innebär att insatser ska vidtas så att förberedandet för återanvändning, materialåtervinning och annat materialutnyttjande av icke-farligt byggnads- och rivningsavfall är minst 70 viktprocent senast 2020.

4.5.2 Nuläge

Regionen har under flera år haft mål om att minska den totala mängden avfall. I samband med regionbildningen 2015 kommer samtliga verksamheter att omfattas av det gemensamma ledningssystemet där miljourutiner för utvecklad källsortering ingår.

Data över de totala mängderna finns för dåvarande landstinget från 2004 och framåt där man kan se att landstinget som mest genererade 982 ton⁶ avfall av de fraktioner landstinget har statistik för. Sedan 2008 har mängderna minskat och för år 2012 var avfallsmängden 822 ton. Dock

⁶ År 2008

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

saknas data för de fraktioner av brännbart och komposterbart avfall som lämnas i andra kommuner än Östersund och har inte heller data över det bygg- och rivningsavfall som större projekt genererar. Mängden komposterbart avfall för 2012 var 143 ton som lämnades till Östersunds kommun för kompostering på Gräfsåsens avfallsanläggning.

Avfallsstatistik för de verksamheter som t.o.m. 2014 ingick i Regionförbundet Jämtlands län är i dagsläget ofullständig.

Det är en stor utmaning att minska de totala avfallsmängderna dels på grund av ökning av engångsmaterial och dels då det i många fall saknas system för reparation och reservdelar för viss utrustning och det är i många fall billigare att köpa en ny än att reparera den produkt man har. Regionen har i stora delar en väl fungerande källsortering som underlättar återvinning av material.

Vi bedömer att den största andelen komposterbart avfall härrör från verksamheter där regionen bereder och serverar måltider och det avfallet sorteras ut och går till kompostering redan i dagsläget.

För byggnads- och rivningsavfall ställer vi krav på entreprenörerna att de ska källsortera avfallet, men regionen har i dagsläget inte data på vilka mängder de hanterar. För löpande underhåll och mindre projekt går byggnads- och rivningsavfallet via regionens egna källsorteringssystem där samlad data finns. För att minska mängden avfall som uppkommer i verksamheten är det viktigt att vid inköpsprocessen prioritera produkter och material som ingår i kretsloppet. I första hand ska förnybara råvaror väljas och i andra hand sådana varor som inte påverkar miljön negativt. Genom att göra miljöanpassade val kan regionen påverka underleverantörer och stimulera utvecklingen av ny miljöanpassad teknik. Miljöhänsyn bör därför ingå som en naturlig del vid inköp, upphandling och i beslutsprocesser.

Om regionen ska kunna öka materialåtervinningsgraden behövs fortsatt hög ambition vad gäller källsortering och kravställande i upphandlingar och inköp, men även en dialog med avfallsmottagarna för att maximera mängden material som kan gå till återvinning.

4.6 Kemikalier och kemiska ämnen i produkter

4.6.1 Bakgrund

Kemikalier förekommer i stort sett i alla varor och produkter. Det saknas fortfarande kunskap kring effekter på hälsa och miljö för många av dessa. Många är svårnedbrytbara i naturen och sprids via vind, vatten och näringskedjor. I takt med att kunskapen ökar upptäcks allt fler ämnen som kan ha potentiellt skadliga konsekvenser såsom cancer, astma, allergier och störningar på fertilitet och fosterutveckling. Nya forskningsrön tyder bland annat på att vissa kemikalier kan bidra till utvecklingen av fetma/diabetes, dålig spermakvalitet, tidig bröstutveckling, avbrutna graviditeter och störning av utvecklingen av barns nervsystem. Att människan exponeras för

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

kemikalier i allt större omfattning är enligt forskare ett hot mot den globala hälsan och människans möjlighet till fortplantning. 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 för skadliga ämnen tidigt i livet medför också en ökad risk att en sjukdom hinner utvecklas under individens livstid på ett annat sätt än för vuxna och det finns även en längre tid för skadliga ämnen att ackumuleras i kroppen. Flera skadliga ämnen lagras i fettvävnad och dessa ämnen kan sedan utsöndras från mamman till barnet vid amning.

EU:s kemikalielag REACH trädde i kraft 2007 och ska vara fullt genomförd 2022. Under denna tid ska kemiföretagen ta fram kunskap om de mest använda kemikalierna. Kunskapen är i dagsläget relativt dålig om de mer än 100 000 industriellt tillverkade kemiska ämnen som används i samhället i synnerhet när det gäller hormonstörande ämnen och kombinationseffekter mellan olika kemikalier.

Regeringens preciseringar av målet Giftfri miljö:

- Information om miljö- och hälsofarliga ämnen i material, kemiska produkter och varor är tillgänglig.
- Användningen av särskilt farliga ämnen har så långt som möjligt upphört.
- Spridningen av oavsiktligt bildade ämnen med farliga egenskaper är mycket liten och uppgifter om bildning, källor, utsläpp samt spridning av de mest betydande av dessa ämnen och deras nedbrytningsprodukter är tillgängliga.

Utbyte av farliga kemikalier är en fråga om förbättrad arbetsmiljö, ökad patientsäkerhet och skydd av yttre miljön.

4.6.2 Nuläge

En samlad bild över vilka av regionens varor som kan innehålla skadliga ämnen saknas. Via upphandling har regionen dock minskat andelen produkter med skadliga mjukgörare (s.k. ftalater).

För att få en samlad bild av vilka varor i verksamheten som innehåller skadliga ämnen behövs en utredning och analys av läget med särskilt fokus på verksamheter där barn kan påverkas, dock saknas det resurser i dagsläget för att göra sådan utredning. För att aktivt kunna minimera andelen varor med skadliga ämnen behövs också insatser och resurser för att via upphandlingar

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

ställa mer långtgående krav på varornas innehåll. En förutsättning är också att själva inköpen sker inom de upphandlade avtalen där dessa krav ställts.

Regionen inför våren 2015 ett kemikaliehanteringssystem som kommer att ge en samlad bild över vilka kemiska produkter vi använder och i vilka mängder. I dagsläget saknas dock den bilden. I jämförelse med andra landsting och regioner så använder vi i vår organisation gissningsvis 1500-2500 kemikalier som är klassade som giftiga, brandfarliga, hälsoskadliga, miljöfarliga, frätande m.m. Det krävs resurser för att sedan administrera systemet, utbilda och börja arbeta mer förebyggande och konstruktivt med t.ex. substitution av de skadligaste ämnena. Men förhoppningen är att man ute på enheterna kan arbeta mer konstruktivt med kemikalier istället för att lägga arbetstid på att skaffa fram säkerhetsdatablad.

Först när ett kemikaliehanteringssystem är på plats kan ett mer konstruktivt arbete påbörjas för att identifiera de farligaste kemikalierna och initiera ett substitutionsarbete. Det kommer dock att krävas resurser för att kunna ge det centrala stödet i arbetet som behövs.

Inom regionen återfinns kemikalier i alla verksamheter och regionen behöver också en viss andel kemikalier för att verksamheterna skall kunna fungera. Regionen kan dock troligen göra ett bättre arbete med valet av kemikalier. De flesta andra landsting/regioner arbetar med utfasningslistor för kemikalier.

I både miljölagstiftningen och arbetsmiljölagstiftningen ställs krav på att riskbedömningar ska göras för de kemikalier som används. Det är inte gjort i vår verksamhet med några få undantagsfall.

Genom att ställa krav på vilka ämnen som inte får förekomma i regionens produkter, samt arbeta för att byta ut och minska användningen av farliga kemikalier, kan regionen minska sin påverkan på den yttre miljön och skapa en säker och mer hälsosam arbetsmiljö för medarbetare och patienter.

På Upphandlingsenheten arbetar man med att ställa krav för att undvika de mest skadliga ämnena, men det är när själva inköpen görs som valet görs. Det är därför viktigt att regler för hållbara inköp används som ett hjälpmedel för verksamheten för att undvika de mest skadliga ämnena och göra kloka val.

4.7 Läkemedel

4.7.1 Bakgrund

Läkemedel är till för att förebygga, bota eller lindra sjukdom och är gjorda för att brytas ner långsamt i kroppen. Vissa läkemedels förmåga att samlas i fettvävnad och den långsamma nedbrytningen gagnar människan, men kan orsaka problem för miljön. Det är en utmaning att tillgodose det ökande behovet av läkemedel och samtidigt balansera negativa effekter, exempelvis

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

antibiotikaresistens hos bakterier. Kvaliteten på patienternas läkemedelsbehandling kommer emellertid alltid före eventuella miljörestriktioner för läkemedel.

I Sverige används ungefär 1200 aktiva läkemedelssubstanser, vilket motsvarar totalt ungefär 10 000 olika läkemedel för människor och djur⁷.

Läkemedelsrester som inte bryts ner i kroppen eller i våra reningsverk hamnar förr eller senare i våra vattendrag. Drygt 150 olika läkemedelssubstanser har rapporterats i ytvatten och i renat kommunalt avloppsvatten i Sverige och andra västländer. Det finns idag inga krav i Sverige på att reningsverk ska kunna avlägsna läkemedelsrester.

Kunskapen om hur läkemedel påverkar miljön på sikt är idag begränsad. Forskare har konstaterat att könshormoner som finns i p-piller påverkar fiskars kön och fortplantningsförmåga. När rester av smärtstillande och antiinflammatoriska medel kommer ut i miljön kan dessa ge njur- och leverskador på djur. Utsläpp av antibiotika kan påskynda utvecklingen av resistenta bakterier.

Tillverkningen av aktiva substanser i läkemedel som används i Sverige sker i stor utsträckning i Indien, Kina och flera utvecklingsländer. Reningen av avloppsvatten från produktionen har i flera fall visat sig vara bristfällig och svenska forskare har hittat extremt höga halter av vissa läkemedel i vattendrag och sjöar i närheten av produktionsanläggningar.

Förutom att vi i Sverige exporterat miljöproblem till andra länder finns risk att resistenta bakterier utvecklas i miljön kring produktionsanläggningarna och sprids även till oss. Det är därför av stor vikt att vi gör vad vi kan för att bidra till att minska miljöpåverkan från läkemedel såväl vid tillverkningen som i vår egen verksamhet.

Kunskaperna om vilka allvarliga effekter andra läkemedel kan ha på vattenlevande organismer är idag väldigt begränsad. Det saknas i dagsläget krav på att ta fram data om miljöeffekter för läkemedel.

Flera landsting och regioner har nu tillämpat Miljöstyrningsrådets kriterier för att ställa miljökrav i läkemedelsupphandlingar och man bedömer att det finns en stor potential att åstadkomma en förändring i hur läkemedelsföretagen arbetar med minskade utsläpp av läkemedelsrester vid produktionsanläggningarna.

Lustgas är ett läkemedel som används för smärtlindring och anestesi. Den mesta lustgasen används vid förlossningar. Lustgas är också en mycket stark växthusgas och dels den gas som bidrar mest till nedbrytning av ozonskiktet. Långvarig exponering för förhöjda halter av lustgas kan även medföra ohälsa för medarbetare inom vården. Det finns alternativa smärtlindringsmetoder i viss mån, men lustgasen har så pass många behandlingsmässiga fördelar att det inte är rimligt att upphöra med användningen.

⁷ Källa: SOU 2013:23

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Minimering av läckage och uppsamling och destruktion av den lustgas som används är de sätt regionen kan minimera utsläppen. En destruktionsanläggning destruerar ca 90-95% av den uppsamlade lustgasen.

Regeringens preciseringar av målet Giftfri miljö:

- Spridningen av oavsiktligt bildade ämnen med farliga egenskaper är mycket liten och uppgifter om bildning, källor, utsläpp samt spridning av de mest betydande av dessa ämnen och deras nedbrytningsprodukter är tillgängliga.

Riksdagens etappmål för begränsad klimatpåverkan:

- Utsläpp av växthusgaser från verksamheter som inte ingår i handeln med utsläppsrätter ska minska med 40% till år 2020 jämfört med 1990.

4.7.2 Nuläge

Regionen är den största förskrivaren av humanläkemedel i länet och har möjlighet att påverka både vid inköp, förskrivning, användning och kassation.

Regionen har inte något som motsvarar ”Kloka listan” som flera landsting/regioner använder sig av där även miljöhänsyn tas med i förskrivningsrekommendationerna. Provtagning av läkemedelsrester har genomförts av landstinget vid tre tillfällen (2007, 2009 och 2011) i dagsläget finns inga planer på fortsatta provtagningar.

Läkemedelsgenomgångar, ökad användning av startförpackningar vid nyinsättning av läkemedel för långtidsbruk är exempel på åtgärder som inte bara kan gynna patienten. En effektivare läkemedelsanvändning kan minimera överkonsumtion och bidra till minskad kassation som i sin tur minskar även negativ miljöpåverkan.

I patientkontakter kan hälso- och sjukvården underlätta för patienten att hantera läkemedelskassation på ett korrekt sätt t.ex. genom information.

Lustgasutsläppen står för ca 15-20 % av regionens totala utsläpp av växthusgaser (statistik för referensåret 1990 saknas).

För att kunna göra konkreta minskningar av lustgasutsläppen krävs investering i en central destruktionsanläggning vid sjukhuset. En analys av förutsättningar, kostnader och effekt behöver göras.

4.8 Energi

4.8.1 Bakgrund

Tillgången på energi har stor betydelse för samhället. Samtidigt orsakar utvinning och användning av energi stora miljöproblem. Användningen av olja, kol, torv och naturgas, så kallade fossila bränslen, är den största källan till utsläpp av koldioxid, svaveldioxid och kväveoxider i Sverige. De påverkar växthuseffekten, ger upphov till försurning av skog och mark, och orsakar hälsoproblem. Kärnkraftens största miljöpåverkan är strålningsrisker och miljöeffekter när uran utvinns ur marken och när använt kärnbränsle och kärnavfall ska slutförvaras i berggrunden. Vattenkraft, vindkraft, solenergi och biomassa kallas för förnybara bränslen. De påverkar miljön när marken används, till exempel när man bygger kraftverk. Idag finns ingen kommersiell reningsteknik för koldioxid. Utsläppen påverkas därför direkt av energianvändningen och hur mycket kol bränslet innehåller. Koldioxid släpps ut i atmosfären både vid förbränning av fossila bränslen och biomassa. Kolet, som släpps ut i form av koldioxid, har legat lagrat i jordskorpan i miljontals år. Utsläppen innebär därför ett tillskott av koldioxid till biosfären. Biomassa släpper ut koldioxid när det förbränns i samma mängd som det tog upp under sin tillväxt. Därför räknar man inte med några nettoutsläpp av koldioxid vid förbränning av biomassa, under förutsättning att biomassan tas ut på ett sådant sätt att inte skogs- eller jordbruksmarkens produktionsförmåga hotas.

Förnybara energikällor som vindkraft, vattenkraft och solenergi ger inte upphov till utsläpp av växthusgaser under användningsfasen.

Miljöpåverkan beror på tre faktorer: hur mycket energi som används, vilken energi och vilken teknik som används för att omvandla energin.

Energifrågan kopplad till klimatpåverkan är en prioriterad fråga både nationellt och internationellt. EU:s energimål för 2030 är minst 40% utsläppsminskning från 1990 års nivå år 2030 (nationellt bindande), minst en ökning 27% energieffektivisering, minst 27 % förnybar energi år 2030, 15% ökad energinätverk mellan medlemsstaterna år 2030.

Riksdagens mål är att den totala energianvändningen per uppvärmd areaenhet i bostäder och lokaler bör minska med 20 procent till år 2020 och med 50 procent till år 2050 jämfört med 1995. Regionen använder i sin verksamhet stora mängder energi vilket belastar miljön och ger upphov till betydande energikostnader. Energi- och klimatfrågan är därför av stor betydelse för regionen. Att arbeta med energifrågorna på ett långsiktigt och systematiskt sätt med fokus på resurshushållning och kretsloppsanpassning är av mycket stor vikt för att minska energianvändningen, reducera utsläppen av koldioxid och begränsa kostnadsökningarna.

Vården blir alltmer högteknologisk till gagn för en effektivare vård och förbättrade behandlingsresultat. Allt fler enheter på sjukhus är därmed präglade av högteknologisk utrustning vid diagnosticering, behandling och omvårdnad. Allt mer teknisk utrustning kräver dock energi.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Trots alla energieffektiviseringar av fastigheternas elinstallationer, så var landstingets elanvändning på samma nivå 2014 som 1995 bland annat beroende på den alltmer teknikintensiva sjukvården.

Vid upphandling och inköp av utrustning som kräver energitillförsel är det viktigt att inte bara titta på inköpskostnaden, utan även vilka driftskostnader som tillkommer varav energikostnaden ofta är en betydande del. I vissa fall går det inte bara åt energi att försörja själva utrustningen, utan även för att kyla utrymmet den används i.

4.8.2 Nuläge

Regionens fastighetsbestånd är till största delen byggt under 60-70-talet. Regionen har under många år arbetat systematiskt med fastigheter och installationer för att energieffektivisera byggnaderna. De senaste 10 åren har ca 1,5 miljoner per år använts till energieffektiviseringar. Framöver ser regionen allt större utmaningar att nå målen då ytterligare effektiviseringar innebär svårare åtgärder och i vissa fall längre pay-off-tider.

Det arbetet fortsätter, men regionen behöver också arbeta aktivt för att den utrustning som behövs för verksamheten också är så energieffektiv som möjligt. Av den totala energianvändningen står värmeenergi för 52 % och elenergi för 48 % (2012). Elen som verksamheterna själva använder utgör ca 50% av den totala elenergin. En stor utmaning är att genom förändring av vanor och beteenden hushålla med energi. Information är en färskvara och regionen måste därför ha återkommande diskussioner och information om hur regionen kan påverka energianvändningen på ett positivt sätt.

År 2014 fattades beslut om att hela höghuset på Östersunds sjukhus under 2015 ska förses med komfortkyla. Ytterligare teknikutrustningar kommer att införas under 2015. Sammantaget ger det ett ökat kylbehov vilket ger ökad elanvändning.

Regionen behöver också arbeta mer med att ställa energikrav vid inköp.

Regionen har investerat i egen produktion av el i form av ett vindkraftverk som togs i drift hösten 2014. Vindkraftverket beräknas kunna försörja regionen med 30% av det totala el-energibehovet.

4.9 Resor och transporter

4.9.1 Bakgrund

Transporter bidrar till påverkan på mark och vatten, klimatet, människors hälsa och natur- och kulturvärden. Transporterna har ökat kraftigt i takt med ett stigande välbefinnande. Problemet med de ökade transporterna är att de nästan uteslutande drivs med fossila drivmedel. Det svenska transportsystemet är i dagsläget starkt beroende av fossila bränslen och inrikes transporter svarar

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

för nästan en tredjedel av Sveriges totala utsläpp av växthusgaser. För att minska transportsektorns klimatpåverkan måste fordonen bli mer energieffektiva och andelen fordon som drivs med förnybara bränslen öka.

Jämtlands län är ett stort geografiskt område dominerat av glesbygd vilket medför många och långa transporter på landsväg. Jämtlands län har en vision om att vara fossilbränslefritt år 2030. Visionen är en möjlig framtidsbild, men en djärv utmaning. Utvecklingen av fordon med alternativ drift och bränslesnåla fordon har gått snabbt framåt, men Jämtlands län har en av Sveriges äldsta bilparker med en genomsnittsalder på över 12 år för personbilar i trafik.

När vi inom verksamheten reser bör vi välja det resesätt som påverkar miljön minst, men där det går att hitta lösningar utan att resa bör vi prioritera det alternativet.

Resfria möten kan erbjuda en organisation ett alternativ till kostsamma, tidskrävande och miljöbelastande tjänsteresor. De främsta skälen till varför företag och andra organisationer börjar använda resfria möten är att spara tid och pengar för resandet men transporter och resor står även för en stor del av en organisations miljö- och hälsobelastning och är ofta den största belastningen i tjänsteföretag.

Studier visar att mäns och kvinnors resande skiljer sig åt. Visserligen använder vi lika mycket tid för resande, men vi reser olika långt och med olika transportmedel. Män använder i större utsträckning än kvinnor bil medan kvinnor oftare åker kollektivt eller cyklar.⁸

Distansoberoende teknik kan även användas för vård på distans.

Det finns många fördelar som kan uppnås med vård på distans såsom tillgång till högre kompetens och mer avancerad utrustning på olika områden än som finns i den egna organisationen/vårdenheten, snabbare diagnostisering och behandling än via remiss o.d., minskade fysiska persontransporter för patienter och anhöriga och för personalen, ökade och mer varierade möjligheter för patienter/vårdtagare och anhöriga/närstående att kommunicera med vården och med varandra, ökade möjligheter att ordna flerparts möten i vilka alla parter är ”närvarande”, minskade kostnader för personal, jour m.m., bättre och snabbare tillgång till aktuell medicinsk information om diagnostisering, behandlingsmetoder både för vårdpersonal och för patienter och allmänhet, samt bättre stöd för vårdpersonalen i grund- och fortbildning, träning o.d.

Riksdagens mål:

- 10 procent förnybar energi i transportsektorn 2020.
- Sverige ska år 2030 ha en fordonsflotta som är oberoende av fossil energi.

⁸ Kommunförbundet: Ojämställdhetens miljöer, Helén Lundkvist, 1998

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

- 40 procent minskning av utsläppen av klimatgaser, jämfört med 1990. Utsläppen ska ske inom den icke handlande sektorn. (Den så kallade icke handlande sektorn omfattar bland annat transporter, jordbruk, bostäder och lokaler).

4.9.2 Nuläge

Tjänsteresor och transporter står för en stor del av regionens koldioxidutsläpp. Statistik för sjukresor och patienttransporter saknas i dagsläget..

För våra egna transporter och resor inom länet är det en stor utmaning att nå målen om kraftigt minskade utsläpp och förnybara bränslen. Jämtlands län är ett stort län geografiskt med befolkning fördelat över hela länet. I dagsläget är det en stor brist på alternativ bränsleinfrastruktur. Telemedicin/televård och resfria möten kan då vara en framgångsfaktor.

I nuläget är räckvidden för elbilar samt bränsleinfrastrukturen för biogas begränsande faktorer. Utvecklingen inom såväl fordonsteknik som bränsleinfrastruktur sker dock snabbt. Våra relativt korta leasingavtal för tjänstebilar (3 år) möjliggör relativt snabb anpassning till utvecklingen.

När det gäller längre resor så bör regionen arbeta för att i möjligaste mån använda resfria alternativ så långt möjligt. Det handlar då till stor del att göra tekniken känd och att fler börjar använda möjligheterna. I utbildnings- och informationsinsatser bör man beakta de generella skillnaderna i mäns och kvinnors resmönster. Det behövs minst en fast tjänst som arbetar med frågorna om informationsspridning, teknikstöd och utveckling. När det gäller sjukresor behöver regionen titta närmare på sjukresestatistiken för att bedöma läget.

Under 2012 beslutades om *Landstingsgemensamma regler för resor inom Jämtlands läns landsting* där man fastslår att grundsynen är att alternativa mötesformer som begränsar resandet alltid ska övervägas (telefonmöten, videokonferenser, datakonferenser mm) samt att allmänna kommunikationsmedel ska väljas i första hand m.m..

Om man gör en utredning om klimatkompensation finns det exempel regionen kan ta del av, bland annat landsting som använt sig av klimatkompensationssystem för att främja valet av transporter med mindre klimatpåverkan.

4.10 Livsmedel

4.10.1 Bakgrund

Produktion och transporter av livsmedel står för en betydande del av den globala miljöpåverkan. Det omfattande beroendet av fossila insatsmedel i livsmedelsproduktionen och en hög köttkonsumtion ger en stor klimatbelastning. I många områden leder också konstbevattning till allvarlig vattenbrist. Kretsloppet av viktiga näringsämnen som kväve och fosfor är satt ur balans

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

och leder bland annat till övergödning av sjöar och hav. Kemiska bekämpningsmedel, monokulturer och skogsavverkning påverkar den biologiska mångfalden negativt. Rapporter visar att antalet djur- och växtarter på jorden minskar i en högre takt än någonsin tidigare.

Spridningen av bekämpningsmedel orsakar skador och dödsfall bland arbetare i produktionen, och rester av bekämpningsmedel i maten riskerar också att påverka konsumenternas hälsa negativt. Livsmedelsverkets stickprov visar att 74 procent av importerad frukt och grönt innehåller rester av bekämpningsmedel, och 6 procent har halter som överskrider fastställda gränsvärden. Ekologiska livsmedel innehåller inga rester av bekämpningsmedel. Förutom de miljömässiga konsekvenserna av livsmedelsproduktionen kan kraven på billiga livsmedel även leda till arbetsmiljörisker och oacceptabla arbetsvillkor för anställda i produktionen. Prispress kan även leda till bristande djuromsorg, genom till exempel trängsel, långa transporttider och plågsam behandling vid slakt.

I många länder används antibiotika i förebyggande syfte i djurhållningen istället för restriktivt vid behandling av diagnostiserade åkommor. En för vidlyftig användning av antibiotika kan leda till ökad resistensutveckling.

Sverige har en mycket låg antibiotikaförbrukning inom djursektorn. En viktig orsak till detta är det goda djurhälsoläge som vi har i Sverige, men också att vi i Sverige var tidigt ute då det gäller att begränsa avarter av antibiotikaanvändning. I många andra länder, t.ex. USA och Nederländerna, ligger huvuddelen av antibiotikaförbrukningen inom veterinärmedicinen och animalieproduktionen. I Sverige är förhållandet tvärtom och huvuddelen används inom humanmedicin.

I den ekologiska odlingen använder man inte konstgödsel och kemiska bekämpningsmedel. Fodret till djuren är i huvudsak producerat på den egna gården. Det är också viktigt att djuren får vistas utomhus och att de får utlopp för sina naturliga beteenden. Läkemedel för djur, till exempel antibiotika, används restriktivt. Om ett djur får läkemedel förlängs karenstiden innan djuret slaktas. Genetiskt modifierade organismer får inte användas vid ekologisk produktion. Bestrålning är inte heller tillåten. Ett fåtal tillsatser och så kallade processhjälpmedel kan användas reglerat.

Världshälsoorganisationen WHO uppskattar att 3 miljoner bönder och lantarbetare förgiftas av kemiska bekämpningsmedel årligen, och att 250 000 dör. Vissa kemikalier kan orsaka missfall, fosterskador och cancer och gör därmed barn särskilt utsatta. Etiskt och ekologiskt producerade livsmedel ger bättre arbetsmiljö och arbetsvillkor för jordbruksarbetare i utvecklingsländer och en hälsosammare miljö för lokalbefolkningen. Kraven för ekologisk produktion innebär också en förbättrad djuromsorg, då stor hänsyn tas till djurens naturliga beteenden och behov. Spridningen av bekämpningsmedel vid livsmedelsproduktion orsakar skador och dödsfall bland arbetare i produktionen, och rester av bekämpningsmedel i maten riskerar också att påverka konsumenternas hälsa negativt. Förutom de miljömässiga konsekvenserna av livsmedelsproduktionen kan kraven på billiga livsmedel även leda till arbetsmiljörisker och oacceptabla arbetsvillkor för anställda i produktionen.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Kriterierna för att få ge sina produkter en socialt-etisk märkning garanterar att producenter får ett minimipris för sin vara som överstiger produktionskostnaden och världsmarknadspriset.

Anställda vid exempelvis plantager har rätt till den nationellt lagstadgade minimilönen. Kriterierna innefattar även att diskriminering och barnarbete motverkas bland anställd arbetskraft och de anställda skall ha rätt att organisera sig och rätt till ett ordentligt anställningsavtal. Maten står för en betydande del av vår klimatpåverkan – för en genomsnittlig svensk kommer drygt 25 % av utsläppen från matkonsumtionen. Enligt beräkningar som SCB och Naturvårdsverket gjort genererade aktiviteten ”att äta” i snitt drygt 2 ton CO₂e per person och år, troligtvis är det ännu mer.

Olika livsmedel och produktionsmetoder ger upphov till mycket varierande utsläpp och därför är maten ett område där man kan minska sin klimatpåverkan genom aktiva val och förändringar i kostvanor.

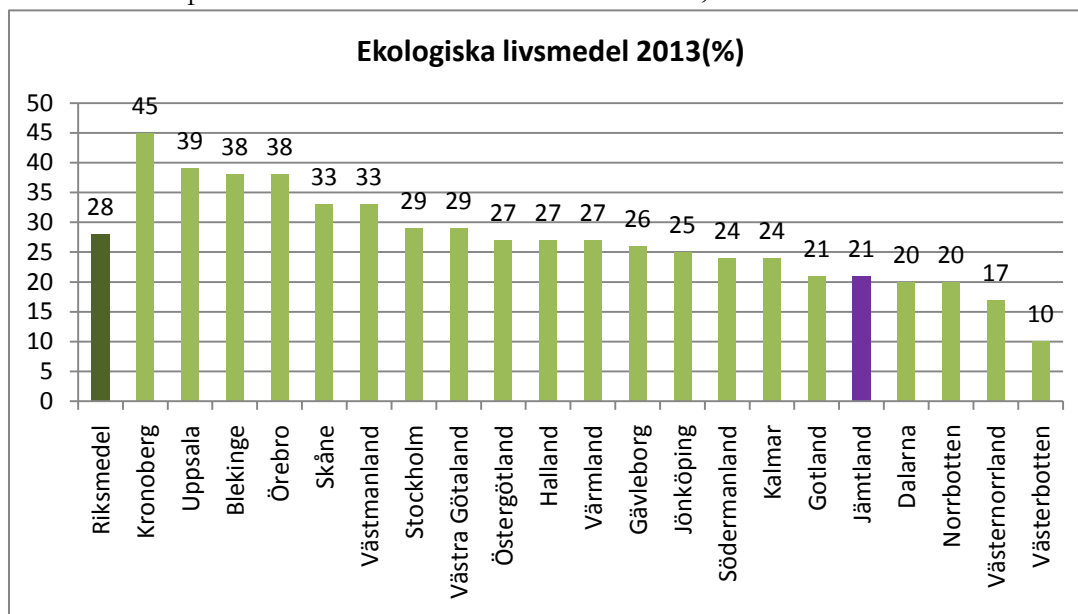
Det omfattande beroendet av fossila insatsmedel i livsmedelsproduktionen och en hög köttkonsumtion ger en stor klimatbelastning.

Regeringens nationella inriktningsmål för konsumtionen:

- 25 % ekologiska livsmedel i offentlig sektor till 2010.
(Målet förlängdes fram till 2013)

4.10.2 Nuläge

Landstinget hade för 2013 som mål att andelen ekologiska livsmedel skulle vara 20% av de totala livsmedelsinköpen räknat i kronor och resultatet blev 20,7 %. Från 2015 tillkommer skolköken.



När bättre priser förhandlas fram sänkts andelen inköpta varor i kronor medan volymen är densamma vilket gäller även ekologiska livsmedel och socialt-etiskt märkta livsmedel vilket får effekt på målfyllnaden då målvärdet är relaterade till kostnaderna.

Det i dagsläget begränsade utbudet av produkter med socialt-etiskt märkning gör att behoven/konsumtionen av livsmedel inom dessa produktgrupper också är en starkt begränsande faktor.

Ekologiska livsmedel är i genomsnitt 25-30% dyrare än konventionella livsmedel och man bör väga in den aspekten i förhållande till målsättning i planeringen.

Kostenheten planerar redan i dagsläget råvaror efter säsong. Inom patientkosten finns vissa begränsningar avseende förutsättningarna för anpassning, då maten som tillagas skall ha ett visst näringsmässigt innehåll och vara anpassad för att ett optimalt tillfrisknande skall kunna ske. Kostenheten ser inga problem att servera klimatsmart mat men en förutsättning för att få ekonomin att gå ihop är att matgästerna ökar alternativt att budgeten förstärks. För att arbeta med klimatsmart mat gäller det att arbeta med matsedlar, göra klimatberäkningar, förnya recept, välja produkter och matlagningsmetoder. För att klara detta kommer det även att behövas mera resurser i administrationen

Ett annat sätt att minska miljöpåverkan från livsmedelsområdet är insatser för att minska matsvinn. Det är beslutat att tillagningsköket på Östersunds sjukhus ska byta tillagningsmetod till cook-chill vilket kan ge bättre förutsättningar att minska matsvinn från den tillagade maten eftersom varmhållen mat inte får sparas för att serveras vid ett senare tillfälle. Med cook-chill

sparas maten kallt och behöver inte värmas upp förrän innan mat vet att den ska serveras och ätas.

4.11 Strategiskt arbete

4.11.1 Bakgrund

Miljöteknik är ett sammanfattade begrepp för tekniska lösningar som syftar till att vara miljövänliga. Det kan handla om allt från utveckling av vindkraftverk och miljövänliga bilar till miljövänliga kemikalier i industriprocesser och även hållbara produkter och tjänster till sjukvårdssektorn. I många fall sammanfaller lösningar för miljöteknik med lösningar för kvalitetsteknik och det kallas även *Cleantech*.

Regionen kan medverka till innovation och teknikutveckling till exempel genom att delta när det sker innovationsupphandlingar av produkter som verksamheten har behov av samt att ställa upp som referensmiljö för nya produkter.

Den pågående klimatförändringen kommer att påverka människors hälsa på väldigt många olika sätt och drabbar generellt barn, kvinnor och äldre hårdare. Mer intensiva värmeböljor och högre halter av ozon leder till ett ökat antal sjukdomsfall och att fler dör. Små barn har svårare att reglera värme än vad vuxna har och spädbarn har svårt att hålla rätt kroppstemperatur. Små barn och äldre blir därför särskilt utsatta vid t.ex. värmeböljor. Häftiga skyfall och översvämningar orsakar fuktproblem och mögel i byggnader som ökar risken för luftvägsproblem, astma och allergi. Stora nederbörds mängder kan även leda till förorenat dricksvatten och risk för ras. Milda och nederbördsrika vintrar ändrar förutsättningarna för insekter och smittspridning. Det har konstaterats att värmeböljor ökar antalet sjukhusvårdade för problem från andningsorganen. Antalet inlagda ökar med 3% per grad när det är varmt säger en studie där bland annat Stockholm ingick. Bland äldre är ökningen ungefär dubbelt så kraftig. Även dödsfallen i andningsorganens sjukdomar samt i hjärt-kärlsjukdomar ökar signifikant med temperaturen på sommaren.

Vatten av god kvalitet är nödvändigt för att vi människor ska upprätthålla en god hälsa. Vi behöver rent vatten för att dricka, laga mat och tvätta oss och tillgång på vatten av god kvalitet i tillräcklig mängd är extra viktigt inom hälso- och sjukvården.

Jämtlands län har i flera områden en berggrund bestående av bland annat alunskiffer som är rikt på uran och andra tungmetaller. Under de senaste åren har ett antal tillstånd för prospektering av uran i Jämtlands län lämnats av Bergsstaten. Brytning av alunskiffer riskerar att hota miljön både direkt, i form av ökade strålningshalter och utsläpp till luft och vatten, och indirekt, genom att den positiva bilden av länet och produkter från länet kan förändras.

Åsa Paletun

2015-01-09

Dnr:RS/63/2015

Region Jämtland Härjedalen är ett av de minsta landstingen/regionerna i Sverige. Regionen är därför extra beroende av samverkan med andra aktörer för att utbyta erfarenheter och goda exempel. Landstingen och regionerna i Sverige har ett antal nätverk inom miljöområdet som ger mycket kunskapsutbyte. Sveriges högskolor och universitet, statliga myndigheter, kommuner och andra organisationer har också kunskap och erfarenheter där regionen i samverkan kan hitta synergieffekter i olika former.

4.11.2 Nuläge

Landstinget var tidigare projektägare för ett projekt för att främja framtagande av PVC-fria blodpåsar som inte finns på marknaden i dagsläget. Projektet övergick senare till Jegrelius på Regionförbundet Jämtlands län och fortsätter nu i regionens regi. Landstinget har också deltagit som referensmiljö på spädbarnsavdelningen för spädbarnskläder av bambu och ekologisk bomull.

I regionens risk- och sårbarhetsanalys är dricksvattenförsörjningen en prioriterat fråga och möjligheterna att säkra dricksvattenförsörjningen ska utredas närmare. I regionens arbete med risk- och sårbarhetsanalyser är inriktningen på klimatrelaterade händelser för nuvarande mandatperioden.

Regionen medverkar till viss del i landstingen och regionernas miljönätverk, men på grund av begränsade resurser är behovet i dagsläget betydligt större än möjligheterna att delta. Detsamma gäller samverkan med andra myndigheter och organisationer, men det finns en stor potential att hitta effektiva samarbeten med ett större nätverk.

5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING

Den långsiktiga utvecklingsplanen, område miljö följs upp inför varje kommande revidering. Den första revideringen sker under 2015, därefter vart 4:e år, då under första året av respektive mandatperiod. Inför första revideringen planeras medarbetardialoger för att få in synpunkter på vad som är viktigast för verksamheten att fokusera på inom miljöområdet samt för att öka förankringen.

Medarbetardialog genomfördes i samband med miljöombudsutbildning 2014. Det var en väldigt jämn fördelning över vilka områden som miljöombuden ansåg behöver prioriteras. En viss rangordning kan man dock se. Prioriteringen kan även ses mot bakgrund till vad miljöombuden ser för utmaningar i sin egen verksamhet.



Mål och aktiviteter i planen ska brytas ner i planer enligt regionens styrmodell som följs upp i sin tur enligt gällande rutiner.



Rapport framtida struktur folktandvården

Version: 5

Beslutsinstans: Regionstyrelsen

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-03	Nyutgåva		
2.	2014-10-27	Komplettering utifrån frågeställningar från den politiska majoriteten		
3.	2014-11-19	Kompletteringar efter återremiss		
4.	2014-12-09	Kompletteringar efter återremiss		
5.	2015-01-09	Reviderad version efter återremiss		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	6
2	SAMMANFATTNING	6
3	FÖRUTSÄTTNINGAR	8
3.1	Befolkningsutveckling	8
3.2	Behov och efterfrågan av tandvård	9
3.2.1	Befolkningsansvar	9
3.2.2	Akut tandvård	10
3.2.3	Barn och ungdomar	10
3.2.4	Patienter med särskilda behov	11
3.2.5	Vuxna	11
3.3	Marknadsandel	12
3.4	Avstånd	12
3.5	Samverkan med andra	12
3.6	Samhällsservice i övrigt	13
3.7	Kompetensförsörjning	13
3.7.1	Rekrytering	13
3.7.2	Attraktiva arbetsplatser	13
3.8	Ekonomi	14
3.8.1	Folktandvårdens ekonomi	14
3.8.2	Den konkurrensutsatta verksamheten	15
3.8.3	Möjligheter att påverka folktandvårdens ekonomi	15
4	NULÄGESBESKRIVNING	17
4.1	Klinikstruktur/patientmängd	17
4.2	Tillgänglighet	18
4.2.1	Befolkningsansvar	18
4.2.2	Akut tandvård	18
4.3	Vårdutbud	19
4.3.1	Barn och ungdomar	19
4.3.2	Uppsökande och nödvändig tandvård	19
4.3.3	Patienter med särskilda behov	19
4.3.4	Vuxna	19
4.4	Bemanning	20

4.5	Ekonomi för nuvarande kliniker	21
5	FRAMTIDA STANDARD	23
5.1	Bas- och plusutbud	23
5.1.1	Barn och ungdomar	23
5.1.2	Uppsökande och nödvändig tandvård	23
5.1.3	Patienter med särskilda behov	23
5.1.4	Vuxna	24
5.2	Utökat vårdutbud utanför klinik	24
5.2.1	Barn och ungdomar	24
5.2.2	Uppsökande och nödvändig tandvård	24
5.2.3	Patienter med särskilda behov	24
5.3	Befolkningsansvar	24
5.4	Kompetens	25
5.5	Bemanning	25
5.6	Produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning	25
5.7	Arbetsätt	26
5.8	Attraktiv arbetsgivare	26
5.9	Lokal/ Utrustning/Teknik	26
5.10	Ekonomi	27
5.10.1	God ekonomisk hushållning	27
5.10.2	Jämlika ekonomiska förutsättningar	27
5.11	Slutsats: Förutsättningar för att uppnå ny framtida standard	27
6	ANALYS AV FÖRÄNDRAD KLINIKSTRUKTUR	29
6.1	Analyskriterier	29
6.2	Klinikstorlek	29
6.3	Befolkningsperspektiv	30
6.3.1	Avstånd till närmaste klinik	30
6.3.2	Tillgång till allmänna kommunikationer och restid	31
6.3.3	Ökade kostnader för patienterna	32
6.4	Regionperspektiv	33
6.4.1	Kostnader för sjukreseersättning	33
6.4.2	Lokalkostnader	34
6.4.3	Kostnader för utrustning och teknik	35
6.5	Sammanställning av kliniker	35
6.6	Lägga ner i Östersund?	36

7	FÖRSLAG TILL - FRAMTIDA STRUKTUR.....	38
7.1	Beskrivning av alternativ a och b	38
7.2	Beskrivning av alternativ c och d	40
8	KONSEKVENSER AV NY FOLKTANDVÅRDSSTRUKTUR.....	40
8.1	Konsekvenser patienter	40
8.1.1	Konsekvenser för prioriterade grupper	40
8.1.2	Konsekvenser för övriga patientgrupper.....	41
8.2	Konsekvenser medarbetare	41
8.3	Konsekvenser ekonomi	42
9	RISK- OCH KONSEKVENSANALYS	45
9.1	Patientströmmar.....	45
9.2	Om patienterna väljer andra folktandvårdskliniker	46
9.3	Om patienterna väljer befintliga privata tandvårdskliniker	46
9.4	Om ny privat etablering uppstår på nedläggningsort.....	48
9.5	Om medarbetare lämnar folktandvården	48
9.6	Ekonomiska konsekvenser för regionen vid olika scenarier	49
10	ALTERNATIVET ATT INTE GÖRA NÅGON FÖRÄNDRING	49
11	RISK- OCH KONSEKVENSANALYS AV ARBETSMILJÖN	50
12	MOBIL ENHET	51
12.1	Erfarenheter från andra landsting	51
12.1.1	Mobil enhet i Västernorrland	52
12.2	Konsekvenser patienter	52
12.2.1	Konsekvenser prioriterade grupper	52
12.2.2	Konsekvenser övriga patientgrupper	53
12.3	Konsekvenser för folktandvårdens verksamhet	53
12.4	Konsekvenser medarbetare	53
12.5	Konsekvenser ekonomi	55

1 BAKGRUND

Tandvårdens mål är att verka för en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Region Jämtland Härjedalen har ett ansvar att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov (Tandvårdslagen 1985:125 §2 och §8).

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har folktandvården på landstingsdirektörens uppdrag gjort en beskrivning av tänkbara alternativ till folktandvårdens framtida struktur.

Ett framtida minskat befolkningsunderlag påverkar förutsättningarna att upprätthålla verksamhet med tillgänglighet över hela länet. Små kliniker med litet patientunderlag har eller kan i framtiden få problem med att upprätthålla tillgänglighet till en rimlig kostnad. Att rekrytera nya medarbetare till vissa kliniker i glesbygd är svårare än till kliniker i Östersundsområdet. Det är också svårare att rekrytera nya medarbetare till små än till större kliniker. Små kliniker är inte att föredra utifrån bl a sårbarhet vid frånvaro och behov av kollegialt utbyte och stöd. Nyutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor.

I *Landstingets långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* (LUP ekonomi) har folktandvården även i uppdrag att minska kostnaderna med 5 miljoner till år 2016.

Denna rapport gäller folktandvårdens struktur inom allmäntandvård vid folktandvårdens kliniker i Jämtlands län. Sjukhustandvården och specialisttandvården är föremål för en särskild utredning.

2 SAMMANFATTNING

Redan idag har folktandvården svårigheter med bemanning, framför allt på mindre kliniker ute i länet, där verksamheten är sårbarare vid personalfrånvaro. Enligt prognoser kommer befolkningsunderlaget utanför Östersund att minska ännu mer, vilket minskar patientunderlaget för redan små kliniker ytterligare.

För att säkerställa att folktandvården, även under kommande år, kan tillämpa ny teknik och nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet, har folktandvården tagit fram ett förslag till *ny framtida standard*, som bl a innehåller ett *basutbud* av tandvård och förebyggande behandlingar och ett *plusutbud* för kliniker med specialkompetens. Plusutbud innebär att patienter inte i samma utsträckning behöver nyttja länets specialisttandvård. Standarden föreskriver en enhetlig utformning och utrustning av kliniklokalerna, effektivisering genom ett förändrat arbetssätt med mer arbete i team och att arbetet bedrivs i två eller flera rum samtidigt. Ett team består av en tandläkare, en tandhygienist och ca 2,5 tandsköterskor och målsättningen är att varje klinik bemannas med minst 2 team för att minska sårbarheten och skapa en god arbetsmiljö. Kompetensutveckling i verksamheten och marknadsföring av folktandvården krävs också för att nå den nya standarden, som är tänkt att vara införd senast år 2021 på folktandvårdens kliniker.

Bemanning med minst två team kräver ett patientunderlag på över 2 000 patienter, vilket många av folktandvårdens kliniker inte har. Genom avveckling av vissa mindre kliniker skulle den nya standarden kunna införas på andra kliniker i samma geografiska område. Medarbetarna erbjuds

flytta med och öppettiderna förlängs, för att öka tillgängligheten för de patienter som får längre till närmaste folktandvårdsklinik. Flertalet patienter besöker tandvården högst en gång per år.

Minst en folktandvårdsklinik ska finnas i varje kommun i Jämtlands län. Vid analys och urval av kliniker som föreslås avvecklas respektive utökas, har flera kriterier använts: befolkningsstorlek, turism, avstånd, allmänna kommunikationer, patientströmmar och ekonomi.

Fyra alternativ på ny framtida klinikstruktur har tagits fram. **Alternativ a** och **b** baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst **8 mil eller ca en timmes restid** enkel väg med bil till närmaste folktandvårdsklinik efter kliniknedläggningen. Det innebär en minskning av antalet kliniker **från 20 till 13**. De kliniker som läggs ner är Hede, Myrviken, Kälarne, Gällö (a) **eller** Bräcke (b), Föllinge, Hammerdal och Hoting. Patienterna erbjuds tandvård vid kvarvarande kliniker i kommunen/området. Minskningen av nettokostnaderna i alternativ **a** blir **4 384 000 kronor** och i **b** **3 638 000 kronor**.

Alternativ c och **d** baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst **6 mil eller ca fyrtiofem minuters restid** enkel väg med bil till närmaste folktandvårdsklinik efter kliniknedläggningen. Det innebär en minskning av antalet kliniker **från 20 till 15**. Den enda skillnaden jämfört med alternativ a och b är att **klinikerna i Hede och Hoting behålls**. Minskningen av nettokostnaderna i alternativ **c** blir **3 280 000 kronor** och i **d** **2 535 000 kronor**.

Om kliniken i Gällö läggs ned, kommer regionen att belastas av en engångskostnad på 3 miljoner kronor för oavskrivna lokalanpassningsinvesteringar i lokalen i Gällö. Om kliniken i Bräcke läggs ned, måste regionen investera för uppskattningsvis 5 miljoner kronor i ombyggnation/nybyggnation i lokaler i Gällö. Kostnad för årlig avskrivning och internränta ingår i kalkylen för alternativ b och d.

De olika alternativen räcker inte för att förbättra folktandvårdens ekonomi med 5 miljoner kronor. Ytterligare förbättring måste uppnås genom effektiviseringar och/eller intäktsökningar.

Om folktandvården skulle tappa en del patienter till privata vårdgivare, när en klinik avvecklas, beräknas effekterna på folktandvårdens ekonomi bli plus minus noll jämfört med nuläget. Det blir dock svårare att uppnå den nya standarden på alla kliniker. Vakanser inom folktandvården medför att någon övertalighet bland personalen inte behöver uppstå.

Alternativet med en mobil enhet har också studerats och föreslås ingå i en utredning om mobila lösningar inom sjukvård och tandvård i kommande reviderade version av *Långsiktig utvecklingsplan för en god ekonomisk hushållning*.

Alternativet att inte göra några förändringar av folktandvårdens struktur nu, bedöms leda till både starkt försämrade möjligheter att ge högkvalitativ tandvård till länets befolkning, samt till ökade nettokostnader. Resultatförsämringen uppskattas till mellan en och tre miljoner kronor per år.

3 FÖRUTSÄTTNINGAR

Nedan följer en beskrivning av olika förutsättningar som ligger till grund för planeringen av framtidens folktandvård i Jämtlands län.

3.1 Befolkningsutveckling

Enligt den befolkningsprognos som redovisas i landstingsplanen 2014-2016 kommer befolkningen att minska ytterligare 2 procent fram till 2021 vilket motsvarar ca 2870 personer. Endast Östersund, Krokom och Åre har en positiv befolkningsutveckling. Det innebär en fortsatt koncentration av befolkningen i området kring Östersund och västerut mot Åre.

Befolkningsprognos				
Kommun/År	2012	2021	Förändring antal	Förändring %
Berg	7 231	6 447	-784	-11%
Bräcke	6 654	5 800	-854	-13%
Härjedalen	10 236	9 434	-802	-8%
Krokom	14 566	14 713	147	1%
Ragunda	5 450	4 872	-578	-11%
Strömsund	12 151	10 643	-1 508	-12%
Åre	10 352	11 483	1 131	11%
Östersund	59 418	59 796	378	1%
Totalt länet	126 058	123 188	-2 870	-2%

Källa: Landstingsplan 2014-2016 bilaga 6a

Åldersgruppen 65 år och äldre förväntas öka med 15 procent till 2021 i Jämtland. Övriga åldersgrupper minskar.

Befolkningsprognos Jämtland per åldersgrupp				
Åldersgrupp/År	2012	2021	Förändring antal	Förändring %
0-19 år	27243	25321	-1922	-7%
20-64 år	70866	65777	-5089	-7%
65 år och äldre	27949	32090	4141	15%
Totalt länet	126058	123188	-2870	-2%

Källa: Landstingsplan 2014-2016 bilaga 6a

3.2 Behov och efterfrågan av tandvård

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade:

1. Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.
2. Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.
3. Specialisttandvård för vuxna.
4. Uppsökande och nödvändig tandvård. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till sjuka och funktionshindrade. De med särskilt tandvårdsstöd.
5. Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som Region Jämtland Härjedalen bedömer lämplig.

Frisktandvård är prioriterat i gruppen vuxenvård enligt politiskt beslut i Jämtlands läns landsting 2004.

Det är svårt att göra prognoser på lång sikt avseende efterfrågan på tandvård då den påverkas av såväl munhälsan som av politiska beslut kring tandvårdens finansiering. Efterfrågan påverkas även av individens prioritering och betalningsförmåga.

Generellt har Sverige en mycket god tandhälsa. Jämtlands län och övriga Norrland har dock något sämre tandhälsa än övriga Sverige. Både allmänhälsa, medicinering och den sociala situationen kan ha effekt på munhälsan. Tillgången till regelbunden tandvård, vanor och attityder kan också påverka munhälsan.

Inom folktandvården riskgrupperas patienterna vilket ger en bild av vårdbehovet. Högre riskgrupp kräver mer vårdinsats. Detta ger dock bara en beskrivning av den del av befolkningen som valt att få en regelbunden tandvård (revisionspatienter) inom folktandvården. Hur munhälsan är hos de medborgare som inte regelbundet besöker någon vårdgivare är oklart. Denna patientgrupp möter folktandvården endast då de söker för akut tandvård.

Flertalet av folktandvårdens revisionspatienter behöver inte tandvård ofta, d v s inte mer än ca en gång per år. Statistik över antal akutpatienter i Jämtlands län finns för närvarande inte, men en ökning har sannolikt skett, bland annat som resultat av det ökande flyktningmottagandet.

Genomsnittlig riskgruppering patienter i Folktandvården 2013			
	Riskgrupp 0*	Riskgrupp 1*	Riskgrupp 2*
Barn och ungdomar 3-19 år	63 %	24 %	12 %
Vuxna	33 %	47 %	20 %

*Riskgrupperingen görs i tre nivåer 0 = låg risk, 1 = måttlig risk och 2 = hög risk
Källa: T4 (Folktandvårdens vårdadministrativa system)

3.2.1 Befolkningsansvar

Det finns en betydande ojämlikhet i hälsa och tandhälsa i Sverige.

Det är känt att vissa variabler som fattigdom, hemlöshet, flyktingskap och även beteende/levnadsvanor har stark koppling till hälsa och tandhälsa. Att ha föräldrar/vårdnadshavare med psykisk ohälsa, missbruk, funktionshinder ger en ökad risk för ohälsa/ tandhälsa. I folktandvårdens områdesansvar ingår att särskilt uppmärksamma dessa grupper.

Det finns grupper av barn och vuxna som av olika anledningar riskerar att falla ur systemet. Det kan handla om att familjen har en svår social situation och denna ska i så fall uppmärksammas och åtgärder sättas in så att barnet kan ta del av den hälso- och tandvård som är en rättighet för varje barn.

En stor andel nyinflyttade/ asylsökande ställer krav på ökade riktade insatser på individ- och gruppnivå. Hur når vi dessa grupper av människor? Vilka är mötesplatserna i Jämtlands län? Vilka behöver tandvården samverka med i framtiden?

Det är av stor betydelse att kunna nå dessa patienter på andra ställen än på våra folktandvårdskliniker, t ex bibliotek, fritidshem och fritidsgårdar, öppna förskolor, MVC, BVC, idrottsklubbar och musik/kulturskolor mm. Samverkan mellan tandvård, barnhälsovård, barnomsorg, socialtjänst, invandrарorganisationer är en framgångsväg.

Det behövs en sammanhållen hälsovård och tandvård med långsiktighet för att samarbeta och fånga upp våra svaga patienter. Kvaliteten på samhällsinsatser och samverkan har betydelse för resultatet. Det kostar tid och pengar att bygga upp dessa nätverk i Jämtlands län.

Munnens sociala betydelse är uppenbar, och oral rehabilitering kan betyda oerhört mycket för människors liv.

3.2.2 Akut tandvård

Patienter med akuta besvär ska tas hand om av folktandvården inom 24 timmar. Som akut räknas värk, svullnad, feber och trauma (slag) mot tänderna.

3.2.3 Barn och ungdomar

Barn och ungdomars tandhälsa i riket har under ett antal år förbättrats men signaler finns i hela landet att tandhälsan inte längre utvecklas i samma positiva riktning. Friska barn fortsätter att vara friska men de sjuka barnen blir sjukare. En stor orsak är de socioekonomiska skillnaderna. Rädda Barnen mäter varje år barnfattigdom utifrån ett index. 1997 levde 22,3 procent av Sveriges barn i fattigdom vilket förbättrades fram till 2007 då det minskade till 10,9 procent. Vid mätningen 2010 hade en ökning skett till 12,7 procent. Genomsnittet i Jämtlands län var 2010, 10,8 procent. I Berg, Bräcke och Strömsunds kommuner ligger barnfattigdomen mest över genomsnittet. Tandvården kommer i framtiden att få en viktig roll i att försöka fånga upp riskbarn och göra insatser i socioekonomiskt utsatta grupper/områden.

Barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2010			
Kommun/länet /riket	Totalt antal barn	Antal barn i fattigdom	Andel barn i fattigdom
Berg	1356	200	14,7
Bräcke	1305	200	15,3
Härjedalen	1714	220	12,8
Krokom	3391	300	8,8*
Ragunda	982	112	11,4
Strömsund	2083	362	17,4
Åre	2075	215	10,4
Östersund	11312	1014	9,0**
Jämtlands län	24219	2623	10,8
Riket	1912071	242303	12,7

Källa: Jämtlands läns landsting rapport, Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län

*Påverkas bl.a. av att Ås tillhör Krokoms kommun men de flesta barnen i Ås får sin tandvård i Östersund.

** Många privattandläkare i Östersund tar emot barn.

3.2.4 Patienter med särskilda behov

Inom gruppen patienter med särskilda behov finns de flesta i åldersgruppen 65 år och äldre. Denna grupp förväntas öka med 15 procent till 2021. Många patienter kommer senare i livet att behöva hjälp med den dagliga skötseln vilket innebär att omsorgspersonalens kompetens i, och intresse för, munvård kommer att bli avgörande för många äldres munhälsa. Utbildning och stöd till omsorgspersonal kommer att bli än viktigare. Landstingen kan välja att konkurrensutsätta uppsökande verksamhet. I Jämtlands läns landsting gjordes detta tidigare men då enda anbudsgivaren var folktandvården beslutades att ingen upphandling skulle göras. Ett avtal tecknas årligen med beställarenheten om uppdragets omfattning och innehåll samt ersättningsnivå. Hur region Jämtland Härjedalen i framtiden väljer att göra avseende upphandling eller inte påverkar folktandvårdens bemanning och verksamhet.

3.2.5 Vuxna

De yngre vuxna har god munhälsa men medicinerar mer än tidigare. En studie som gjorts av folktandvården i Norrbotten visar att 26 procent av 35-åringarna medicinerar regelbundet vilket är en fördubbling sedan 1991. I samma studie anger 23 procent av denna grupp att dom endast söker tandvård vid akuta besvär. Folktandvården har en stor uppgift i att förmå de yngre vuxna att behålla sina regelbundna tandvårdskontakter för förebyggande åtgärder, egenvårdsstöd och för enstaka reparativa insatser.

Patienterna efterfrågar i större utsträckning implantat som ersättning till avtagbar protetik och är mer medvetna om estetik.

Allt fler äldre kommer att ha kvar egna tänder med många olika typer av lagningar och ersättningar i munnen. För att kunna bevara god munhälsa för den äldre delen av befolkningen kommer det att krävas mer av både förebyggande insatser och reparativa eller rehabiliterande åtgärder.

3.3 Marknadsandel

Folktandvårdens verksamhet är konkurrensutsatt. I dagsläget har 84 procent av barn och ungdomar och 39 procent av de vuxna i Jämtlands län valt folktandvården som vårdgivare. Hur många av den vuxna befolkningen som saknar regelbunden tandvårdskontakt är oklart. Konkurrensen om patienterna ökar och enligt en studie som gjorts av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) kommer folktandvården i hela landet att mista patienter i framtiden. I Jämtlands län finns den största konkurrensen i Östersund. Förutom i Östersund finns privata vårdgivare på följande orter: Sveg, Åre, Näliden, Strömsund, Hammarstrand och Stugun. På många håll i länet är det mindre troligt att det sker privata etableringar då befolkningsunderlaget är för litet.

Folktandvårdens marknadsandel 2014-04		
Kommun	Barn och ungdomar 3-19 år	Vuxna 20år –
Berg	89%	47%
Bräcke	92%	62%
Härjedalen	94%	50%
Krokom	75%	39%
Ragunda	67%	23%
Strömsund	99%	43%
Åre	85%	44%
Östersund	83%	33%
TOTALT	84%	39%

Källa: T4

3.4 Avstånd

Nuvarande avstånd för länets invånare till närmsta folktandvårdsklinik varierar beroende på var i Jämtlands län man bor. Längst avstånd har man på vissa orter som ligger på gränsen till andra län alternativt till Norge, men dessa avstånd berör en mycket liten andel av länets medborgare. Undantag för reslängd och restid gäller vid akuta behov, d v s när patienten kan behöva åka längre för att få sin vård.

3.5 Samverkan med andra

Flertalet av länets folktandvårdskliniker finns på orter där även primärvården har sin verksamhet. Undantag är Backe, Hallen, Stugun, Vemdalen och Offerdal där folktandvården inte har verksamhet. Den framtida strukturen för folktandvården bör innebära lokaliseringssorter där redan primärvård är etablerad. I ett framtida perspektiv är ett fortsatt och utvecklat samarbete med hälsocentralerna en betydelsefull faktor.

I gränsområden till Norge och till andra län kan samarbetsformer behöva utvecklas till gagn för både patienter och medarbetare.

3.6 Samhällsservice i övrigt

I samtliga kommuner finns en mer eller mindre uttalad centralort. I några kommuner finns förutom centralorten även andra orter som erbjuder större utbud av samhällsservice.

Det är inte självklart att centralorten är det naturliga valet för alla medborgare. De som bor nära läns- eller landsgränsen eller jobbar på annan ort än boendeort kan välja att uträtta sina ärenden någon annanstans. Detta omfattar även tandvård.

Enligt kommunernas hemsidor finns grundskolor/gymnasium på flera orter i respektive kommun, men variationen i elevantal är stor.

Gruppen vuxna med särskilda behov omfattas vanligen av de medborgare som bor på kommunens särskilda boenden.

3.7 Kompetensförsörjning

3.7.1 Rekrytering

Socialstyrelsens bedömning är att tandvården framöver måste organiseras så att färre tandläkare tar hand om fler patienter med stöd av tandhygienister. Tandsköterskans roll kommer att få en ökad betydelse i framtiden.

Förändringar som innebär mindre barnkullar, en ökad andel äldre och ökning av administrativa uppgifter som t ex större krav på dokumentation, påverkar framtiden. Det kommer att bli än viktigare att rätt sak görs på rätt kompetensnivå. Utvecklingsarbete med att se över fördelning av arbetsuppgifter i verksamheten måste ske.

Flera kliniker i länet kommer mest troligt att även i framtiden ha bemanningssvårigheter avseende samtliga yrkeskategorier. Tidigare har rekryteringsinsatserna koncentrerats till främst tandläkare. Svårigheter att rekrytera tandhygienister och tandsköterskor finns och är ett snabbt växande problem. Ytterligare satsningar kommer krävas i och med att andelen tandhygienister och tandsköterskor ska öka inom folktandvården samtidigt som pensionsavgångarna också ökar. Av tandsköterskorna kommer ca hälften att gå i pension inom 10 år.

Det saknas tandvårdutbildningar i Jämtlands län vilket påverkar framtida rekryteringsmöjligheter.

3.7.2 Attraktiva arbetsplatser

En viktig faktor för att få det vardagliga arbetet att fungera bra är att den beslutade bemanningen, både i antal och i form av kompetens, finns tillgänglig på kliniken. En väl avvägd bemanning ger möjligheter till effektiva flöden i verksamheten, en av grundförutsättningarna för att skapa en god vård med ekonomi i balans.

Målet att ha en ”närvarande chef” är idag inte möjligt att uppfylla inom flera av folktandvårdens områden. I vissa områden har chefen ansvar för 4 kliniker med långa avstånd mellan enheterna.

Som chef ingår att se till att kompetenserna nyttjas effektivt inom området, vilket innebär behov av tillfälliga förflyttningar av medarbetare, utifrån verksamhetens behov. Behoven att täcka upp vid långvariga vakanser kommer mest troligt att fortgå, främst på de mindre klinikerna vid en fortsatt lokalisering som idag.

Sårbarheten vid frånvaro och brist på kollegialt utbyte påverkar arbetsmiljön på de små klinikerna. En framtida koncentration av verksamheten till större enheter ökar möjligheterna till en förbättrad arbetsmiljö. Vid anställning av nyutexaminerade måste handledning kunna erbjudas. Möjlighet att anställa personer med ingen eller ringa yrkeserfarenhet är mycket problematiskt om inte handledning och kollegialt utbyte kan erbjudas.

Kvalitativt god vård, rätt bemanning och en ekonomi i balans möjliggör en god arbetsmiljö med utrymme för kompetensutveckling, friskvård, modern utrustning mm, delar av de förutsättningar som krävs för att vara en attraktiv vårdgivare och arbetsgivare i framtiden.

3.8 Ekonomi

Region Jämtland Härjedalens mål för god ekonomisk hushållning är ett positivt resultat som motsvarar 2 procent av nettokostnaderna. Detta för bibehållen soliditet och buffert för normala svängningar i skatteintäkterna. Centrum för folktandvården ska bidra till att målet uppnås. Förutom detta behöver folktandvården även uppnå ett överskott för egen del, för att klara av tillfälliga svängningar i ekonomin och för att finansiera utveckling, utrustning och ny teknik.

År 2013 var folktandvårdens omsättning drygt 169 miljoner, varav 24 procent (40,5 miljoner) avsåg ej konkurrensutsatt verksamhet som finansieras av skattemedel, landstingsbidrag.

3.8.1 Folktandvårdens ekonomi

Storleken på ersättningen för den ej konkurrensutsatta verksamheten beräknades i samband med införandet av fritt val av tandvård för barn- och ungdomar år 2001 och har sedan årligen justerats och fastställts av fullmäktige.

Folktandvårdens uppdrag och fördelning av landstingsbidrag för ej konkurrensutsatt verksamhet 2013	
Uppdrag	Belopp (tkr)
Specialisttandvård	17 700
Områdes- och sistahandsansvar, Allmäntandvård	13 700
Kompetensförsörjning	5 000
Offentlighet och förvaltning	2 000
Sjukresor och språktolkar	1 800
Folkhälsoinsatser	300
Summa	40 500

Ersättningen ska täcka kostnaderna för planeringsansvaret för tandvården i Jämtlands län. Folktandvården har ett områdes- och sista handsansvar som omfattar att upprätthålla en tillgänglig och jämlik vård i hela länet i den omfattning som region Jämtland Härjedalen anser

lämpligt samt att erbjuda akuttandvård. I region Jämtland Härjedalens verksamhetsplaneringsprocess föreslår folktandvården hur ersättningen ska fördelas inom uppdraget.

3.8.2 Den konkurrensutsatta verksamheten

Den vård som utförs inom allmäntandvård (att jämföra med primärvården inom sjukvården) är konkurrensutsatt. Det innebär att patienterna fritt kan välja att få sin vård utförd en av valfri klinik inom folktandvården eller en privat aktör. Ersättningssystemet för den konkurrensutsatta vården är detsamma för såväl folktandvården som för de privata aktörerna.

Allmäntandvårdens intäkter/ersättningar 2013-12		
	Belopp tkr	Andel
Kapiteringsersättning barn (KU)	23 954	21%
Patienter med särskilda behov (KU)	6 420	6%
Områdes-, sistahandsansvar barn	5 605	5%
Områdes-, sistahandsansvar vuxna	8 113	7%
Patientavgifter vuxna (KU)	69 870	61%
SUMMA	113 962	100%

KU= konkurrensutsatt verksamhet

För barn och ungdomar, 3-19 år utgår en kapiteringsersättning. Denna ersättning samt ersättningen för patienter med särskilda behov beslutas av region Jämtland Härjedalen och administreras av region Jämtland Härjedalens beställarenhet. Ersättningen för barntandvården utgörs av en fast summa per listat barn, medan ersättningen för patienter med särskilda behov är direkt kopplad till utförd vård och prislistan för vuxna. Regionfullmäktige beslutar om folktandvårdens prislista för vuxna, medan det står de privata vårdgivarna fritt att beslut om sin prislista för vuxna.

3.8.3 Möjligheter att påverka folktandvårdens ekonomi

För att uppfylla kraven på konkurrensneutralitet i konkurrenslagstiftningen måste folktandvårdens redovisning vara helt transparent. Det är därför av mycket stor vikt att den ersättning som folktandvården får för områdes- och sistahandsansvar tydligt särredovisas. Detta för att visa att ingen otillåten subventionering sker av den konkurrensutsatta verksamheten.

Istället för att minska kostnaderna, vilket förslaget till framtida struktur för folktandvården, bland annat syftar till, har folktandvården möjlighet att öka intäkterna genom att höja taxan för olika åtgärder i prislistan för vuxna. Så länge den avgift som tas ut, inte är lägre än kostnaderna för de tjänster som tillhandahålls, förekommer ingen subvention och då finns inget hinder för att höja taxan. Folktandvårdens taxa revideras årligen när Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) justerar den referensprislista som ligger till grund för tandvårdsförsäkringen. Landstinget har beslutat att folktandvården till största del ska följa denna referensprislista. De årliga revideringarna ger oftast en intäktsökning för folktandvården men sällan i nivå för att täcka de årliga kostnadsökningarna.

En prishöjning utöver den årliga justeringen skulle kunna få flera konsekvenser som kan leda till att förbättringen av folktandvårdens ekonomi endast blir marginell eller att den på sikt till och

med kan bli sämre. Om fullmäktige skulle besluta om taxehöjning, innebär det att region Jämtland Härjedalen kommer att få betala ut en högre ersättning till privata vårdgivare för patienter med särskilda behov. Dessutom skulle det vara svårt att motivera att endast taxan för vuxenpatienterna höjs, med hänsyn till att folktandvårdens fasta kostnader bärs av alla patienter, även barnen. Om kapiteringsersättningen för barn också höjs, stiger region Jämtland Härjedalens utbetalningar till privata vårdgivare även för denna patientkategori.

Vid en höjning av tandvårdstaxan måste dessutom hänsyn tas till patienternas betalningsvilja. Högre priser innebär en risk att patienter väljer att byta till en privat vårdgivare eller att avstå från tandvård. En höjning av taxan innebär därför inte med automatik högre intäkter.

Allmäntandvården är mycket beroende av intäkterna från vuxentandvården för att kunna försörja klinikerna. Kostnaderna för bemanning, lokaler m m skulle utan dessa intäkter bli mycket stora. Men, enligt tandvårdslagen ska allmäntandvården prioritera vård till barn och patienter med särskilda behov, vuxentandvård i den omfattning region Jämtland Härjedalen bedömer lämplig. Det kan leda till ett ekonomiskt dilemma, eftersom den största delen av finansieringen, 61 procent, utgörs av den tandvård som har lägst prioritet. Förslaget i denna rapport, leder till en stabilare bemanning och kvalitet, samt en mer effektiv och tillgänglig tandvård. Folktandvården bedöms därför kunna ta emot fler vuxenpatienter i framtiden, utan att behöva nedprioritera barntandvården. Detta skulle leda till högre intäkter utan taxehöjning.

Om folktandvården skulle avstå från att förändra strukturen och istället försöka förbättra ekonomin enbart genom en taxehöjning, leder det bara till en eventuell förbättring av ekonomin. Det skulle inte lösa de framtida problem som förutses, med bemanning på länets kliniker. Rekommendationen blir därför att inte höja taxan.

4 NULÄGESBESKRIVNING

4.1 Klinikstruktur/patientmängd

Folktandvårdens allmäntandvård har idag 20 kliniker spridda över hela Jämtlands län. Verksamheten är indelad i sex områden med en chef för respektive område. Områdesindelningen följer i stora drag länets kommunindelning. I antalet patienter nedan är inte asylsökande och akuta inräknade.



Område/ Områdes- chef	Klinik	Revisionspatienter 2014			Rum
		Barn	Vuxna	Totalt	
Härejaldalen	Hede	416	1022	1438	4
	Funäsdalen	351	1153	1504	3
	Sveg	811	1875	2686	5
Åre/ Krokoms	Krokoms	2269	3527	5796	7
	Föllinge	200	583	783	2
	Järpen	1054	2296	3350	5
	Åre	667	1255	1922	4
Strömsund	Gäddede	122	396	518	1
	Höting	323	773	1096	2
	Hammerdal	449	1184	1633	4
	Strömsund	1069	1792	2861	6
Bräcke/ Ragunda	Bräcke	479	1303	1782	4
	Gällö	466	1426	1892	3
	Kälarne	174	427	601	2
	Hammarstrand	615	1009	1624	4
Campus/ Berg	Myrviken	445	1296	1741	3
	Svenstavik	721	1278	1999	4
	Campus	3851	7539	11390	12
Frösön/ Brunflo	Frösön	3561	4791	8352	9
	Brunflo	1577	3379	4956	8
Allmän- tand- vården	Totalt	19620	38304	57924	92
	Andel	34 %	66 %	100 %	

Dagens struktur innebär att det finns flera kliniker med ett begränsat patientantal.

- Tre kliniker har mindre än 1000 patienter vilket innebär ett behov motsvarande ca 0,5 team. Föllinge, Gäddede och Kälarne.
- Åtta kliniker har mellan 1000-1892 patienter vilket motsvarar som mest 1 team. Höting, Hede, Funäsdalen, Hammerdal, Hammarstrand, Myrviken, Bräcke och Gällö.
- Fem kliniker ligger inom spannet 1999-3350 revisionspatienter. Åre, Svenstavik, Sveg, Strömsund och Järpen vilket innebär behov motsvarande max 2 team.
- Fyra kliniker har mer än 3800 revisionspatienter. Brunflo, Krokoms, Frösö strand och Campus, d v s motsvarande 2 team eller fler.

4.2 Tillgänglighet

För att kunna erbjuda medborgarna så mycket vårdtid som möjligt har allmäntandvården satt ett mål som innebär att tandläkarna och tandhygienisterna ska använda 70 procent av arbetstiden till vårdtid. Övrig tid är t ex egen utveckling, arbetsplatsträffar, paus mm. Målet nås inte fullt ut idag och ligger på 68 respektive 56 procent. För tandhygienisternas del påverkas resultatet av att exempelvis uppsökande verksamhet inte redovisas som vårdtid. I dagsläget har tandsköterskorna en låg andel vårdtid (4 procent).

Folktandvårdens kliniker har öppet under dagtid måndag tom fredag. Fredagar stänger många kliniker vid lunchtid. Det finns även kliniker i länet som har öppet kvällstid.

Väntande

Inom folktandvården är beslutat att alla kliniker ska ta emot nya patienter. Dessa ska om möjligt erbjudas en tid direkt annars gäller nedanstående hantering:

Ny patient utan akuta besvär, som önskar bli revisionspatient kallas inom 3 månader till tandläkare när;

- det är mer än två år sedan patienten undersöktes senast
- patienten uppger munhälsoproblem men ej av akut karaktär
- patienten har rätt till nödvändig tandvård
- patienten önskar tandvård som led i kortvarig sjukdoms behandling

Övriga sätts upp på kallelse till tandläkare senast om 12 månader.

Målet för barn är att andelen med försening mer än 3 månader utifrån planerad kallelsemånad ska vara 0 procent. Alla kliniker i Jämtlands län klarar idag att detta mål.

Målet för vuxna är att andelen med försening mer än 6 månader utifrån planerad kallelsemånad ska vara 5 procent, dvs 95 procent av patienterna ska kallas i tid. 12 kliniker av 20 uppnår detta mål vid mätning 2014-08.

4.2.1 Befolkningsansvar

I folktandvården idag ligger såväl resurser som uppdraget om områdesansvaret på klinikerna vilket innebär att det inte finns någon sammanhållen strategi för vilka insatser som ska göras. Det är idag svårt för enskilda kliniker att skapa det kontaktnät och de strategier som behövs för att hjälpa de svaga grupperna i samhället.

4.2.2 Akut tandvård

Folktandvården tar emot akuta patienter inom 24 timmar. I normalfallet vänder sig patienten till sin ordinarie folktandvårdsklinik där vård erbjuds i 1:a hand. För patienter som inte är revisionspatienter hos folktandvården kan vård erbjudas vid folktandvårdens länsjour. Länsjour är en verksamhet som är veckovis fördelad enligt visst schema. Uppgiften om vart patienten ska vända sig efter öppettid ges via telefonsvarare samt genom information på www.jll.se.

4.3 Vårdutbud

4.3.1 Barn och ungdomar

Idag besöker tandhygienisterna/ tandsköterskor barnavårdscentralen (BVC) och utför en screening på barn under 2 år. Då riskgrupperas alla barn. Barn med risk kallas vid 2 års ålder till kliniken främst för motiverande samtal och stöd. Barn utan risk kallas åter vid 3 års ålder på undersökning till tandläkare.

Folktandvården samverkar med mödra- och barnhälsovård, primärvård, förskolor, skolor. Det ser idag olika ut hur man i länet arbetar gentemot skolor. Tandhygienisterna kan hålla i information om förebyggande tandvård i klasser. Ingen vård eller behandling sker på skolor möjligen erbjuds en fluorsköljning på enstaka ställen.

I landstingets omställningsarbete 2010 minskades folktandvårdens ersättning för områdesansvar med 40 000 kronor, då en utbudsbegränsning gjordes avseende information på skolor i områden med låg kariesfrekvens.

Från 3-19 års ålder utför folktandvården fullständig tandvård enligt fastställt vårdprogram för barn och ungdomar.

4.3.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet utförs strukturerat i hela länet av folktandvården. Det innebär att de personer, som enligt tandvårdslagen har rätt till uppsök ska erbjudas en avgiftsfri munhälsobedömning i sitt boende en gång per år. Bedömningen utförs av en tandhygienist anställd på närmsta folktandvårdsklinik. Munhälsobedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård. Om behov finns av tandvård hjälper tandhygienisten till med en kontakt till sin ordinarie tandläkare eller ordnar en tid till ett besök på närmsta folktandvårdsklinik. Ingen vård bedrivs i hemmet. Munhälsobedömningen innebär också en praktisk instruktion i munhygieniska egenåtgärder till den enskilde eller den som i dennes ställe sköter munvården. Tandhygienisten har på så sätt en roll som konsult till den personal som deltar i omvårdnaden.

4.3.3 Patienter med särskilda behov

Patienter som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och patienter som på grund av olika former av handikapp erbjuds vård anpassat efter deras behov. Denna vård utförs i samråd med sjukvården. Då det i vissa fall krävs speciell kompetens och utrustning t ex narkos utförs vård på specialist- och sjukhustandvården.

4.3.4 Vuxna

För vuxna patienter utförs vård i mån av tid och resurser. Denna patientgrupp får idag inte alltid tillräckligt utrymme på grund av prioritetsordningen.

4.4 Bemanning

Allmäntandvården var 2014 indelad i sex områden med en områdeschef som ansvarar för verksamheten inom respektive område. Det är en stor variation på antal anställda medarbetare per klinik.

Beskrivning av bemanning ger alltid en ögonblicksbild. Antal tillsvidareanställda förändras ständigt och påverkas även av olika typer av frånvaro. För att klara av verksamheten sker utbyte av medarbetare mellan kliniker i olika omfattning i olika delar av Jämtlands län, men är mest förekommande i ytterområdena.

Vid de ställen där tandläkarvakanser finns, alternativt handledningsbehov behövs, finns i olika omfattning ambulerande tandläkare. Under 2013 uppgick extra kostnader för de ambulerande motsvarande 1,3 miljoner (i summan ingår inte lön för tid som används till kliniskt arbete) Antalet ambulerande tandläkare under 2014 motsvarar drygt 4 heltidstjänster.

Nedanstående tabeller visar bemanning per 141031.

Befattning	Antal tillsvidareanställda omräknat i heltidstjänster	Utförd tid omräknat i heltidstjänster	Genomsnittlig teamsammansättning
Tandläkare	39,1	36,5	1,0
Tandhygienist	26	21,5	0,6
Tandsköterskor	77	66,9	1,8
Områdeschefer	5,5	4,5	-

Källa: Heroma personalstatistik

ANTAL TILLSVIDAREANSTÄLLDA OMRÄKNAT TILL ÅRSTJÄNSTER

Kommun	Nuvarande kliniker	Tandläkare	Tandhygienist	Tandsköterska
Härjedalen	Sveg	2,0	2,0	3,0
	Funäsdalen	0,0	1,0	2,0
	Hede	0,0	0,0	3,0
SUMMA		2,0	3,0	8,0
Bräcke	Bräcke	1,0	1,0	2,2
	Gällö	2,0	1,0	3,0
	Kälarne	0,0	0,0	0,0
SUMMA		3,0	2,0	5,2
Ragunda	Hammarstrand	2,0	1,0	3,0
SUMMA		2,0	1,0	3,0
Strömsund	Strömsund	2,0	2,0	3,8
	Gäddede	0,0	0,0	1,0
	Hoting	0,8	1,0	1,8
	Hammerdal	0,5	0,0	1,8
SUMMA		3,3	3,0	8,4
Krokom	Krokom	4,0	3,0	9,0
	Föllinge	0,0	0,0	0,0
SUMMA		4,0	3,0	9,0
Åre	Åre	2,0	2,0	2,0
	Järpen	2,0	2,0	4,0
SUMMA		4,0	4,0	6,0
Berg	Svenstavik	1,0	0,0	2,4
	Myrviken	1,0	1,0	2,0
SUMMA		2,0	1,0	4,4
Östersund	Frösö strand	5,5	3,0	10,8
	Brunflo	2,5	2,0	7,2
	Campus	10,8	4,0	15,0
SUMMA		18,8	9,0	33,0
TOTALT		39,1	26,0	77,0

4.5 Ekonomi för nuvarande kliniker

Allmäntandvården i region Jämtland Härjedalen har de senaste åren haft en relativt god ekonomi men resultatet varierar mycket mellan de olika klinikerna. Eftersom största delen av kostnaderna och intäkterna är rörliga har produktion och ekonomi ett mycket starkt samband. Bemanningen och teamens effektivitet har stor betydelse för klinikens ekonomi. 2013 bestod ett genomsnittligt team av 1,0 tandläkare, 0,5 tandhygienist och 1,7 tandsköterska. Totalt hade folktandvården 38,7 team. Delas resultatet för året upp på ett genomsnittligt team, enligt ovan, får man nedanstående fördelning av kostnader och intäkter. Fram till och med juli 2014 var antalet team något lägre (35,9).

Allmäntandvården, kostnader och intäkter 2013		
Belopp i tkr		
	Totalt Allmän- tandvården	Genomsnitt per team
Fasta kostnader	29 785	770
Personalkostnader	75 946	1 962
Övr. rörliga kostnader	7 925	205
Summa	113 656	2 937
Fasta intäkter	13 718	354
Rörliga intäkter	100 244	2 590
Summa	113 962	2 945
RESULTAT	306	8

Det genomsnittliga teamet producerade totalt 1827 (2013) vårdtimmar varav 1337 timmar var debiterbar tid inom vuxentandvården. Det genomsnittliga antalet revisionspatienter för teamet var 510 barn och 1000 vuxna (2013).

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtimme	Summa intäkter
			Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna		
Tandläkare	1	68%	287	910	1 197	24%	76%	1 740	1 582 648
Tandhygienist	0,5	57%	105	396	502	21%	79%	990	392 301
Tandsköterska	1,7	4%	97	23	120	81%	19%	185	4 207
SUMMA	3,2	32%	490	1 329	1 818	27%	73%	1 490	1 979 156
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									2 591 156

Alla åtgärder som gör att den debiterbara tiden ökar och/eller som ökar intäkten per vårdtimme leder till en stärkning av klinikens ekonomiska utfall. Kostnadsbesparingar som kan göras i driften genom t ex ökad kostnadsmedvetenhet vid inköp, ger endast en marginell effekt. Fasta kostnader kan påverkas endera av förändrad klinikstruktur för att minska kostnadsnivån eller genom utökning av teamen för att fördela kostnadsbördan på fler (under förutsättning att patientunderlag finns).

5 FRAMTIDA STANDARD

I den konkurrensutsatta situation som folktandvården befinner sig i, behöver varumärket folktandvården stärkas och utvecklas. Det finns idag ingen uttalad samsyn kring vad som utmärker folktandvården i Jämtlands län i form av t ex vårdutbud, tillgänglighet, lokaler, medarbetarskap osv. En framtida strukturförändring ska även omfattas av en samsyn kring varumärket.

5.1 Bas- och plusutbud

Alla folktandvårdens kliniker i Jämtlands län ska erbjuda samma *basutbud* av vård och förebyggande behandlingar. Det innebär traditionell tandvård så som t ex undersökningar, röntgen, lagningar, extraktioner, kirurgi, rotbehandlingar, enklare bettfysiologi, förebyggande vård, behandlande vård av parodontit, protetik och tandreglering.

Plusutbud ska kunna erbjudas på kliniker som har allmäntandläkare med specialkompetens, s k nischad tandläkare. Plusutbud innebär att mer vård kan utföras inom allmäntandvårdens verksamhet, vilket innebär att patienter inte i samma utsträckning behöver nyttja region Jämtland Härjedalens specialisttandvård. Det innebär för dessa patienter kortare resor för att få tandvård. De kliniker som har någon typ av specialkompetens ska erbjuda denna vård även till patienter från närliggande kliniker.

Plusutbud innebär inte att varje klinik ska ha denna specialkompetens. Specialkompetens är en möjlig kompetensutveckling för den enskilda vårdgivaren. Kompetensutveckling, nischning, ska bedömas utifrån de prioriterade gruppernas vårdbehov, vårdgivarnas samlade kompetens på kliniken och utifrån helhetsbehovet inom folktandvården

5.1.1 Barn och ungdomar

Screening på barn under 2 år, riskgruppering av alla barn och fullständig tandvård enligt fastställt vårdprogram för barn och ungdomar ingår i det basutbud som erbjuds i allmäntandvården.

När det gäller socioekonomiskt svaga grupper och de med högst risk behövs en ökad samverkan med skolor, primärvård m fl. Detta är ett viktigt område att satsa på och det ska göras inriktat mot de områden där behoven är störst.

5.1.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet ska fortsatt genomföras enligt avtal som sluts med beställarenheten

5.1.3 Patienter med särskilda behov

Vårdinsatser för dessa patienter styrs av tandvårdsförsäkring och gällande regelverk.

5.1.4 Vuxna

Se bas och plusutbud 5.1

5.2 Utökat vårdutbud utanför klinik

Folktandvården har fått i uppdrag att överväga om det finns tandvård som kan ges genom att tandvårdspersonal besöker olika patientgrupper istället för att patienterna kommer till tandvårdsklinikerna. Slutsatserna är att detta inte är ett genomförbart alternativ. Det finns flera skäl. Det går rent praktiskt inte att utföra en mängd behandlingar utan tillgång till en fullt utrustad lokal. Från ett patientsäkerhetsperspektiv är det dessutom svårt att följa hygienkrav i de varierande miljöer som blir aktuella. Vidare är det inte en kostnadseffektiv lösning.

Nedan följer en redogörelse för folktandvårdens överväganden.

5.2.1 Barn och ungdomar

Förebyggande vård som kan ske på skolor och som ej kräver mobil enhet är enbart inspektion av munhåla, instruktioner kring munhygien samt behandlingar med fluor. Värde av att breddinföra denna typ av insatser är tveksamt eftersom det inte kan ersätta behovet av att undersökas/ behandlas på klinik där bl a röntgenbilder kan tas. Bedömningen är därför att det inte är effektivt nyttjande av folktandvårdens resurser.

5.2.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

För denna patientgrupp så kan undersökning, förebyggande behandling och enklare behandlingar utföras. Detta kräver en särskild transportabel utrustning. För att klara sådan utökad vård i hela länet behövs minst en transportabel utrustning per kommun. Kostnad per utrustning är ca 100 000 kr. Att införa en utökning av vårdinsats i hemmet eller boenden kräver ett förändrat avtal med beställarenheten där ersättning för denna typ av vård regleras. Det finns en stor osäkerhet kring patientsäkerhet och arbetsmiljö vid vård i hemmet och insatsen kan inte ersätta behovet av vård på en klinik.

5.2.3 Patienter med särskilda behov

Denna patientgrupp har ett stort och ofta komplicerat vårdbehov som inte kan behandlas i hemmet utan måste behandlas på en klinik.

5.3 Befolkningsansvar

I framtiden behövs en folktandvårdsövergripande strategi/standard för hur områdesansvaret ska organiseras och vilka insatser som ska göras. Strategin bör innebära sammanhållna insatser med samverkan med andra inom sjukvården, myndigheter och organisationer.

5.4 Kompetens

Samtliga av folktandvårdens kliniker ska bemannas med yrkeskategorierna tandläkare, tandhygienist och tandsköterska. Kompetens hos de som är anställda inom allmäntandvården ska alltid omfatta kunskaper i såväl barn- som vuxentandvård.

För att garantera ett kvalitativt väl fungerande basutbud av vård säkerställs medarbetarnas kompetens genom dels individuell kompetensutveckling men även genom generella utbildningsinsatser inom folktandvården. En viktig del i kompetensutvecklingen är specialisttandvårdens stöd och utbildning till allmäntandvården.

Förutom den goda yrkeskunskap som behövs för respektive yrkeskategori krävs även:

- att tandläkarna besitter en kompetens i att planera, utveckla, leda och fördela arbetet i teamet.
- att tandhygienisterna har kunskap i att informera om och marknadsföra frisktandvård. Tandhygienisterna ska ses som en naturlig del i teamet. Det utåtriktade arbetet kommer öka vilket kräver pedagogisk kompetens.
- att tandsköterskans roll och uppgifter i teamet vidareutvecklas till att vara den som säkerställer flödet i patientomhändertagandet. Receptionsfunktionen är patientens första kontakt och klinikens ansikte utåt. Betydelsen och kompetensen i denna funktion ska stärkas. Tandsköterskans roll i den förebyggande vården ska stärkas.

5.5 Bemanning

Utgångsläget är att minsta bemanning på en klinik ska vara två team. Med ett team menas en tandläkare, en tandhygienist och ca 2,5 tandsköterskor. Att vara två team innebär att sårbarheten minskar vid olika former av frånvaro och när nyanställning av vårdgivare sker finns redan introducerade medarbetare som stöd på kliniken.

De områdeschefer som är verksamma inom folktandvården ska vara ”synliga och närvarande” för sina medarbetare. Ett nära chefsstöd ska vara en naturlig del i chefs/ ledarskapet, i enlighet med landstingets beslut om införande av leaninspirerat arbetssätt. Målsättningen är att en chef inte ska ansvara för mer än två kliniker och/eller maximalt ca 30 medarbetare. I de fall chefen så önskar kan en kliniksamordnare tillsättas som administrativt stöd.

5.6 Produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning

För att uppnå en effektiv verksamhet och kunna erbjuda så många patienter som möjligt vård inom folktandvården krävs en bra produktions- och kapacitetsplanering. Olika former av användbara nyckeltal ska löpande finnas tillgängliga för chefer, i syfte att underlätta ledning och styrning. För medarbetaren/teamet ska möjlighet finnas att på ett enkelt sätt planera och följa upp sitt eget resultat. Folktandvårdens uppdrag och olika mål för verksamheten ska vara kända för alla medarbetare. Att arbetet utförs i enlighet med uppdraget och att förbättringar sker mot uppsatta mål ska löpande följas upp.

5.7 Arbetssätt

Med begränsade resurser måste vars och ens kompetens nyttjas på bästa sätt, inom respektive yrkesområdes gränser/regelverk. Både den formella och reella kompetensen och förtroendet mellan medarbetare i olika yrkeskategorier är avgörande för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker vård. Att nå BEON, bästa effektiva omhändertagandenivå, kräver samtliga medarbetares engagemang, i ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete.

Ökad andel teamtandvård är nödvändig för att skapa mer patient-/vårdtid. Vid teamarbete arbetar vårdgivarna på två eller fler rum. Främst gäller detta tandläkarna, men även tandhygienister vid tex undersökningspass. Arbete på två eller flera rum bedrivs under minst halva arbetstiden. Tandsköterskans uppgift är patientarbete i samarbete med tandläkaren. Tandsköterskans kompetens ska i högre grad nyttjas inom barntandvården. Tidbokning, betalning, utlämnande av kostnadsförslag, mm sköts av tandsköterska/ receptionsfunktion vilken också ansvarar för att tidboken är full och att återbudstider fylls.

Folktandvården ska kännetecknas av ett professionellt bemötande och ett arbetssätt där patienten är i fokus.

5.8 Attraktiv arbetsgivare

En god arbetsmiljö och ett hälsofrämjande arbete bidrar till att skapa en attraktiv arbetsplats, vilket även underlättar möjligheten till framtida kompetensförsörjning. Folktandvården ska erbjuda trygga arbetsplatser såväl fysiskt som psykiskt. Säkerhetsrisker ska beaktas och genom att ha minst två team verksamma på varje klinik minskar risken för ensamarbete. Större kliniker med fler medarbetare ses som en av förutsättningarna för att skapa en god arbetsmiljö med möjlighet till delaktighet, arbetsgemenskap, yrkesrelaterat stöd, uppmuntran och erfarenhetsutbyte. Ytterligare faktorer för att öka möjlighet att uppfattas som en attraktiv arbetsgivare är goda anställningsvillkor, ett gott ledar- och medarbetarskap, möjligheter till kompetensutveckling mm.

5.9 Lokal/ Utrustning/Teknik

Folktandvårdens ska ha moderna, ändamålsenliga och effektiva lokaler. Ett framtida enhetligt koncept för lokalernas utformande ska tas fram och användas vid framtida ombyggnationer/renoveringar. Folktandvårdens patienter ska känna igen sig, oavsett vilken klinik i länet man besöker. Folktandvården som varumärke ska utvecklas. En enhetlig standard för Folktandvårdens lokaler och utrustning är även en fördel när medarbetare tillfälligtvis arbetar på annan klinik än den där de normalt har sin tjänstgöring. Lokalerna ska vara handikappanpassande och välkomnande för såväl barn som äldre. Gemensamt informationsmaterial/tidskrifter mm ska finnas i väntrummen.

Behandlingsrummen ska vara utrustade med unit/stol och utrustning för digital intraoral röntgen. I och med ett nytt arbetssätt för teamen krävs att de har tillgång till ca 2,5 rum/team under en del av arbetstiden. Detta kan framför allt lösas med ändrad schemaläggning och öppettider, men möjlighet finns även till viss om-/tillbyggnation. På varje klinik ska det finnas utrustning för rengöring av instrument, dock ej för höggradig rengöring (Autoklav). Hänsyn ska tas till miljön

vid all hantering av avfall mm. För kliniker med plusutbud kan utökad utrustningsnivå vara aktuell.

Panoramaröntgen ska finnas på vissa kliniker. Behovet är beroende av en rad olika faktorer; hur långt avstånd det är mellan klinikerna, hur stort patientunderlag som finns, vilken typ av patienter, vilken tillgång man har till specialisttandläkare mm. När folktandvårdens struktur är fastställd ska beslut fattas om placering av extraoral röntgenutrustning (OPG).

5.10 Ekonomi

5.10.1 God ekonomisk hushållning

För allmäntandvården och för folktandvården som helhet innebär god ekonomisk hushållning att verksamheten planeras så att årliga kostnadsökningar möts upp med motsvarande intäktsökningar. För förändringar i verksamheten som innebär ökad kostnadsnivå ska alltid finansiering säkerställas innan förändringen beslutas och genomförs. För att klara av tillfälliga svängningar i ekonomin och för att finansiera utveckling, utrustning och ny teknik bör folktandvården redovisa ett överskott på ca 1,5 procent av omsättningen som ska tillgodoräknas folktandvården i region Jämtland Härjedalens över- och underskottshantering.

5.10.2 Jämlika ekonomiska förutsättningar

Varje enskild klinik ska planera för att uppfylla det ekonomiska resultatkravet. Inom områdes- och sistahandsansvaret finns uppdrag som innebär fördyrade kostnader för klinikerna. Dessa uppdrag är inte jämnt fördelade och kan variera över tid. Exempel på sådant är mottagande av flyktingar och akutverksamhet, extra rekryteringsinsatser till svårrekryterade orter, avstånd för resor till utbildningar och möten. För att ge alla kliniker jämlika ekonomiska förutsättningar måste dessa uppdrag vara tydligt definierade och kostnadsberäknade. Finansieringen ska ske genom folktandvårdens landstingsbidrag.

5.11 Slutsats: Förutsättningar för att uppnå ny framtida standard

För att folktandvården ska kunna utveckla sin verksamhet mot en *ny framtida standard*, med förändrad teamsammansättning, tryggare personalförsörjning, stabilare kvalitet på tandvården, effektivare arbetssätt och en förbättrad ekonomi krävs en förändring av klinikstrukturen. Om en klinik ska kunna bemannas med minst två team krävs ett större patientunderlag per klinik. Då behöver antalet kliniker vara färre, men större. I nästa kapitel har en analys gjorts av möjliga kliniker att avveckla, respektive utöka för att ta hand om ett större patientunderlag.

Vid en koncentration till större kliniker ska tillgängligheten kompletteras med att klinikerna inför kvällsöppet 1-2 kvällar/vecka, bland annat i syfte att underlätta för de patienter som får längre resväg till närmaste klinik. Förutom kvällsöppna vardagar ska någon/några av klinikerna i Östersund och dess närområde även kunna erbjuda helgöppet. Under semestertider ska i normalfallet någon klinik i varje kommun hålla öppet. Vid akuta besvär ska samtliga kliniker

erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour. Hur länsjouren ska organiseras ska utredas när framtida struktur är beslutad.

En stor del av folktandvårdens revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård.

För övrigt ska tillgänglighet till tandvård ska styras av den prioritering som gäller enligt Tandvårdslagen (se avsnitt 3.2).

6 ANALYS AV FÖRÄNDRAD KLINIKSTRUKTUR

6.1 Analyskriterier

Vid en bedömning av vilka kliniker som bör avvecklas respektive utökas för att uppnå den framtida standarden, har i detta kapitel analyser gjorts för varje klinik, baserat på ett urval kriterier:

- Klinikstorlek
- Hur medborgarnas resväg, tidsåtgång och resekostnader påverkas vid en avveckling
- Tillgången till allmänna kommunikationer
- Ekonomiska konsekvenser för regionen i form av påverkan på fasta kostnader, lokalkostnader och ersättning för sjukreskostnader.

Utifrån resultaten av analyserna har sedan två olika förslag, med viss intern valbarhet, tagits fram som innebär både avvecklingar och satsningar. De presenteras i kommande kapitel.

6.2 Klinikstorlek

Ett grundkrav är att tandvård ska erbjudas i varje kommun i länet. I nedanstående tabell visas de kliniker i varje kommun som har ett för litet patientunderlag för bemanning med minst två team.

Kommun/klinik	Antal patienter	Motsvarar antal team
Bergs kommun		
Myrviken	1 741	1
Bräcke kommun		
Bräcke	1 782	1
Gällö	1 892	1
Kälarne	601	0,5
Härjedalens kommun		
Hede	1 438	1
Funäsdalen	1 504	1
Krokoms kommun		
Föllinge	783	0,5
Strömsunds kommun		
Gäddede	518	0,5
Hammerdal	1 633	1
Hoting	1 096	1

I exempelvis Bräcke kommun är alla tre kliniker för små för att bemanna med två team. En av klinikerna måste ändå vara kvar för att målet med tandvård i varje kommun ska kunna uppnås. Med utgångspunkt enbart från en klinikstorlek och målet med tandvård i varje kommun finns 9 kliniker som skulle kunna avvecklas.

6.3 Befolkningsperspektiv

Man kan ha olika uppfattningar om hur lång resväg och restid som är rimliga för länets medborgare när de tar sig till den närmast belägna tandvårdskliniken. I analysen har två alternativa maxmått använts:

- Befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst åtta mil eller en timmes enkel resa med bil till närmaste tandvårdsklinik.
- Befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst sex mil eller fyrtiofem minuters resa med bil enkel väg till närmaste tandvårdsklinik.

Båda alternativen innebär att kliniken i Gäddede kan undantas från vidare analyser.

6.3.1 Avstånd till närmaste klinik

Om en viss klinik avvecklas, förlängs resvägen för befolkningen i alla de orter som ligger närmast kliniken. För att fånga effekten både av det längre avståndet till tandvård efter nedläggning och antalet personer i befolkningen som berörs, har nyckeltalet *personkilometer* tagits fram. Personkilometer beräknas genom att befolkningsantalet¹ i de orter som ligger närmast kliniken multipliceras med antalet km för en tur och returresa till den klinik som utökas. Resultaten visas i tabellen. Den innehåller även en beräkning av den genomsnittliga enkelresan i kilometer till nuvarande klinik, samt till den klinik som ligger närmast, ifall nuvarande klinik läggs ned. Hur många kilometer enkelresan förlängs till följd av en kliniknedläggning på respektive ort, visas i kolumnen längst till höger.

Klinik	Längre avstånd i person-km	Enkelresa, km i snitt till nuvarande klinik	Enkelresa, km i snitt vid nedläggning	Längre enkelresa i km vid nedläggning
Sveg	374 343	13,1	80,0	66,8
Svenstavik	150 572	24,7	51,1	26,5
Hoting	141 718	23,2	60,1	36,8
Hede	124 155	8,0	69,1	61,1
Bräcke	95 524	3,3	24,7	21,4
Hammerdal	82 423	1,6	36,2	34,5
Funäsdalen	79 657	14,3	68,1	53,7
Föllinge	67 618	8,2	52,6	44,4
Gällö	58 129	6,6	29,2	22,7
Kälarne	32 591	7,0	35,5	28,5
Myrviken	22 247	11,9	23,9	12,0

Beräkningen visar att alternativet att lägga ned kliniken i Sveg drabbar betydligt fler än en nedläggning av kliniken i Hede. Detsamma gäller en nedläggning av kliniken i Svenstavik och en satsning på kliniken i Myrviken.

¹ Beräkningen har gjorts på folkbokförd befolkning på tätorter och småorter 2010 plus asylsökande. Senare data finns inte tillgänglig på SCB. Viss överskattning blir det därför att en mindre del av de asylsökande har fått uppehållstillstånd och de ingår därmed i den folkbokförda befolkningen och för att befolkningen på de flesta mindre orter i regionen minskat sedan 2010. Relationen mellan orterna bör dock inte ha förändrats på något genomgripande sätt.

Av de kliniker som återfinns i tabellen i avsnitt 6.2, med för litet patientunderlag, får en nedläggning av klinikerna i Hede och Hoting störst effekt för befolkningen. Båda nedläggningarna medför en enkel resa till den nya kliniken på över 60 km, vilket även en avveckling i Funäsdalen skulle leda till. Beräkningarna avser att visa möjliga konsekvenser för *befolkningen* på olika håll i länet, men avspeglar inte effekten på varje kliniks *patienter*, eftersom region Jämtland Härjedalens patienter utgör en betydligt mindre andel än 100 procent av befolkningen. Detta gäller särskilt den vuxna befolkningen. Folktandvårdens marknadsandel av den är 39 procent.

6.3.2 Tillgång till allmänna kommunikationer och restid

En undersökning har gjorts av medborgarnas tillgänglighet till resor med allmänna kommunikationer mellan olika orter, för att belysa konsekvenserna vid nedläggning av kliniker.

Ett antagande har gjorts om att en patient behöver minst en timme för tandvård på den ort som besöks. Den timmen ska täcka både gångtid mellan busshållsplats/tågstation och klinik och undersöknings/behandlingstid. Avståndet mellan busshållsplats/tågstation och klinik ligger normalt i intervallet 300-600 meter.

Tabellen visar för olika resvägar restid enkel väg. I kolumn tre visas den kortaste tid (som överstiger en timme) som patienten har till förfogande att spendera på den nya kliniken, under förutsättning att han/hon ska hinna med buss eller tåg tillbaka och i kolumn fyra när på dagen den infaller. Sedan visas i kolumn fem den kortaste *totala patienttiden* som går att uppnå, beräknad från det att patienten stiger på bussen/tåget tills patienten stiger av vid hemresans slut.

Olika alternativ: flytt av patienter till annan klinik vid nedläggning, de föreslagna är gulmarkerade	Restid - enkel väg	Alternativ kortaste möjliga period på annan klinik givet tidtabell för buss eller tåg	Tillgänglig tidsperiod för behandling	Total patienttid "kortaste" alternativet	Alternativ tidsperiod om man ej kan passa in "rätt" buss/tågtider vid bokning	Tillgänglig tidsperiod för behandling	Total patienttid "längre" alternativ
Från Hede till Sveg	1 tim 5 min	1 timme	15.15-16.15	3 tim 30 min	6 tim 15 min	07.55-14.10	8 tim 40 min
Från Hede till Funäsdalen	1 tim 5 min	1 tim 10 min	12.00-13.10	3 tim	5 tim 15 min	12.00-17.15	7 tim 10 min
Från Sveg till Hede	1 tim 20 min	2 tim 40 min	15.30-18.10	5 tim 15 min	Förutsätter sent öppeth.		
Från Funäsdalen till Hede	45- 65 min	2 tim 35 min	13.55-15.30	3 tim 15 min			
Från Myrviken till Svenstavik	30 min	1 tim 35 min	14.40-16.15	2 tim 45 min	4 tim 35 min	08.50-13.25	5 tim 35 min
Från Svenstavik till Myrviken	30 min	1 tim 35 min	13.55-15.30	2 tim 45 min	3 tim 30 min	13.55-17.25	4 tim 30 min
Från Hackås till Svenstavik	20-30 min	1 tim 30 min	14.15-15.45	2 tim 15 min	2 timmar	14.15-16.15	2 tim 40 min
Från Hackås till Myrviken	20 min	5 tim 40 min	08.20-14.00	6 tim 20 min			
Från Gällö till Bräcke	14-30 min	1 tim 27 min	14.11-15.38	1 tim 57 min			
Från Bräcke till Gällö	14-35 min	1 tim 20 min	8.41-10.15	1 tim 52 min			
Från Gällö till Östersund	1 timme	1 tim 10 till 30 min	15.50-17.20	3 tim 5 min			
Från Kälarne till Hammarstrand	25-40 min	1 tim 50 min	14.45-16.35	2 tim 50 min	8 timmar	08.40-16.35	9 timmar
Från Föllinge till Krokom	40-55 min	4 tim tis o fre, 5 tim 10 min mån, ons, tors	09.15-13.10	6-7 tim			
Från Föllinge till Strömsund		7 tim 30 min	08.00-15.30	10 tim	byte i Laxsjö		
Från Hoting till Strömsund	45-60 min	4 tim 5 min	11.20-15.25	5 tim 45 min	6 tim 5 min	09.20-15.25	7 tim 45 min
Från Hoting till Dorotea	20-30 min	7 tim 40 min	10.05-17.45	8 tim 30 min			
Från Hamnerdal till Strömsund	35-50 min	1 tim 10 min	08.10-09.20	2 tim 20 min	2 tim 25 min	08.55-11.20	3 tim 45 min
Från Hamnerdal till Östersund	1 tim - 1 tim 10 min	2 tim 25 min möjl. 1 tim 20 min	08.55-11.20	4 timmar (2 tim 20 min)	3 tim 10 min	08.10-11.20	

I kolumnerna sex-åtta har sedan samma beräkningar gjorts för en alternativ tidsperiod. Syftet är att visa om det finns så få bussturer mellan vissa orter, att det bara finns ett rimligt alternativ tidsmässigt, för att inte patienten ska behöva spendera en hel dag på att besöka tandvården med hjälp av kollektivtrafik.

Kartläggningen visar att de allmänna kommunikationerna är betydligt bättre mellan vissa orter i länet än andra. Mellan Bräcke och Gällö finns det t ex många alternativa turer med både buss och tåg. Mellan Hamnerdal och Strömsund respektive Myrviken och Svenstavik finns det också relativt gott om turer. Mellan Kälarne och Hammarstrand går få turer, men om kliniken i Hammarstrand anpassar tidsbokningen till bussturerna finns det en tidsperiod varje dag på nästan två timmar för patienttid, exklusive gångtid mellan busshållsplatser och klinik.

Om allmänna kommunikationer ska användas för att ta sig mellan Hede och Sveg, Hede och Funäsdalen eller Sveg och Hede innebär det antingen en mycket kort tillgänglig tid på kliniken, ca en timme inklusive gångtid mellan busshållsplatser och klinik eller att en stor del av dagen måste användas för klinikbesöket. Även när det gäller turer mellan Hoting och Strömsund och Föllinge och Krokom går det få turer per dag, vilket innebär att besök på klinikerna i Strömsund och Krokom tar minst 6-7 timmar i anspråk om resan företas med buss.

6.3.3 Ökade kostnader för patienterna

En avveckling av kliniker innebär att ett antal patienter får längre till den närmast belägna klinik som de erbjuds. Dessutom tar varje tandläkarbesök längre tid än tidigare, vilket kan medföra att förvärvsarbetande patienter måste ta ledigt längre än tidigare. Kostnaden är svår att beräkna. Det

stora flertalet patienter besöker dock sin klinik högst en gång per år. Det genomsnittliga antal kilometer som resesträckan till närmaste klinik förlängs för medborgaren multiplicerat med 1,20 kronor, ger en uppskattning av kostnadsökningen per resa vid avveckling av en klinik enligt nedanstående tabell.

Ökning resekostnader för en tur- och returresa till närmaste klinik om ortens klinik avvecklas

Folktandvårds- klinik	Uppskattad ökning av resekostnad i snitt för patient vid avveckling, kronor
Bräcke	51
Funäsdalen	129
Föllinge	107
Gällö	54
Hammerdal	83
Hede	147
Hoting	89
Kälarne	68
Myrviken	29

6.4 Regionperspektiv

6.4.1 Kostnader för sjukreseersättning

Folktandvårdens patienter har rätt till ersättning för resor till kliniken för behandlingar, däremot inte för undersökningar. Patienten har rätt till ersättning för biljettutlägg eller med 1,2 kronor per km vid användning av bil. Från ersättningen dras en egenavgift på 100 kronor per enkelresa för vuxna, men ingen för barn. För patienter med många sjukresor finns ett högkostnadsskydd på 1600 kr per 12-månadersperiod.

Sjukresekostnaderna för folktandvården uppgick 2013 till 1,7 miljoner kronor. En avveckling av tandvårdskliniker beräknas medföra högre kostnader för sjukreseersättning.

Kommun/ klinik	Hyrd/ ägd	Kvm -yta	Hyra	Avtals- datum/ sista datum avskrivning	Åter- ställande- kostn- ader	Framtida drifts- kostnader för lokaler om de inte kan säljas/hyras ut	Eventuella investerings- kostnader för utökning av lokaler
Bergs kommun							
Myrviken	Hyrd	163	168	2017	75 000		
<i>Svenstavik</i>	<i>Hyrd</i>	263	178	<i>Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.</i>			<i>370 000</i>
Bräcke kommun							

Bräcke	Ägd	288	314	2025	75 000	170 000	Krävs ingen lokal-anpassning
Gällö	Hyrd	70	170	2016	75 000	Krävs lokalanpassning/investering 5 000 000	
Kälarne	Hyrd	94	63	2016	75 000		
Härjedalens kommun							
Sveg	Hyrd	291	413	Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.			Krävs ingen lokalanpassning
Hede	Ägd	307	227	2024	75 000	162 000	
Funäsdalen	Hyrd	237	266	2018	75 000		
Krokoms kommun							
Krokom	Hyrd	365	771	Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.			370 000
Föllinge	Hyrd	536	194	2015	75 000		
Strömsunds kommun							
Strömsund	Hyrd	320	288	Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.			370 000
Hammerdal	Ägd	270	195	2018	75 000	171 000	
Hoting	Ägd	281	259	2016	75 000	123 000	

Region Jämtland Härjedalen hyr kliniklokalerna i Myrviken, Gällö, Kälarne, Funäsdalen och Föllinge. Om någon eller alla dessa kliniker läggs ned leder det till en kostnadsminskning, då hyresavtalen löper ut.

I Gällö investerade landstinget nyligen i lokalanpassningar. Det återstående bokförda värdet på ca 3 miljoner kronor vid utgången av 2014 kommer att belasta regionens resultat med en engångskostnad om kliniken i Gällö läggs ned.

Lokalerna i Bräcke, Hede, Hammerdal och Hoting ägs av region Jämtland Härjedalen. Även efter det att dessa lokaler skrivits av, kommer regionen att ha kvar driftskostnader för att hålla lokalerna i skick såvida de inte kan säljas eller hyras ut.

6.4.3 Kostnader för utrustning och teknik

De utrustningar som ett behandlingsrum ska vara utrustat med är unit/stol och apparat för röntgen. Denna utrustning kostar i genomsnitt 46 000 kronor per år och behandlingsrum. Varje klinik behöver även utrustning för sterilhantering till en kostnad om 25 000 kronor per år och klinik. Dessa kostnader försvinner vid en nedläggning av kliniker. Nyare utrustning kan flyttas från kliniker som läggs ned till kliniker inom folktandvården, som har gammal utrustning. Kostnader för underhåll av utrustning i ett antal behandlingsrum försvinner också. Andra fasta kostnader som minskar när antalet kliniker minskar är kostnader för t ex städ, IT, telefon och transporter.

6.5 Sammanställning av kliniker

Utifrån de analyser som gjorts, samt de urvalskriterier som sattes upp i början av kapitel 6, ligger klinikerna i nedanstående tabell till grund för de förslag till beslut som beskrivs i kapitel 7. I den kolumn som är längst till höger visas de årliga nettokostnadsminskningarna för folktandvården.

Årliga ekonomiska konsekvenser vid avveckling av kliniker

Kommun/ klinik	Regionens framtida drifts- kostnader för lokaler om de inte kan säljas/ hyras ut	Engångs- kostnader vid avveckling	Årliga minsk- ningar fasta kostnader	Utökade kostnader för sjukrese- ersättning	Årliga nettokostnads- minskningar för folktand- vården
Bergs kommun					
Myrviken		75 000	701 000	11 000	690 000
Bräcke kommun					
Bräcke*	170 000	75 000	256 000	20 000	236 000
Gällö		75 000	1 006 000	24 000	982 000
Kälarne		75 000	406 000	5 000	401 000
Härjedalens kommun					
Hede	162 000	75 000	759 000	209 000	550 000
Krokoms kommun					
Föllinge		75 000	470 000	10 000	460 000
Strömsunds kommun					
Hammerdal	171 000	75 000	772 000	25 000	747 000
Hoting	123 000	75 000	610 000	56 000	554 000

*Inkluderar utökade kostnader för lokaler i Gällö vid avveckling.

6.6 Lägga ner i Östersund?

Frågan har lyfts vid flera tillfällen om inte någon av region Jämtland Härjedalens kliniker i Östersundsområdet skulle kunna läggas ned. Klinikens patienter skulle då kunna åka ut till några av de mindre klinikerna i länet för att förstärka patientunderlaget där, så att de kunde bemannas med minst två team. Avståndsmässigt skulle det i så fall röra sig om t ex Myrviken ca 41 km, Gällö 50 km eller möjligen Hammerdal 68 km från Östersund.

I utredningen har bedömningen gjorts att detta inte skulle få avsedd effekt av flera skäl:

- Det viktigaste är att folktandvården har ett sista handsansvar som kräver en stor beredskap i Östersundsområdet, som med sina tre kliniker har nästan 25 000 patienter, mer än 40 procent av folktandvårdens totala patientunderlag. Folktandvården måste bedriva jourverksamhet, flyktingmottagning m m.
- Det inte är realistiskt att tro att medborgarna i Östersundsområdet skulle kunna lockas att åka flera mil ut från stadsområdet för att få sin tandvård, när det finns så många privata tandvårdskliniker i närheten. Det är mer troligt att folktandvårdens patienter skulle söka sig till dem eller till någon av de andra folktandvårdsklinikerna i Östersund, om en folktandvårdsklinik lades ned..
- Om t ex folktandvårdens klinik på Frösön avvecklades, skulle patientunderlaget i Östersundsområdet öka med 8 352 personer. Ett så stort tillskott till marknaden skulle kunna locka privata aktörer att öppna nya kliniker.
- För att vara en attraktiv arbetsgivare måste folktandvården dessutom kunna erbjuda ett varierande arbete, med balans mellan olika patientgrupper. En nedläggning av någon av klinikerna i Östersundsområdet skulle framför allt leda till att kvarvarande kliniker fick minskade möjligheter att behandla vuxna oprioriterade patienter.



7 FÖRSLAG TILL - FRAMTIDA STRUKTUR

7.1 Beskrivning av alternativ a och b

För att utveckla folktandvården i Jämtlands län mot en ny *framtida standard* är utgångspunkten att folktandvårdens kliniker ska bemannas med minst 2 team. I förslagen i detta kapitel finns några kliniker som även i framtiden inte kommer ha ett patientunderlag för 2 team. Att dessa kliniker är kvar beror på lokaliseringsskäl/avstånd för patienter.

Alternativ a och b baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha **högst 8 mil eller en timmes enkel resväg** med bil till närmaste folktandvårdsklinik.

Alternativ a och b innebär totalt sett en **minskning av nuvarande 20 kliniker till 13 kliniker**. Om nuvarande personalsammansättning kvarstår innebär detta ingen utökad vårdtid utan endast en minskning av fasta kostnader. För att utöka vårdtiden ska personalsammansättningen och arbetssättet förändras mot den beskrivna *framtida standarden*. Detta planeras att genomföras successivt, i fler steg enligt nedan, samtidigt som det krävs insatser för att öka marknadsandelen.

Steg 1: År 2016. Avveckling av kliniker, oförändrad personalsammansättning (1,0 tandläkare, 0,5 tandhygienist och 1,7 tandsköterska)

Vårdtid ca 1800 tim per team, i stort sett oförändrat jämfört med nuläget.

Steg 2: År 2018. Teamen består av 1,0 tandläkare, 0,8 tandhygienist och 2,0 tandsköterska.

Vårdtiden bedöms öka från ca 1800 timmar till ca 2360 timmar per team

Steg 3: År 2021. Teamen består av 1,0 tandläkare, 1,0 tandhygienist och 2,5 tandsköterska.

Vårdtiden bedöms öka till ca 3000 timmar per team

I **Härjedalen** avvecklas kliniken i Hede. Patienter erbjuds tandvård i Sveg och Funäsdalen. Ingen av klinikerna kommer nå upp till patientantal motsvarande 2 team men bör kunna öka antalet revisionspatienter totalt sett. Under turistsäsong finns även ett ökat behov av tandvård i Funäsdalen.

I **Bergs kommun** avvecklas kliniken i Myrviken. Patienterna erbjuds tandvård i Svenstavik som då omfattar hela Bergs kommun som upptagningsområde. Valet av Svenstavik beror på tillgång till fler behandlingsrum, lokaliseringen i samma lokaler som hälsocentralen samt att fler personer i kommunen skulle få längre avstånd till närmaste klinik om kliniken i Svenstavik istället lades ned (se avsnitt 6.3.1). Svenstavik är dessutom kommunens centralort med andra serviceinrättningar.

I **Bräcke kommun** avvecklas kliniken i Kälarne. Patienterna i Kälarne erbjuds tandvård i Hammarstrand.



- a) I detta alternativ **avvecklas kliniken i Gällö**. Patienterna i Gällö erbjuds tandvård i Bräcke som då omfattar hela Bräcke kommun exklusive Kälarne som upptagningsområde. Valet av Bräcke beror på tillgång till fler behandlingsrum, lokaliseringen i samma lokaler som hälsocentralen samt att fler personer skulle få längre till närmaste klinik om kliniken i Bräcke skulle lades ned (se avsnitt 6.3.1). Bräcke är dessutom kommunens centralort.
- b) I detta alternativ **avvecklas kliniken i Bräcke**. Det innebär visserligen att fler personer får något längre till närmaste klinik än om kliniken i Gällö läggs ned. Många pendlar dock in mot Östersund och ett besök på kliniken i Gällö skulle då ligga längs med pendlingsstråket.

I Ragunda kommun kvarstår kliniken i Hammarstrand som då även omfattar upptagningsområdet Kälarne. Patientantalet bedöms kunna öka på sikt.

I Krokoms kommun avvecklas kliniken i Föllinge. Den är idag inte bemannad med fast personal och har ett begränsat upptagningsområde. Patienterna hänvisas till kliniken i Krokoms, som då har hela Krokoms kommun som upptagningsområde.

I Strömsunds kommun avvecklas klinikerna i Hammerdal och i Hoting. Patienterna i Hammerdal och Hoting hänvisas till kliniken i Strömsund. Kliniken i Gäddede finns kvar trots ett för litet upptagningsområde. Skälet är att avståndet för medborgarna till närmsta klinik i området kan uppgå till 17-18 mil. Kliniken i Strömsund har hela kommunen exklusive Gäddede som upptagningsområde. Valet av Strömsund beror på det centrala läget i kommunen och på möjligheten att utöka antalet behandlingsrum inom befintliga lokaler.

I Åre kommun sker ingen förändring av antalet kliniker, d v s båda klinikerna Åre och Järpen blir kvar. Åre är en ort med växande befolkning och stort serviceutbud. Åre har hög andel vinterturister och sommarturismen ökar. En ökad mängd revisionspatienter i Åre och Järpen förutsätts för att möjliggöra två stadigvarande kliniker i framtiden.

I Östersunds kommun sker ingen förändring av antalet kliniker d v s Campus, Frösö strand och Brunflo blir kvar. Ökat antal patienter förväntas dels genom ökad marknadsföring men även genom vissa patientströmmar från avvecklade kliniker.

Folktandvården verkar på en konkurrensutsatt marknad och måste därför ha ett varumärke som ständigt stärks och utvecklas. Det ska leva upp till visionen *"Folktandvården – den ledande aktören och det självklara valet för en god munhälsa för alla, genom hela livet."* En ny framtida struktur och standard bidrar till att konkurrenskraften förstärks. Folktandvården måste marknadsföra erbjuden "ny" klinik på ett bra och professionellt sätt. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande.

I och med det ansvar som folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

7.2 Beskrivning av alternativ c och d

Alternativ c och d baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde ska ha i genomsnitt **högst 6 mil eller 45 minuters enkel resväg** med bil till närmaste folktandvårdsklinik. Det leder till att klinikerna i Hede och Hoting blir kvar, till skillnad från i alternativ a och b. De kliniker som avvecklas enligt alternativ c och d är Kälarne, Gällö (alternativ c), Bräcke (alternativ d), Föllinge, Hammerdal och Myrviken, det vill säga **antalet kliniker minskas från nuvarande 20 till 15**.

För övrigt planeras samma satsning ske, som beskrevs i alternativ a och b, med utökad vårdtid, förändrad personalsammansättning och arbetssätt för att nå den *framtida standarden*. Med färre avvecklade kliniker och därmed mindre ökning av patientunderlaget på de kliniker som förstärks, blir det dock svårare att uppnå den *framtida standarden* i alternativ c och d. Det medför krav på mer effektiviseringar och att en större del av den arbetade tiden på kvarvarande kliniker omsätts till vårdtid. För att kunna göra denna effektivisering krävs ett omfattande förändringsarbete. Det är därför inte möjligt att få ekonomisk effekt redan 2016.

8 KONSEKVENSER AV NY FOLKTANDVÅRDSSTRUKTUR

8.1 Konsekvenser patienter

Alla som bor i länet har rätt att få sjukresebidrag från region Jämtland Härjedalen för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan vid förändrad struktur bli längre till närmaste klinik. Till viss del kan även antalet sjukresor öka.

8.1.1 Konsekvenser för prioriterade grupper

Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.

Vid akuta besvär ska samtliga kliniker erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour på samma sätt som idag. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård.

Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.

Sammanlagt 2 473 barn och ungdomar berörs av alternativ a och 2 486 i alternativ b. I alternativ c berörs totalt 1 734 barn och ungdomar och i d 1 747. Den största delen av dessa har inte behov av att besöka tandvården oftare än en gång per år och för dessa bedöms inte avståndet att ha en avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. För resterande barn och ungdomar som är i behov av mer frekvent tandvård så kan avståndet bli av något större betydelse.

Klinik	Totalt antal barn 3-19 år	Besök 1 ggr/år eller mer sällan	Fler besök än 1 ggr/år
Föllinge	200	176	24
Hammerdal	449	395	54
Hede	416	366	50
Hoting	323	284	39
Gällö	466	410	56
Bräcke	479	426	53
Kälarne	174	153	21
Myrviken	445	392	53

Ca 20 procent av barn och ungdomar mellan 10 och 15 år behöver tätare kontroller på grund av tandreglering. Dessa kontroller kan omfatta besök på ordinarie klinik, men även på specialisttandvården.

Patienter med särskilda behov

Sammanlagt berörs ca 510 patienter som har rätt till särskilt tandvårdsstöd av alternativ a och 594 i alternativ b. Uppdelat på ort är antalen följande: Hede 32, Föllinge 45, Hammerdal 36, Kälarne 87, Hoting 92, Gällö 129, Bräcke 213 och Myrviken 89. I alternativ c berörs 386 personer och i d 470. Denna patientgrupp är i behov av mer frekvent tandvård vilket innebär att avståndet kan bli av något större betydelse.

8.1.2 Konsekvenser för övriga patientgrupper

Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som region Jämtland Härjedalen bedömer lämplig.

Största delen av folktandvårdens vuxna revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. En följd av att vårdtiden ska öka successivt på kvarvarande kliniker är att fler vuxna patienter kan erbjudas "fullständig vård", vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet kan nyttjas på ett bra sätt för patienten. Tandvårdsförsäkringen har en spärr för behandlingstider över ett år då patienterna inte längre är berättigade till högkostnadsskydd och måste betala 100 procent av behandlingskostnaden upp till tretusen kronor för att bli berättigade till högkostnadsskydd på nytt.

8.2 Konsekvenser medarbetare

En förändring av arbetssätt och schemaläggning krävs för att få effektivare patientflöden när lokaltorna minskar. Teamarbetet ska utvecklas. En ökning av antalet tandhygienister och tandsköterskor totalt sett, kommer att behövas.

Bedömningen är att fler medarbetare kommer att få en längre resa till och från sin arbetsplats i jämförelse med idag. Arbetsgivaren har inte skyldighet till, eller förutsättningar för, att erbjuda resor till och från arbetet under arbetstid och/eller reseersättning för resa till och från arbetet. Av personalpolitiska skäl kan det bli tal om vissa övergångsregler för de medarbetare som erbjuds fortsätta sin anställning med för närvarande placering vid annan klinik än tidigare alternativt utökning till två kliniker. De medarbetare som arbetar på små kliniker idag kommer att få fler arbetskamrater och därigenom även ökat kollegialt utbyte/stöd. Sårbarheten vid frånvaro och

riskerna för ensamarbete minskar. Resor på grund av vakansproblematik mellan olika kliniker kommer minska vid större enheter.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster ökar när teamsammansättningen enligt föreslagen standard kan genomföras. Närmaste chef kommer att vara ”mer närvarande” än tidigare genom att antal arbetsställen minskar. Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik.

8.3 Konsekvenser ekonomi

Givet att allt annat är oförändrat ger klinikavvecklingen en minskning av nettokostnaderna, vilka består av en minskning av de fasta kostnaderna och en ökning av kostnaden för sjukreseersättning.

Effekt på nettokostnaderna för folktandvården av de olika alternativen (i tusen kronor)

Minskade kostnader för				Minskade fasta kostnader	Ökade kostnader för	Netto
	Hyror	Utrustning	Övriga fasta kostnader	Summa	Sjukreseersättning	Kostnadsminskning
a) Avveckling 7 kliniker inklusive Gällö	1 276	911	2 537	4 724	-340	4 384
b) Avveckling 7 kliniker inklusive Bräcke	547	911	2 516	3 974	-336	3 638
c) Avveckling 5 kliniker inklusive Gällö	790	631	1 934	3 355	-75	3 280
d) Avveckling 5 kliniker inklusive Bräcke	61	631	1 913	2 605	-70	2 535

För region Jämtland Härjedalen kommer det kvarstå driftskostnader för tomma lokaler, även när dessa är avskrivna, såvida inte regionen lyckas hyra ut eller sälja lokalerna. De ekonomiska effekterna efter att man tagit hänsyn till detta visas i följande tabell.

Ekonomiska konsekvenser för folktandvården respektive region Jämtland Härjedalen av de olika alternativen (i tusen kronor)

Alternativ: förändring av klinikstruktur i folktandvården	Netto kostnads- minskning folktandvården	Eventuellt kvarstående driftskostnader för regionens egenägda lokaler	Nettokostnads- minskning region Jämtland Härjedalen	<i>Engångs- kostnader vid nedläggning, omflyttning</i>
a) Avveckling 7 kliniker inklusive Gällö	4 384	- 456	3 928	-525
b) Avveckling 7 kliniker inklusive Bräcke	3 638	-626	3 012	-525
c) Avveckling 5 kliniker inklusive Gällö	3 280	-171	3 109	-375
d) Avveckling 5 kliniker inklusive Bräcke	2 535	-341	2 194	-375

Nettominskningen når inte i något av alternativen upp till det mål på 5 miljoner som fastslagits i *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning*. Det innebär att folktandvårdens verksamhet måste effektiviseras motsvarande skillnaden mellan målet på 5 miljoner kronor och minskningen av nettokostnader som blir följden av avvecklingen av tandvårdskliniker. Utslaget på alla de 38,7 team som folktandvården hade i utgångsläget 2013, innebär denna effektivisering en minimal förändring i alternativ a och krav på en betydligt högre besparing per team i alternativ d, vilket visas i följande tabell.

Krav på effektivisering/ökade intäkter per team

Strukturalternativ	Minskning nettokostnader	Krav på effektivisering av folktandvården motsvarande	Effektiviseringskrav per tandvårdsteam
Alt a minskning 7 kliniker inklusive Gällö	4 384 000	616 000	16 000
Alt b minskning 7 kliniker inklusive Bräcke	3 638 000	1 362 000	35 000
Alt c minskning 5 kliniker inklusive Gällö	3 280 000	1 720 000	45 000
Alt d minskning 5 kliniker inklusive Bräcke	2 535 000	2 465 000	64 000

Efter förändring av folktandvården i enlighet med något av alternativen, kommer klinikstrukturen i länet att se ut som i följande tabell.

Framtida klinikstruktur i Jämtlands län, efter val av något av alternativen.

Område (totalt antal patienter)	Nuläge	Alternativ a	Alternativ b	Alternativ c	Alternativ d
Härjedalen (5628)	Hede			Hede	Hede
	Funäsdalen	Funäsdalen	Funäsdalen	Funäsdalen	Funäsdalen
	Sveg	Sveg	Sveg	Sveg	Sveg
Åre/Krokom (11851)	Krokom	Krokom	Krokom	Krokom	Krokom
	Föllinge				
	Järpen	Järpen	Järpen	Järpen	Järpen
	Åre	Åre	Åre	Åre	Åre
Strömsund (6108)	Gäddede	Gäddede	Gäddede	Gäddede	Gäddede
	Hoting			Hoting	Hoting
	Hammerdal				
	Strömsund	Strömsund	Strömsund	Strömsund	Strömsund
Bräcke/ Ragunda (5899)	Bräcke	Bräcke		Bräcke	
	Gällö		Gällö		Gällö
	Kälarne				
	Hammarstrand	Hammarstrand	Hammarstrand	Hammarstrand	Hammarstrand
Campus/ Berg (15130)	Myrviken				
	Svenstavik	Svenstavik	Svenstavik	Svenstavik	Svenstavik
	Campus	Campus	Campus	Campus	Campus
Frösön/ Brunflo (13308)	Frösön	Frösön	Frösön	Frösön	Frösön
	Brunflo	Brunflo	Brunflo	Brunflo	Brunflo

9 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS

Vid diskussioner om förslag till förändring av folktandvårdsstrukturen, både vid politiska sammanträden och vid möten med medborgarna i länet, har ett antal frågor och farhågor lyfts. Detta kapitel innehåller analyser och försök att besvara dessa frågor.

Det står medborgarna fritt att välja vilken tandvårdsklinik man vill besöka i länet, vare sig den är privat eller en enhet inom folktandvården. Därför är det framför allt de val som medborgarna gör som kommer att påverka folktandvårdens verksamhet. Utgångspunkten för analysen är därför några scenarier - mer eller mindre sannolika. För varje scenario beskrivs folktandvårdens handlingsberedskap. Konsekvenser för regionens ekonomi, om något av scenarierna skulle inträffa, beskrivs i ett särskilt avsnitt.

9.1 Patientströmmar

Patientströmmar går inte att förutse i detalj. Med hjälp av medarbetarnas kännedom om upptagningsområdet kan nedanstående patientströmmar vara troliga. Såvida det inte försvåras av kommunikationer mm är bedömningen att många patienter väljer att följa sin nuvarande vårdgivare till den klinik han/hon flyttar till.

För de medborgare som reser med allmänna kommunikationer, tillmötesgår folktandvården redan idag, patienternas önskemål om tidbokning. Detta kommer i framtiden att bli ännu viktigare. Som nämndes i avsnitt 6.3.2 kan t ex medborgarna i Kälarne besöka kliniken i Hammarstrand med buss, under förutsättning att personalen på kliniken ser till att boka in dessa patienter under de två timmar på eftermiddagen som passar in mot busstidtabellen.

Enligt *Lagen om valfrihetssystem inom vård och omsorg* (LOV) har barn idag ingen rätt att välja vårdgivare utanför Jämtlands läns gränser, vilket gör att alla barn måste välja en klinik inom länet. Barn i Hotingområdet kan t ex inte välja att besöka tandvårdsklinik i Dorotea. De patientströmmar som kan ske för barnens del är att de väljer privat vårdgivare istället för folktandvården.

Kliniker	Möjliga rörelsemönster vuxna
Hoting	Patienterna kommer att erbjudas vård vid folktandvården i Strömsund. För <i>vuxna</i> patienter i Hoting finns även alternativet att åka till Dorotea. För patienter boende i Backeområdet kan även klinik i Ramsele vara aktuell.
Hammerdal	Patienterna kommer att erbjudas vård vid folktandvården Strömsund. Många patienter förväntas dock välja vårdgivare i Östersund.
Hede	Patienterna kommer att erbjudas vård vid folktandvården i Sveg och Funäsdalen. Det finns inget tydligt mönster för vilka val som kan vara aktuella. Redan idag väljer boende i Hede att få sin vård i Funäsdalen, Sveg, Östersund och privat.
Myrviken	Patienterna kommer att erbjudas vård vid

	folktandvården i Svenstavik. Beroende på var i området patienten bor kan andra alternativ vara Järpen och Östersund/Brunflo.
Kälärne	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården Hammarstrand och Bräcke. Bedömningen är att flertalet kommer välja Hammarstrand.
Bräcke	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården i Gällö. En viss strömning kan även ske mot Östersund p g a jobbpendling.
Gällö	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården Bräcke. Troligt är dock att många väljer Östersund p g a jobbpendling.
Föllinge	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården Krokom. Boende i området som gränsar mot Strömsunds kommun förväntas även välja Strömsund. En viss strömning kan även ske mot Östersund.

9.2 Om patienterna väljer andra folktandvårdskliniker

Frågan har ställts, om folktandvårdens kliniker i Östersund och på Frösön skulle klara av att ta hand om patienter från de kliniker som avvecklas, ifall **alla** patienterna från dessa kliniker väljer folktandvårdens kliniker i Östersundsområdet?

Det är visserligen troligt att en del av patienterna på avvecklade kliniker kommer att söka sig till kliniker i Östersund. Folktandvårdens egen bedömning är dock att det är mycket osannolikt att alla patienter kommer att göra ett sådant val.

Men, om så ändå skulle ske, kan folktandvården möta det ökade tandvårdsbehovet i Östersund genom att erbjuda medarbetare från de avvecklade klinikerna arbete i Östersund/Frösön istället för på de kliniker som enligt förslaget ska förstärkas. Med en förändrad teamsammansättning och ett nytt arbetssätt enligt den *framtida standarden*, samt utökade öppettider kan antalet vårdtimmar kraftigt ökas i Östersund eller på annan folktandvårdsklinik som får fler patienter.

Däremot kan det blir svårt att uppnå den framtida standarden på kliniker utanför Östersund, om inte tillräckligt många patienter följer med dit vid en avveckling eller om dessa kliniker inte lyckas skaffa andra patienter från det befintliga befolkningsunderlaget på orten.

9.3 Om patienterna väljer befintliga privata tandvårdskliniker

På begäran har en analys gjorts av vilka konsekvenserna skulle bli för folktandvården, på personal och ekonomi, om **alla** patienter som i dagsläget har sin tandvård på nedläggningshotad klinik – väljer att gå till privat vårdgivare eller till vårdgivare utanför Jämtlands län.

Först och främst är det viktigt att framhålla att den verksamhet som bedrivs inom folktandvården står sig mycket väl i relation till andra alternativ. Resultaten från patientenkäter och inte minst från diskussionerna vid de medborgarmöten som genomfördes i november-december 2014, visar

att folktandvårdens patienter är mycket nöjda med sin tandvård. Folktandvårdens verksamhet svarar väl upp mot flera kriterier för val av vårdgivare:

- Kvalitativ god vård
- Konkurrenskraftig prisnivå
- Bra öppettider och jourverksamhet
- Bra bemötande

Folktandvårdens bedömning är därför att det är mycket osannolikt att alla folktandvårdens patienter, på de kliniker som avvecklas, istället skulle välja privat vårdgivare. Skulle det ”rent hypotetiskt” ändå bli så att alla patienter väljer annan vårdgivare än folktandvården påverkar det bemanningsplaneringen, men folktandvården kan hantera det på flera olika sätt.

Inom folktandvården finns redan i dag vakanser i form av olika kompetenser på vissa kliniker. Personal som blir övertalig på en klinik som tappat patienter, kan erbjudas tjänst på en klinik med vakanser. Eventuell övertalighet i övrigt skulle till största del kunna hanteras med beaktande av kommande pensionsavgångar enligt nedan. Under förutsättning att medarbetare accepterar tjänstgöring på annan ort än tidigare, finns ingen omedelbar risk för att folktandvårdens medarbetare inte kan erbjudas fortsatt anställning.

Kommande pensionsavgångar:

År	Tandsköterskor	Tandhygienister	Tandläkare allmäntandvård
2014	3	2	4
2015	4	0	0
2016	6	1	1
2017	3	0	3
2018	5	0	2
2019	4	0	2
2020	6	2	1
2021	1	1	3
2022	10	2	2
Totalt	42	8	18

Det antal medarbetare som direkt berörs inom varje klinik redovisas nedan:

Tillsvidareanställda per den 1 dec 2014

Klinik	Antal tandsköterskor	Antal tandhygienister	Antal tandläkare	Kommentar
Hammerdal	2	0	1	
Hoting	2	1	1	
Kälarne	0	0	0	
Bräcke	0	0	0	
Gällö	3	1	2	
Myrviken	2	1	1	
Hede	3	0	0	1 tdl i Hede som eg. är anställd i Sveg
Föllinge	0	0	0	
Totalt	12	3	5	

Slutsatsen är att folktandvården i detta scenario inte ser någon risk för att få övertalighet, om samtliga patienter vid de kliniker som avvecklas lämnar folktandvården.

9.4 Om ny privat etablering uppstår på nedläggningsort

Något som är viktigt att lyfta fram är att de förhållanden, som motiverar att folktandvården vill förändra strukturen i länet, även gäller för privata aktörer. Ett litet patientunderlag försvårar för en privat aktör att kunna bedriva sin verksamhet med annat än en liten personalstyrka, något som innebär sårbarhet vid frånvaro. Också för en privat aktör är det svårt att få ekonomisk bärkraft med ett litet patientunderlag. Det innebär att sannolikheten för att privata etableringar sker på platser där folktandvårdens kliniker läggs ner i praktiken kan vara liten. I synnerhet på platser där region Jämtland Härjedalen redan i dagsläget inte har fast bemanning med tandläkare.

Trots det finns det risk för att ny privata etableringar görs på orter där klinik avvecklas. Från kliniken i Gällö har en anmälan lämnats in till region Jämtland Härjedalen om att personalen där vill ta över folktandvårdens klinik. På samma sätt som patienter ofta väljer att följa sin vårdgivare till en annan klinik, kan man anta att de väljer en vårdgivare som går över i privat regi.

I de fall befintlig personal tar över en klinik, kommer inte landstinget att få någon övertalig personal. För övrigt när det gäller risk för övertalighet bland personalen, blir svaret detsamma som i föregående avsnitt 9.3.

Ett privat övertagande av avvecklad klinik medför att det blir svårare att utöka patientunderlaget på den klinik som planeras utökas och därmed att uppnå den framtida standarden där.

9.5 Om medarbetare lämnar folktandvården

En förändring av den här storleken kan självklart skapa oro och särskilt på de kliniker som blir berörda av avveckling. Även på övriga kliniker kommer förändrade arbetssätt och utökade öppettider ställa andra krav på medarbetarna. Det finns ingen garanti, för att inte någon medarbetare väljer att lämna sin anställning hos folktandvården i samband med denna omstrukturering. Detta är dock en situation som folktandvården alltid lever med. Den viktigaste målsättningen med införande av den framtida standarden, är att folktandvården ska skapa en bättre arbetsmiljö, för att bli en mer attraktiv arbetsgivare och därigenom lättare kunna rekrytera personal till sina kvarvarande kliniker.

I denna utredning har följande bedömning gjorts: Risken är större att folktandvården inte kommer att kunna rekrytera personal i framtiden, om ingen omstrukturering görs nu, än risken för att folktandvården tappar medarbetare *på grund av* själva omstruktureringen.

9.6 Ekonomiska konsekvenser för regionen vid olika scenarier

Ovan beskrivna scenarier har flera gemensamma konsekvenser. En sådan är att region Jämtland Härjedalen i samtliga fall kommer att uppnå den beskrivna minskningen av nettokostnaderna², då kliniker avvecklas, även om patienterna inte följer med till de kliniker som föreslås utökas.

I det scenario, där alla patienter vid avvecklade kliniker väljer andra folktandvårdskliniker än de som enligt förslaget ska förstärkas, kommer folktandvården att behålla intäkter och personalkostnader som i nuläget. Däremot kommer man inte att kunna uppnå den *framtida standarden* på alla de kliniker som planerades förstärkas (t ex Hammarstrand och Bräcke alternativt Gällö). Problemet med små kliniker kvarstår i dessa fall. Vissa av de kliniker som ska förstärkas enligt förslaget är redan tillräckligt stora för att införa framtida standard (t ex Sveg) även utan avveckling av närbelägna kliniker.

I det scenario, där alla patienter vid avvecklade kliniker väljer privat vårdgivare, bedöms folktandvården inte få övertalig personal. Det innebär att både intäkter och personalkostnader kommer att minska i ungefär samma omfattning. Även i detta fall minskar dock möjligheten att uppnå den framtida standarden vid alla kliniker och det i högre grad än i det förra scenariot, eftersom patienterna vid de nedlagda klinikerna inte förstärker patientunderlaget för andra folktandvårdskliniker.

Region Jämtland Härjedalen har kvar ansvaret för att fånga upp riskbarn i tidig ålder 0-2 år och för den uppsökande verksamheten vid särskilda boenden. Kostnader och intäkter för dessa uppdrag blir i princip oförändrade. Kostnaderna för resor för den personal som besöker särskilda boenden bedöms öka marginellt, då avstånden mellan kliniker och säbon blir något längre.

10 ALTERNATIVET ATT INTE GÖRA NÅGON FÖRÄNDRING

Om folktandvården fortsätter som nu och inte försöker förändra strukturen, kommer detta att med tiden att få allt fler negativa konsekvenser.

Redan idag har folktandvården svårt att bemanna flera kliniker. Vakanser inom tandvården täcks för närvarande med ambulerande tandläkare. Om inte den nya framtida standarden kan införas för att förbättra arbetsmiljön, kommer svårigheterna att rekrytera personal kvarstå. Sårbarheten vid frånvaro och bristen på kollegialt utbyte kvarstår också.

Det blir svårare att införa den nya standarden även på de större kliniker som redan idag kan bemanna med minst två team, eftersom de tvingas hjälpa till att ambulera. På de små klinikerna blir det omöjligt.

Bristen på personal innebär att folktandvården kan tvingas prioritera bort tandvård till andra vuxna patienter än de som behöver akut vård eller är föremål för uppsökande och nödvändig tandvård. Oprioriterade vuxna patienter, är en viktig kategori som hjälper till att bära

² Minskning av nettokostnader = minskning av fasta kostnader + ökning av kostnader för sjukreseersättning

folktandvårdens fasta kostnader, något som alltså inte kommer att bli möjligt i samma utsträckning.

På de kliniker som inte kan införa den framtida standarden, tvingas folktandvården avstå från satsningar på vård utöver basutbudet och på utökade öppettider. Möjligheterna att effektivisera arbetssättet genom annan teamsammansättning, behandling i flera behandlingsrum samtidigt mm, begränsas också.

På lite sikt innebär det troligen, att flera av de kliniker som utreds i denna rapport, kommer att behöva avvecklas, helt enkelt därför att det blir omöjligt att upprätthålla verksamheten där. Denna risk gäller såväl de mindre som de större klinikerna i samma områden. Om inte folktandvården ute i länet längre har möjlighet att förse vuxna oprioriterade patienter med tandvård, kommer många av dem sannolikt att söka sig till både folktandvårdens kliniker i Östersund och privata kliniker, många av dem också i Östersund. På några års sikt kan man därför förvänta sig ett mindre utbud av tandvård ute i länet, en större koncentration mot Östersundsområdet och stigande kostnader för sjukreseersättning.

Med färre, fast stationerade medarbetare, blir det allt svårare att skapa både tid och ekonomiskt utrymme för utbildning, teknik- och metodutveckling. Risken finns att folktandvården inte kommer att kunna tillhandahålla en tandvård av senaste modell med högsta kvalitet.

Det är svårt att räkna ut några exakta ekonomiska konsekvenser av den här beskrivna utvecklingen. Men som en följd av att folktandvården kan tvingas prioritera bort vuxentandvård, kommer också intäkterna att minska. De fasta kostnaderna förblir dock oförändrade, så länge ingen klinik avvecklas. Personalkostnaderna minskar inte lika mycket som intäkterna, när fler vakanser uppstår. En del av personalbristen kommer troligen i ännu högre grad lösas med ambulerande tandläkare, något som medför extra kostnader. Sammantaget leder detta sannolikt till **en försämring av folktandvårdens resultat på mellan en och tre miljoner kronor de närmaste åren.**

11 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS AV ARBETSMILJÖN

När förändringar i verksamheten planeras ska en risk- och konsekvensanalys av arbetsmiljön genomföras. Syftet är att förhindra och motverka eventuella risker i den fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljön. Genom att planera och analysera innan förändringar genomförs ökar förutsättningarna för att skapa en bra arbetsmiljö. Alla faktorer i arbetsmiljön vägs in vid riskbedömningen. Medför förändringen risker för ohälsa eller olycksfall ska de åtgärdas. Arbetet sker i en arbetsgrupp som består av chef, medarbetare och skyddsombud. Risk- och konsekvensanalysen dokumenteras skriftligt och ska samverkas på arbetsplatsträff och centrumkommitté innan beslut fattas. Uppföljning av riskbedömning och handlingsplan ska ske för att se över att de åtgärder som planerats får den effekt som avses. Arbetet med risk- och konsekvensanalyser av arbetsmiljön startas upp på de områden/kliniker som berörs när beslut om framtida struktur är fattat.

12 MOBIL ENHET

I denna rapport ingår nedanstående förstudie om möjlighet att använda en mobil enhet för tandvård i Jämtlands län. En mobil enhet skulle kunna bli ett komplement när mindre kliniker avvecklas. En första bedömning visar att en mobil lösning svårligen klarar de krav som ligger till grund för denna utredning. Med en mobil lösning blir det ännu svårare att uppnå kravet på en förbättring av folktandvårdens resultat med 5 miljoner kronor. Dessutom försvåras bemanningsplaneringen, vilket gör det svårare för folktandvården att uppnå de effektiviseringar som ingår i den framtida standarden.

Därför bör lämpligen en eventuell mobil lösning för tandvård ingå i ett paket som handlar om utredningar av mobila lösningar inom hälso- och sjukvård samt tandvård, i den reviderade versionen av *Långsiktiga utvecklingsplanen för en god ekonomisk hushållning*

Som komplement till alternativ a och b skulle en mobil enhet kunna införskaffas. Syftet med den mobila enheten är att i första hand undersöka och behandla barn och ungdomar samt medborgare som har rätt till nödvändig tandvård. En mobil enhet ska vara utrustad för att kunna utföra tandvård enligt basutbud. Mobila enheten placeras på de orter där det bedöms vara lämpligt.

Det finns ett antal mobila lösningar inom landet vilka används på olika sätt. Koncepten för en mobil enhet är inte direkt överförbara till de i förhållanden som gäller för Jämtlands län, beträffande t ex befolkningsmängd, avstånd, vägstandard, väderlek, rekryteringsmöjlighet mm.

För att bedriva en mobil verksamhet i Jämtlands län måste förutsättningarna tydliggöras. Ett exempel på vilka frågeställningar som måste utredas följer i nedanstående punkter.

- Vilken typ av enhet är aktuell? Antal behandlingsrum, val av fordon som t ex en husvagn med ett behandlingsrum eller lastbilstrailer med två behandlingsrum.
- Tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning?
- Hur många orter ska den betjäna?
- Hur många dagar per år ska enheten bemannas och av vilka yrkeskategorier?
- Hur många patienter beräknas få sin behandling i den mobila enheten?

12.1 Erfarenheter från andra landsting

Gemensamma erfarenheter från andra landsting visar att de mobila enheterna blivit positivt mottagna på de orter, där de har verksamhet. Bemanningen sker vanligen från närmaste klinik och har i stora delar fungerat väl. Vården som utförts på de mobila enheterna är av ”enklare” art och kombineras i de fall det behövs med vård på stationär klinik. Verksamheten bedrivs ca 10 månader per år och ca fyra dagar/vecka. Dag fem används till service/underhåll av enheten. Under t ex vintermånaderna har verksamheten inte alltid varit i drift. För att verksamhet ska kunna bedrivas krävs iordningställd plats med el, vatten/avlopp, och IT anslutning. När enheten inte används i verksamheten måste stadigvarande uppställningsplats finnas. Platsen bör vara inomhus. Från vissa landsting framkommer att de försett enheten med larm, att väktare anlitas utifrån risk för skadegörelse.

Vem som är ansvarig för verksamheten och vem som sköter drift måste tydliggöras. De framhåller i sina synpunkter att en "drivande eldsjäl" behövs för att verksamheten ska upprätthållas.

12.1.1 Mobil enhet i Västernorrland

Den närmsta och senast uppstartade enheten finns inom folktandvården i Västernorrland där den införskaffades i samband med nedläggning av kliniker. Utredningen som föregick uppstarten i Västernorrland är genomgången i samband med framtagandet av denna rapport och delar av folktandvårdens ledning i Region Jämtland Härjedalen har mött folktandvårdens ledning i landstinget Västernorrland i denna fråga.

Enheten består av en inredd lastbil med ett behandlingsrum, steril, personalrum och väntrum. Enheten ställs upp utanför en skola varje vecka och de besöker sju orter, där kliniker lades ned 2009. På de platser där den mobila kliniken parkeras är det genomgående i anslutning till skolor utom på ett ställe där enheten står intill en vårdcentral, där den nedlagda kliniken låg. De orter där enheten är uppställd har uppställningsplatser iordningsställt för anslutning till vatten/avlopp, IT och el. Anslutningarna har bekostats av folktandvården.

I inledningsskedet har endast barn undersökts och behandlats i den mobila enheten. Tandregleringsbehandlingar har utförts på "moderkliniken", ej i den mobila enheten. Gymnasie-ungdomar går inte på den mobila enheten utan på de kliniker som passar dem bäst t ex Sundsvall, Örnsköldsvik osv. Enheten bemannas med personal från den klinik som ansvarar för barnen inom upptagningsområdet.

Två tandhygienister har utbildats för att köra och underhålla bilen. Kostnader tillkommer för övernattnings/resor samt lönetillägg/vecka för de tandhygienister som är driftsansvariga. I Västernorrland fattades beslut om utökade medel motsvarande 3,2 miljoner kronor till folktandvården för att täcka de kostnader som inköp och utrustning av mobil enhet innebar. Enheten startade upp under hösten 2013 och utvärdering kommer att göras i början av 2015.

För att kunna bedöma effekten av den mobila tandvårdsenheten avseende tandhälsa och ekonomi bör landstinget Västernorrlands utvärdering först granskas, vilket kan ske tidigast våren 2015.

12.2 Konsekvenser patienter

Alla som bor i Jämtlands län har rätt att få sjukresebidrag från region Jämtland Härjedalen för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan bli längre till närmaste klinik och till viss del kan antalet sjukresor öka. För patienter på de orter som får besök av en mobil enhet skulle det bli mindre konsekvenser för de prioriterade patientgrupperna.

12.2.1 Konsekvenser prioriterade grupper

Om en mobil enhet fanns tillgänglig för barn och för patienter med behov av nödvändig tandvård, skulle del av dessa patienter kunna erbjudas vård närmare sin hemort om ett antal kliniker avvecklas enligt förslagen i denna rapport.

Tillgängligheten till en mobil enhet är begränsad till vissa veckor under året, i och med att enheten ska användas på fler ställen i länet. Behov av tandvård under andra perioder innebär att patienter måste åka till närmaste klinik.

12.2.2 Konsekvenser övriga patientgrupper

Ingen tillgång till den mobila enheten är inplanerad för övriga grupper. För alla patienter utöver barn och de med behov av nödvändig tandvård blir alternativet detsamma som enligt alternativ a och b.

En konsekvens, om inte tillräckligt utrymme finns för vuxna patienter på kvarvarande klinik, är att ”mindre vårdinsatser” istället för ”fullständig vård” ges till många av de vuxna, vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet inte nyttjas på ett bra sätt för patienten.

12.3 Konsekvenser för folktandvårdens verksamhet

En mobil enhet kräver ”sin egen” organisation för att fungera - planering, drift/underhåll, bemanning, information till olika patientgrupper/boenden, skolor mm.

Liksom i de andra alternativen finns risk för att ”tappa” patienter till privattandvård. För folktandvårdens verksamhet kan patientens val av klinik/vårdgivare påverka framtida struktur då patientantalet vid varje klinik är avgörande för verksamhetens lönsamhet. Alternativet med mobil enhet innebär att verksamheten på den ordinarie kliniken minskar under de perioder som medarbetarna bedriver vård på den mobila enheten. De lokaler/utrustning som finns på den stationära kliniken nyttjas mindre under dessa perioder, d v s en form av stilleståndskostnad kommer då uppstå.

Risk finns även att medborgarna upplever att en mobil enhet är en försämring i relation till tidigare stationär klinik. Å andra sidan kan upplevelsen bli positiv om den mobila enheten kommer till orter där ingen klinik tidigare funnits. För folktandvårdens del gäller med alternativet *mobil enhet*, att marknadsföra dels den ”nya fasta ” kliniken som erbjuds och dels marknadsföra och informera om den mobila enhetens syfte, öppettider och placering på ett bra och professionellt sätt. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter.

I och med det ansvar som folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

Erfarenhet från andra landsting visar att intresset för att få sin vård i den mobila enheten minskar över tid. Då enheten inte alltid finns på plats när patienten har behov, söker man sig istället till en fast klinik där man sedan fortsätter att få sin tandvård.

12.4 Konsekvenser medarbetare

Två olika varianter kan vara aktuella.

- Fasta team som har den mobila enheten som sin huvudsakliga arbetsplats. Detta innebär att medarbetare kommer vara ute på "resande fot" under stora delar av året. Att resa mellan hemmet och den mobila enheten kommer inte vara möjligt varje dag utan övernattnings på annan ort kommer ske. Kostnader för traktamente/logi mm tillkommer med denna modell.
- Det andra sättet innebär att det blir upptagningsområdets klinik som ansvarar för vården på den mobila enheten. Ett team från närliggande klinik tjänstgör då på den mobila enheten under den period den är stationerad i området vilket innebär konsekvenser för den stationära klinik man lämnar.

Vid införskaffande av mobil enhet kommer resandet mest troligt att öka. Om dessa resor ska ske inom eller utom arbetstid och om de ska bekostas av arbetsgivaren eller inte avgörs av utifrån bemanningsmodell.

Liksom i alternativ a, b, c och d innebär alternativet *mobil enhet* att de medarbetare som idag arbetar på små kliniker kommer få fler arbetskamrater och därigenom även ökat kollegialt utbyte/stöd i och med större kliniker. Verksamheten vid den mobila enheten och på den klinik där bemanningen tillfälligt flyttas till den mobila enheten (om den bemanningsmodellen väljs) blir däremot sårbar vid frånvaro och risken för ensamarbete kommer då öka.

Chef för medarbetarna på den mobila enheten kan antingen vara resp. områdeschef om klinik i upptagningsområdet sköter bemanningen. Chefsfråga vid "fast" mobilt team behöver utredas

Båda bemanningsalternativen kräver att det finns utbildade chaufförer och driftsansvariga för enheten vilket kan skötas av antingen internt utbildade medarbetare eller genom externt anlita resurs.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster ökar om teamsammansättningen enligt standard kan genomföras. Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik, eller vid den mobila enheten.

Målet är att den framtida standarden med minst två team/klinik ska gälla. Valet av hur den mobila enheten ska drivas avgör dess bemanning.

Alternativ *mobil enhet* innebär att andra kliniker i närheten påverkas mer än i tidigare presenterade alternativ. Den mobila enheten innebär att patientmängden vid den stationära kliniken riskerar att bli för liten i relation till framtiden standard.

För planering och drift av den mobila enhet behövs minst 2 personer som har rätt körkorts-behörighet för enheten. Tekniskt stöd för utrustning/IT krävs också. Bemanningen i enheten baseras på att ett av teamen från närmsta klinik arbetar i mobila enheten under de perioder den är placerad i området/kommunen. Alternativet är att ha två fasta team som delar ansvaret för bemanningen i den mobila enheten under året.

12.5 Konsekvenser ekonomi

För att skapa en kalkyl för en mobil enhet i Jämtland måste förutsättningarna för kalkylen tydliggöras. Ett exempel på vilka frågeställningar som måste utredas följer i nedanstående punkter.

- Vilken typ av enhet är aktuell? Investeringskostnaden är mycket olika beroende på om det avser t ex en husvagn med ett behandlingsrum eller lastbilstrailer med två behandlingsrum.
- Hur många orter ska den betjäna? Ordningsställande av uppställningsplatser, transport- och uppställningskostnader är beroende av detta.
- Hur många dagar per år ska enheten bemannas och av vilka yrkeskategorier?
- Hur många patienter beräknas få sin behandling i den mobila kliniken och vilka patientgrupper. Är det vuxna betalande eller enbart barn. Behövs för att kunna beräkna förväntad effektivitet och finansiering.

Eftersom den mobila kliniken förväntas bemannas från någon av folktandvårdens kliniker innebär det också att en beräkning måste göras av vad effekten blir för den klinik som under vissa perioder avstår medarbetare till förmån för den mobila enheten. Kliniken får en kostnadsminskning genom att personal och materialkostnad överförs till den mobila kliniken, samtidigt tappar man intäkterna för de barn som istället är "listade" på den mobila kliniken. De medarbetare/team som ambulerar mellan en mobil och en stationär klinik kommer troligen att få en effektivitetsminskning p g a resor, ställtid vid byte av arbetsplats mm. Det är också troligt att kostnaden att utföra vård blir dyrare per patient då den framtida standarden med effektivare arbetssätt inte kan fullgöras i samma utsträckning. Det rör sig t ex om undersökningspass för barn, där tandläkaren med sitt team nyttjar dubbla behandlingsrum för att få effektiva flöden.

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



**Regler för planering och uppföljning enligt
Region Jämtland Härjedalens styrmodell**

VERSION: 4

ANSVARIG: Regionfullmäktige

Samordningskansliet

2014-12-17

Dnr: RS/101/2015

Mikael Ferm

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1	2013-03-13	Nyutgåva	Landstingsdirektör	2013-03-27
2	2014-04-16	Reviderad inför regionbildning		
3	2014-06-25	Reviderad inför regionbildning – efter remissrunda	Landstingsdirektör	2014-06-26
4	2014-12-17	Reviderad inför fullmäktigebeslut	Regionfullmäktige	2015-02-xx

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Regler	4
1.2	Styrmodellen	4
2	ANSVARSFÖRDELNING	4
2.1	Politisk styrning	5
2.2	Tjänstemannaledning	7
3	STYRDOKUMENT	7
3.1	Länsövergripande styrdokument	8
3.2	Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen	9
4	MÅL- OCH RESULTATOMRÅDEN.....	11
5	PERSPEKTIV	12
6	PLANERING OCH UPPFÖLJNING.....	13
6.1	Planeringsdokument.....	13
6.1.1	Planeringsförutsättningar	13
6.1.1	Behovsanalyser	14
6.2	Process för planering och uppföljning	14
6.2.1	Planering och beslut om styrdokument	15
6.2.2	Uppföljning	18
7	UPPSIKTSPLIKT	19
8	INTERNKONTROLL	19
9	SAMMANHÅLLANDE OCH EFTERARBETE.....	20
9.1	Sammanhållande	20
9.2	Registrering och diarieföring av styrande dokument.....	20
10	STÖDDOKUMENT I ARBETET MED STYRMODELLEN	20

1 INLEDNING

1.1 Regler

I Region Jämtland Härjedalen arbetar politiker och tjänstemän efter en gemensam styrmodell. De här reglerna redogör för hur styrmodellen fungerar och vilken ansvarsfördelning som gäller i det interna arbetet. Reglerna anger också för hur och när styrande dokument ska utformas, fastställas och följas upp. Reglerna ska följas av alla politiska organ och verksamheter i arbetet med att planera och följa upp verksamheten enligt styrmodellens principer.

Den styrmodell som beskrivs i det här dokumentet kommer att tillämpas fullt ut under 2015 i och med att Region Jämtland Härjedalen bildats. Styrmodellen utgår från den modell som gällt sedan 2013 inom Jämtlands läns landsting men har setts över och anpassats utifrån regionbildningen.

1.2 Styrmodellen

Att använda en gemensam styrmodell innebär att det finns en enhetlig, systematisk och tydlig struktur för hur regionen ska styras och följas upp. Syftet med styrmodellen är att uppfylla de politiska målen och säkerställa kvaliteten. Grundidén med styrmodellen innebär också att det ska finnas en röd tråd från visioner på politisk nivå till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå.

För att genomföra och konkretisera de politiska målen skapas olika styrdokument i form av policyer, planer och andra stöddokument. De utgör viktiga utgångspunkter i styrmodellen och ska följas av alla politiska organ och verksamheter.

2 ANSVARSFÖRDELNING

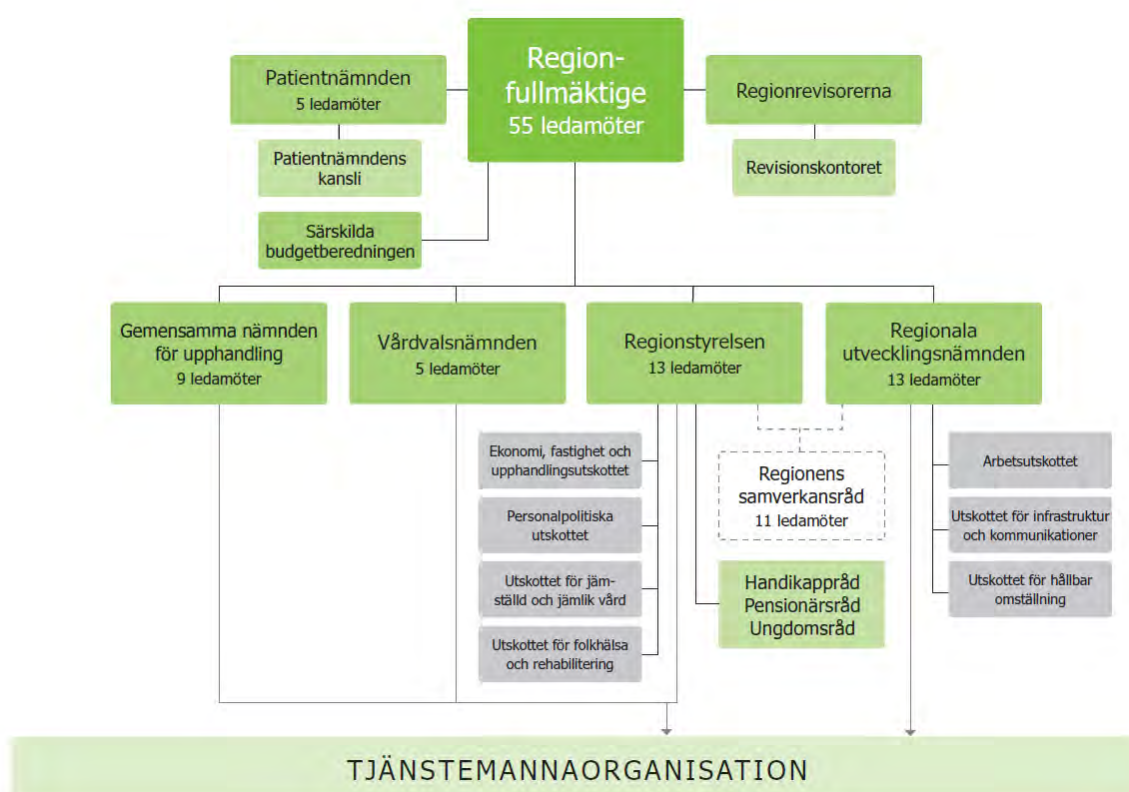
De förtroendevaldas uppgifter är att ange mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. Regiondirektör och högsta tjänstemannaledning ska se till att åstadkomma resultat i linje med de politiska uppdragen.

Regionstyrelsen, patientnämnden, regionala utvecklingsnämnden och revisionen har egna förvaltningar med en förvaltningschef. Regionstyrelsens förvaltning servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden och gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter.

2.1 Politisk styrning

De olika politiska organen arbetar mot samma mål men ansvarsfördelningen mellan dem gör att de har olika utgångspunkter i sin styrning:

Figur 1: Politisk organisation



- **Regionfullmäktige** är Region Jämtland Härjedalens högsta beslutande organ. Fullmäktige fastställer regionens övergripande vision och mål samt ekonomiska ramar och budget. Regionstyrelsen och de olika nämnderna har tillsammans regionfullmäktiges uppdrag att verkställa fullmäktiges beslut.
- **Regionstyrelsen** är regionens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela Region Jämtland Härjedalens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska se till att regionen uppfyller kraven på produktivitet, effektivitet och kvalitet. Inom styrelsens uppgifter ingår bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdvalsnämndens ansvar), samt att arbeta med frågor om folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.
- **Vårdvalsnämnden** ska med fokus på medborgarnas behov utföra beställning av hälso- och sjukvård samt tandvård enligt lagen om valfrihetssystem. Nämnden har också hand

om frågor som rör det reformerade tandvårdsstödet, lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.

- **Regionala utvecklingsnämnden** har hand om de regionala utvecklingsfrågorna i samverkan med hela länet, det statliga tillväxtuppdraget och fungerar som regional kollektivtrafikmyndighet samt har andra om andra kommunala uppdrag. Nämnden ska också arbeta med frågor om kultur, folkhälsa, klimat, energi och miljö, jämställdhet- och mångfald, forskning och utveckling samt internationella frågor ur ett regionalt perspektiv. Nämnden är också styrelse för folkhögskolorna. Utifrån sina uppgifter har nämnden både en beställar- och en utförarroll med fokus på medborgarnas behov, till exempel vad gäller infrastruktur, samt fokus på verksamheten utifrån nämndens utvecklingsansvar.
- **Patientnämnden** har fokus på patienter och anhöriga som råkat ut för problem i sjukvården och tandvården och som behöver hjälp och stöd. Nämnden ska också främja kontakterna mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Uppgifterna för **Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter** är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.
- **Revisorerna** är fullmäktiges och ytterst medborgarnas demokratiska instrument för granskning och kontroll av den verksamhet som bedrivs under regionstyrelsen, nämnder, fullmäktigeberedningar och företag.
- **Regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämndens utskott** arbetar med fördjupning, analys och framtidsbevakning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden. Syftet med det är att ge styrelsen och nämnden möjlighet att fördjupa sig i vissa områden. Det möjliggör också bättre underlag i sådana frågor där det behövs inför att de ska fatta beslut. Utskotten arbetar också med inspel till planeringsföresättningar, regionplanen och till styrelsens verksamhetsplan samt med behovsanalyser, jämställdhets- och jämlikhetsfrågor och miljöfrågor. De fungerar också som en fördjupad del av styrelsens och nämndens uppföljningsarbete med utgångspunkt från uppföljningsplaner. En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplanen och i styrelsens respektive nämndernas verksamhetsplaner.
- **Regionfullmäktiges särskilda budgetberedning** arbetar bland annat med att föreslå en samlad budget för den politiska organisationen samt utifrån fastställd ram fördela och omfördela budgeten till respektive politiskt organ.

I fastställd arbetsordning för regionfullmäktige och i fastställda reglementen för styrelse och nämnder finns mer information om uppgifter för de olika organen.

2.2 Tjänstemannaledning

Regiondirektören har det övergripande ansvaret för att verkställa politiskt fastställda mål för hela regionen, det vill säga både hälso- och sjukvård och regional utveckling. Det innebär att direktören har ansvar att bevaka att all verksamhet inom regionen bedrivs i enlighet med fastställda mål.

Regiondirektören ansvarar dessutom, i sin roll som förvaltningschef för styrelsens och vårdvalsnämndens förvaltning, för att politiskt fastställda mål och framgångsfaktorer som rör regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden verkställs. På motsvarande sätt ansvarar förvaltningschefen för regionala utvecklingsnämndens förvaltning respektive förvaltningschefen för patientnämndens förvaltning att de mål som fastställts i de två nämnderna verkställs. Chefer på nivåer under regiondirektören och förvaltningscheferna har på liknande sätt ansvar för att se till att övergripande mål verkställs inom de verksamheter de ansvarar för.

I sin roll som förvaltningschef ansvarar Regiondirektören också för tjänstemannastödet till regionstyrelsen, vårdvalsnämnden och gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter. Förvaltningschef för regionala utvecklingsnämndens förvaltning respektive förvaltningschef för patientnämndens förvaltning har motsvarande ansvar för tjänstemannastödet till regionala utvecklingsnämnden och patientnämnden.

Regiondirektören och förvaltningscheferna ansvarar också för de frågor som rör förvaltningen som har delegerats från regionstyrelsen och nämnderna enligt 3 kap 33 §§ kommunallagen. De uppgifterna finns i fastställda delegationsbestämmelser.

3 STYRDOKUMENT

Övergripande inslag i styrningen är de styrdokument som Region Jämtland Härjedalen arbetar med för att planera sin verksamhet.

Styrdokumentet kan delas in i två kategorier. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra *verksamheterna* inom Region Jämtland Härjedalen. I figuren nedan finns de dokumenten i triangeln (på kanten anges på vilken nivå respektive dokument upprättas). Dels finns också ett antal *länsövergripande dokument* som påverkar hela länets utveckling och som Region Jämtland Härjedalen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. Detta är de dokument som finns i rektangeln som balanserar på toppen i figuren. I praktiken har styrdokumentet, vart och ett, en självständig roll i styrningen men de utgör samtidigt ett bidrag till en helhet som det exempelvis i samband med årsredovisningen krävs ett samlat förhållningssätt till. Utöver de styrdokument som utarbetas inom regionen har regionen i sin styrning också att förhålla sig till lagstiftning, nationella och internationella riktlinjer och andra överenskommelser.

Figur 2: Styrmodellen



3.1 Länsövergripande styrdokument

De flesta länsövergripande dokumenten fastställs av regionfullmäktige. De har olika tidsperspektiv och riktar sig ofta till många aktörer, organisationer och myndigheter. När det gäller dessa styrdokument har regionen två roller dels att vara ansvarig och samordnande för framtagandet av dem tillsammans med länets övriga aktörer och dels mottagare och en av länets aktörer i genomförande av styrdokumentens verkställande.

Den regionala utvecklingsstrategin är det viktigaste styrdokumentet på denna nivå. Strategin fastställs i och med regionbildningen av regionfullmäktige och är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela länet. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och andra aktörer som driver och verkar

för utvecklingsfrågor. Därmed påverkar den också arbetet med de styrdokument som olika organisationer och myndigheter själva tar fram.

Andra exempel på länsövergripande dokument är det regionala tillväxtprogrammet, regionalt trafikförsörjningsprogram, Mål för gemensam Hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025, innovationsstrategi, klimatstrategi, kulturplan och ungdomsstrategi.

3.2 Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

- **Policyer och strategier**

Fastställs av regionfullmäktige. Policyer anger regionens värderingar och förhållningssätt till något och revideras vid behov. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras och gäller vanligtvis i tre år. Som styrmodellen är uppbyggd kommer de flesta strategier att fasas ut och göras om till handlingsplaner. Några strategier kommer dock att finnas kvar. De gäller framförallt de strategier som upprättas på nationell nivå eller i de fall där det finns nationella krav på att det ska finnas en strategi. Strategi för e-hälsa är exempel på en sådan.

- **Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP)**

Fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns beslut om att långsiktiga utvecklingsplaner ska finnas inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar. Planerna revideras vart fjärde år.

- **Regionplan**

Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller plan för verksamheten med strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod samt en budget för närmaste året. Utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Revideras varje år.

- **Verksamhetsplan med uppföljningsplan för regionstyrelsen, vårdvalsnämnden respektive regionala utvecklingsnämnden**

Fastställs av respektive nämnd eller styrelse men ska anmälas till regionfullmäktige.

Innehåller framgångsfaktorer kopplat till strategiska mål i regionplanen.

Framgångsfaktorerna markerar vad respektive nämnd eller styrelse bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige har beslutat om.

En ny upprättas varje år.

- **Verksamhetsplan för Regiondirektören**

Med vägledning av framgångsfaktorer i regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsplaner identifierar regiondirektören i sin verksamhetsplan strategiskt prioriterade utvecklingsområden för regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamheter i form av mål. Målen ska driva på och markera behovet av utveckling.

Dessutom fastställer regiondirektören resultatmått som tillsammans med målen ska bidra till en väl underbyggd värdering av måluppfyllelsen för respektive övergripande mål. För de flesta resultatmått finns både årliga delmål samt ett slutligt mål för planperioden. Regiondirektörens verksamhetsplan fastställs av regiondirektören och gäller för tre år men revideras varje år.

- **Verksamhetsplan för förvaltningschefer för nämndernas förvaltningar¹**

Gäller för respektive nämnds verksamhet och fastställs av förvaltningschef men ska anmälas till ansvarig nämnd. På samma sätt som i regiondirektörens verksamhetsplan så ska förvaltningschefernas verksamhetsplaner konkretisera respektive nämnds framgångsfaktorer och innehålla strategiskt prioriterade utvecklingsområden i form av mål. Målen ska driva på och markera behovet av utveckling för respektive verksamhet. Planerna ska också innehålla resultatmått som tillsammans med målen ska bidra till en väl underbyggd värdering av måluppfyllelsen för respektive övergripande mål. För de flesta resultatmått finns både årliga delmål samt ett slutligt mål för planperioden. Förvaltningscheferna fastställer själv sina egna verksamhetsplaner men de ska anmälas till berörd nämnd. Planen gäller för tre år men revideras varje år

- **Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och för områdena inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning**

Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning fastställs av regiondirektören. I regionala utvecklingsförvaltningen finns ingen centrumnivå. Där fastställs områdenas verksamhetsplaner av förvaltningschef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan (centrumen) och förvaltningschefens verksamhetsplan (områdena).

- **Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning**

Fastställs av närmaste högre linjechef i december. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens och centrumens verksamhetsplaner samt från övergripande handlingsplaner.

- **Övergripande handlingsplaner**

Övergripande handlingsplaner upprättas för områden som särskilt behöver fokuseras på. Handlingsplanerna kan finnas på två nivåer, dels handlingsplaner som upprättas för Region Jämtland Härjedalens verksamheter, dels handlingsplaner som upprättas inom det regionala utvecklingsområdet och som gäller för regionen och Jämtlands län som helhet. Merparten av handlingsplanerna tillhör den första kategorin och upprättas för verksamheterna. För närvarande (år 2015) finns det cirka 18 sådana planer, bland annat för miljö, tillgänglighet och jämställdhet.

¹ Gäller förvaltningschefer för Regionala utvecklingsnämndens och Patientnämndens förvaltningar. Vårdsnämnden och Gemensamma nämnden har inga egna förvaltningar och deras verksamheter omfattas av regiondirektörens verksamhetsplan.

Handlingsplanerna beskriver vad som ska göras kopplat till mål i regionplan och styrelsens/nämndernas verksamhetsplaner och till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år. Det är regiondirektören eller berörd förvaltningschef som bestämmer vilka handlingsplaner som ska upprättas samt fastställer dem.

4 MÅL- OCH RESULTATOMRÅDEN

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

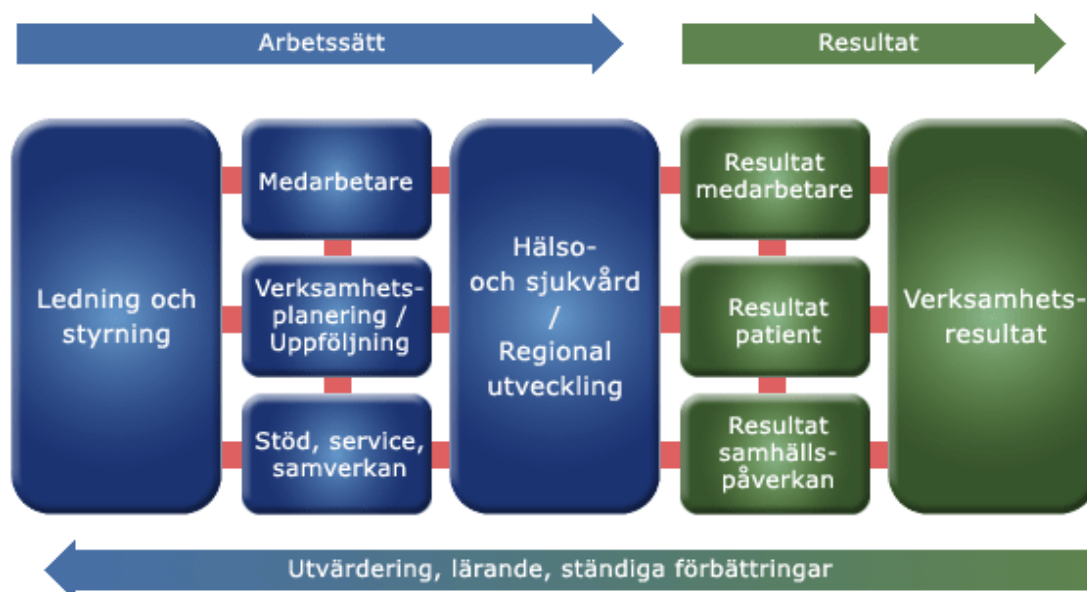
- ✓ Målområde samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra och omfattar exempelvis mål om folkhälsa, miljö och regional utveckling.
- ✓ Målområde patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård och omfattar exempelvis mål som handlar vårdens utveckling, medicinsk kvalitet och arbetssätt inom vården.
- ✓ Målområde medarbetare ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, delaktighet och engagemang samt arbetsmiljöfrågor om omfattar exempelvis mål om arbetsmiljö, lärande och förnyelse.
- ✓ Målområde verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och omfattar exempelvis effektiva processer och ekonomiska/finansiella mål.

I ledningssystemet framgår regionens övergripande ”ramverk” med lagar och styrdokument som alla verksamheter har att förhålla sig till. Till exempel policyer och planer men även rutiner, vårdprogram med mera. I ledningssystemet finns också olika redovisande dokument, till exempel årsredovisningar, ekonomirapporter, verksamhetsberättelser och protokoll.

Ledningssystemet är uppdelat i lednings-, kärn- och stödprocesser som beskriver hur organisationen ska arbeta och vilka resultat det ger utifrån uppsatta målområden.

Figur 3 nedan visar hur ledningssystemet är uppbyggt. De övre pilarna visar arbetssätt (”regionens sätt att arbeta”) samt vilket resultat det ger utifrån uppsatta mål. Den undre pilen anger utvärdering, lärande, ständiga förbättringar och beskriver hur regionen ska arbeta för att utveckla och ständigt förbättra verksamheten.

Figur 3: Regionens modell för lednings- och verksamhetsutveckling



I ledningsprocesser ingår Ledning och styrning samt Verksamhetsplanering, i stödprocesserna ingår Medarbetare, Administrativ- och medicinskt stöd samt Service. Hälso- och sjukvård och Regional utveckling är regionens kärnprocesser. Till ledningssystemet hör också rutiner, beskrivningar, förteckningar och blanketter med mera som hänvisas till från grunddokumenten.

5 PERSPEKTIV

Inom Region Jämtland Härjedalen finns genom politiska beslut eller i specifika policyer ett antal perspektiv som alltid ska tas hänsyn till när beslutsunderlag upprättas. Perspektiven finns beskrivna nedan och ska beaktas i alla arbeten med att ta fram styrdokument med mål och aktiviteter för verksamheterna, oavsett nivå.

- **Jämställdhets- och jämlikhetsperspektivet.**

Det handlar bland annat om att utifrån regionens policy om jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft ta hänsyn till hur olika bakgrundsvariabler påverkar kvinnor, män, flickor och pojkars olika förutsättningar. Exempel på bakgrundsvariabler är ålder, ekonomisk status, utbildningsnivå, funktionsnedsättning, kulturell bakgrund, religiös tillhörighet eller annat

- **Barnperspektivet**

Med ett barnrättsperspektiv menas hänsyn till barnets mänskliga rättigheter och att barnets rättigheter säkerställs i åtgärder eller vid beslut som rör barn. Det handlar bland annat om att beakta barnets utveckling samt rätt till liv och hälsa och uppmärksamma och överväga barnets bästa, både på lång och kort sikt.

- **Miljöperspektivet**

Det handlar om att styrdokumentet ska innehålla en beskrivning över hur mål och aktiviteterna avser att förverkliga regionens arbete med att minska både den indirekta och direkta negativa miljöpåverkan samt öka insikten om sambandet mellan miljö, hälsa, jämställdhet och jämlikhet.

- **Konsekvensanalys**

Alla styrdokument ska innehålla beskrivningar av vilka konsekvenser aktiviteterna kan få, bland annat utifrån ett ekonomiskt och ett verksamhetsmässigt perspektiv.

För att läsa mer om hur de olika perspektiven ska användas vid upprättande av styrdokument finns särskilt utarbetade rutiner.

6 PLANERING OCH UPPFÖLJNING

6.1 Planeringsdokument

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

- Planeringsförutsättningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter om resultat och ekonomi och Årsredovisningar
- Uppföljningsplan med sammanträdesplanering för respektive styrelse och nämnd
- Behovsanalyser – tas fram på begäran med specificerat ändamål/inriktning

6.1.1 Planeringsförutsättningar

Innan arbetet med regionplanen påbörjas upprättas ett dokument med planeringsförutsättningar för nästkommande år som fastställs av regionstyrelsen i januari och informeras om till regionfullmäktige i februari månad. Dokumentet ska redovisa de förutsättningar som är viktiga för regionen att utgå ifrån när verksamheten för den kommande treårsperioden ska planeras. Planeringsförutsättningarna utgör grunden för regionens mål i de olika verksamhetsplanerna som tas fram inför nästkommande år.

Valet av vad som belyses i planeringsförutsättningarna utgår från att beskriva den verklighet som råder i länet och som har betydelse för regionens verksamheter. I det ingår att peka på aspekter som är viktiga att ta hänsyn till i planeringsarbetet, exempel det som håller på att förändra sig, problem, nyheter och krav som åläggs regionen.

Dokumentet ska innehålla en sammanställning av kända fakta, till exempel framtidsanalyser, statistik, rapporter, forskning och personalstrategiska frågor. I det arbetet ska också viktiga perspektiv från de länsövergripande styrdokumenterna beaktas. Planeringsförutsättningar ska också innehålla de inspel och underlag som inkommit från nämnder, utskott och centrum/förvaltning.

- **Ansvarig:** På politisk nivå är det den politiska styrgruppen för regionplanen som ansvarar för planeringsförutsättningarna. Dialog om planeringsförutsättningar inför kommande år inleds under hösten. Regionstyrelsens och regionala utvecklingsnämnden inkommer med inspel till planeringsförutsättningarna under hösten.

På tjänstemannanivå ansvarar Planerings- och beställarstaben för att samordna arbetet. Alla ledningsstaber inom regionstyrelsens centrum för lednings- och verksamhetsstöd och områden inom regionala utvecklingsnämnden kan bli berörda beroende på sökt fakta och analysområde.

6.1.1 Behovsanalyser

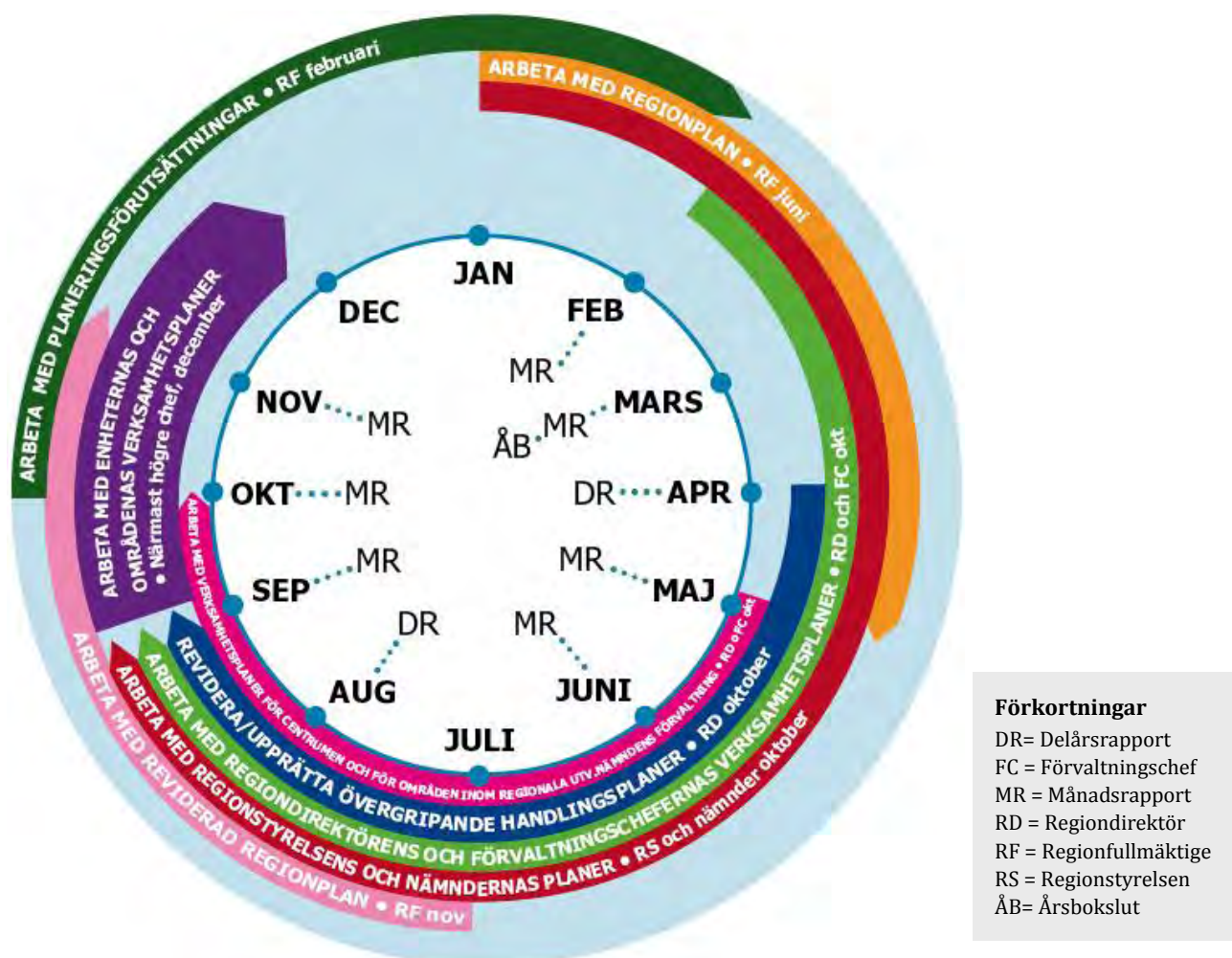
Av olika skäl kan särskilda behovsanalyser behöva göras. De ska då vara preciserade och ske för ett visst syfte och med utpekad uppdragsgivare. Behovsanalyser kan aktualiseras av en politiskt organ eller gruppering när som helst.

6.2 Process för planering och uppföljning

För att verkställa grundidén med styrmodellen om att det ska finnas en röd tråd från de övergripande målen till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå sker planeringsarbetet med de olika dokumenten parallellt. Figuren på nästa sida redogör för processen med att planera, besluta och följa upp styrdokument. Varje pil visar när arbete med ett styrdokument (exempelvis regionplanen) börjar och när det fastställs av slutlig instans.

Figuren omfattar inte de länsövergripande dokumenten.

Figur 4: Planering, beslut och uppföljning



6.2.1 Planering och beslut om styrdokument

- **Länsövergripande styrdokument**

Processen för hur de länsövergripande styrdokumenten upprättas och följs upp ser olika ut beroende på vilket dokument det handlar om och vilken varaktighet dokumentet har. Gemensamt för samtliga dokument är att andra aktörer, exempelvis kommuner, länsstyrelse och berörda företrädare för offentlig sektor, utbildningsområdet och näringsliv deltar i processen att upprätta dokumenten. I arbetet beaktas även lagstiftning samt nationella och internationella riktlinjer. De flesta länsövergripande styrdokument revideras löpande och även under den processen är andra aktörer delaktiga.

I samband med revideringar och upprättande av länsövergripande styrdokument ska det den mån det är möjligt göras avstämningar i pågående arbetsprocesser med övergripande styrdokument för Region Jämtland Härjedalens organisation.

- **Regionplan**

Arbetet med regionplanen pågår under hela året och omfattar flera processer.

Skrivelser från nämnderna om deras förutsättningar

I samband med att nämnderna upprättar och beslutar om sina verksamhetsplaner under hösten för kommande år ska de formulera och fastställa en skrivelse till regionstyrelsen om sina förutsättningar inför ännu nästa år. Det är ett inspel inför arbetet med planeringsförutsättningar, verksamhetsplan och budget.

Centrumens (RS) och områdenas (RUN) förutsättningar

På samma sätt som nämnderna ska även förvaltningarnas centrum eller områden formulera en skrivelse till styrelsen eller berörd nämnd om sina förutsättningar inför ännu nästa år. Det är deras inspel inför direktörens/förvaltningschefernas samt styrelsens och nämndernas budgetarbete och övrigt arbete med verksamhetsplaner.

Utskottens inspel

Utskotten arbetar under året med fördjupning och analyser inom olika strategiska frågor kopplat till mål i verksamhetsplaner. På hösten ska de inkomma med inspel inför arbetet med planeringsförutsättningar, regionplan och verksamhetsplan till styrelsen respektive regionala utvecklingsnämnden.

Vision, mål och ekonomiska ramar

Arbetet med avsnitten om vision, mål och ekonomiska ramar pågår under perioden februari-maj. Beslut fattas av Regionfullmäktige i juni. Inför att regionfullmäktige ska besluta om en reviderad plan i november görs en översyn och ett revideringsarbete av planen under hösten. Den reviderade planen ska omfatta nya förutsättningar, exempelvis ekonomiska och beslutas av fullmäktige i november.

Ansvarig: På politisk nivå är det den politiska styrgruppen för regionplanen som ansvarar för arbetet med regionplanen. Ansvariga tjänstemän är planeringschef och ekonomidirektör.

- **Regionstyrelsens verksamhetsplan**

Regionstyrelsens verksamhetsplan parallellplaneras med regionplanen. Arbete pågår under perioden februari till september. Strategisk planering och mål hanteras i den politiska styrgruppen för regionplanen under april till september. Beslut tas i regionstyrelsen i oktober/november.

Ansvarig: På politisk nivå är det den politiska styrgruppen för regionplanen som ansvarar för arbetet. Ansvariga tjänstemän är planeringschef och ekonomidirektör.

- **Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan**

Parallellplanering sker med regionplan under perioden februari till september. Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden i oktober.

Ansvarig: På politisk nivå är det arbetsutskottet som ansvarar för arbetet. Ansvarig tjänsteman är förvaltningschef

- **Vårdvalsnämndens verksamhetsplan**

Parallellplanering sker med regionplan men verksamhetsplanen måste också parallellplaneras med förfrågningsunderlaget inför Hälsovalet som fastställs i juni. Strategisk planering och mål hanteras i vårdvalsnämndens presidium under april till september. Beslut om verksamhetsplanen tas i oktober.

Ansvarig: På politiskt nivå är det nämndens presidium som ansvarar för arbetet. Ansvariga tjänstemän är Planeringschef och Chef för beställarenheten

- **Verksamhetsplan för regiondirektören**

Parallellplanering med regionstyrelsens verksamhetsplan sker under perioden februari till oktober. En första avstämning sker i januari/februari. Ett utkast delges till centrumchefer i maj så att de kan använda det som underlag i sitt planeringsarbete. Verksamhetsplanen beslutas av regiondirektören i oktober.

Ansvarig: Regiondirektör, Planeringschef, Kanslichef och Hälso- och sjukvårdsdirektör

- **Verksamhetsplan för förvaltningschef för regionala utvecklingsnämndens förvaltning**

Parallellplanering sker med regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan under perioden februari till oktober. Utkast delges till berörda chefer i maj så att de kan använda det som underlag i sitt planeringsarbete. Verksamhetsplanen beslutas förvaltningschef i oktober.

Ansvarig: Förvaltningschef

- **Centrumens verksamhetsplaner –** Parallellplaneras med regiondirektörens verksamhetsplan och fastställs av Regiondirektören som uppdrag i november.

Ansvarig: Respektive centrumchef

- **Områden/enheternas verksamhetsplaner –** Parallellplaneras med centrumens verksamhetsplaner och fastställs av respektive centrumchef i december.

Ansvarig: Respektive chef

- **Övergripande handlingsplaner för regionstyrelsens verksamhetsområde**

De övergripande handlingsplaner som upprättas för Region Jämtland Härjedalen fastställs av regiondirektören under oktober månad. Gällande handlingsplaner revideras under perioden maj till september och parallellplaneras med regiondirektörens verksamhetsplan.

Stabschefer och centrumchefer får under maj och december månad en redovisning om måluppfyllelse och bedömda förändringar inför revidering av handlingsplaner.

Handlingsplaner kan hanteras olika utifrån vilket område handlingsplanerna omfattar. När de här riktlinjerna fastställs finns endast övergripande handlingsplaner inom regionstyrelsens verksamhetsområde. De handlingsplanerna ingår i regiondirektörens verksamhetsplan. Målen i handlingsplanerna, tillsammans med övriga mål i direktörens verksamhetsplan, tydliggör vilka prioriteringar som ska gälla för kommande år.

Rutiner för hur övergripande handlingsplaner inom övriga verksamhetsområden ska hanteras kommer att utarbetas när den nya politiska organisationen är på plats.

Ansvarig: Centrumchef eller stabschef inom centrum för lednings- och verksamhetsstöd

6.2.2 Uppföljning

Den kontinuerliga uppföljningen av verksamheten och måluppfyllelse sker genom månadsrapporter, delårsbokslut per april och augusti samt årsbokslut till styrelse och nämnder. Regionfullmäktige behandlar delårsbokslut och årsbokslut. Samtliga uppföljningar inkluderar en ekonomisk helårsbedömning. Olika tematiska uppföljningar integreras i boksluten, till exempel uppföljning av regiondirektörens verksamhetsplan samt uppföljning av uppdrag och överenskommelser.

Regionstyrelsen och nämnderna följer upp sina verksamheter enligt de uppföljningsplaner som ingår i deras verksamhetsplaner. Uppföljningsplanerna anger vilka verksamheter som ska följas upp under året och när uppföljningen ska genomföras. Regionstyrelsen och nämnderna ska också vid varje fullmäktigesammanträde ge en information om sina uppdrag och verksamheter. I regler för regionstyrelsens uppföljningsansvar och uppsiktsplikt (LS/1734/2014) framgår hur styrelsen arbetar utifrån sitt uppföljningsansvar.

Fullmäktiges presidium ansvarar för uppföljning av policyer, strategier och långsiktiga utvecklingsplaner.

På förvaltningsnivå sker uppföljning av verksamhetsplaner kontinuerligt i ledningsgrupper. Uppföljning av övergripande handlingsplaner sker i delårsbokslut och till ledningsgrupperna genom särskilda redovisningar. Stabschefer och centrumchefer får under maj och december månad en redovisning om måluppfyllelse och bedömda förändringar inför revidering av handlingsplaner.

För att säkerställa att ledningssystemet fungerar genomförs fyra gånger per år ledningens genomgång med redovisningar för ingående delar.

7 UPPSIKTSPLIKT

Utifrån kommunallagen 6 kap 1 § ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens eller landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16 a – 18 b §§ och sådana kommunalförbund som kommunen eller landstinget är medlem i. (Lag (2014:573).

Uppsiktsplikten innebär att styrelsen har en särställning bland nämnderna och ska ha en övergripande kontroll över verksamheten. Den garanterar också att nämnder, egna bolag (och styrelse) bedriver verksamheten i enlighet med regionfullmäktiges mål och riktlinjer, att lagar och förordningar efterlevs samt att den ekonomiska förvaltningen är effektiv och säker. Styrelsen har rätt att göra påpekanden samt lämna råd och anvisningar om nämnders och egna bolags verksamheter. Dock har styrelsen ingen laglig rätt att besluta om verksamhet som nämnden har ansvar över.

Syftet med uppsiktsplikten är att styrelsen ska ha en övergripande kontroll över verksamheterna och återsrapportera till fullmäktige om verksamheternas utveckling. I de regler för styrelsens uppföljningsansvar och uppsiktsplikt (LS/1734/2014) framgår hur styrelsen arbetar utifrån uppsiktsplikten. Reglerna innebär bland annat att skriftliga analyser som bygger på förbestämda frågor ska redovisas till styrelsen med förslag på eventuella åtgärder.

8 INTERNKONTROLL

Utöver ordinarie uppföljning kompletteras regionstyrelsens och nämndernas uppföljningsplaner av separata internkontrollplaner som fastställs i november varje år. Sådana upprättas för att styrelsen och nämnderna ska ha möjlighet att genomföra ytterligare kontroller för att säkerställa att verksamheten når sina mål, följer regler och att eventuella risker på vägen dit minimeras. Internkontroll har också ett förebyggande syfte och skapar en trygghet för de anställda.

Internkontroll handlar om att ha ordning och reda, att veta att det som ska göras blir gjort och att det sker på ett effektivt och säkert sätt. Den process som omfattar intern kontroll syftar till att försäkra sig om målen uppfylls inom följande kategorier:

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

Internkontrollen bygger på gjorda risk- och konsekvensanalyser och utgår från styrelsens eller nämndens verksamhetsplan. Valda riskområden följs upp och redovisas två gånger per år. Styrelsen beslutar därefter om eventuella åtgärdsplaner utifrån gjorda redovisningar. I Regionstyrelsens internkontrollreglemente (LS/1477/2014) regleras arbetet med internkoll.

9 SAMMANHÅLLANDE OCH EFTERARBETE

9.1 Sammanhållande

Samordningskansliet inom regionstyrelsens förvaltning ansvarar för att styrmodellen är tydlig och att den används i det dagliga arbetet. I det uppdraget ingår att tillhandahålla dokument som beskriver hur regionen ska arbeta med de interna processerna kring ledning och styrning samt ärendeberedning och dokumenthantering. Samordningskansliet är också sammanhållande för arbetet med regionplanen, styrelsens, vårdvalsnämndens och regiondirektörens verksamhetsplaner, uppföljningsplaner och internkontrollplaner. Regionala utvecklingsnämndens förvaltning är sammanhållande för regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan och övriga verksamhetsplaner som utarbetas inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning.

Samordningskansliet ansvarar för att samtliga styrande dokument publiceras i ledningssystemet och återfinns på Insidan.

9.2 Registrering och diarieföring av styrande dokument

Styrande dokument hanteras och diarieförs i ärendehanteringssystemet Platina med undantag av de som får hanteras i dokumenthanteringssystemet Centuri. I regionens Rutin för dokumenthantering och ärendeberedning framgår när vilket respektive system ska användas. Där framgår också vilka rutiner som gäller för arkivering. För att de styrande dokumenten ska vara sökbara är det viktigt att de döps på ett enhetligt sätt, både i dokumentet och i det ärende- eller dokumenthanteringssystem som de registreras i. I respektive rutin finns anvisningar för vad som gäller för respektive dokument.

10 STÖDDOKUMENT I ARBETET MED STYRMODELLEN

Dokumenthanteringsregler (LS/1854/2013)

Rutin för ärendeberedning och dokumenthantering (LS/394/2013)

Regler för styrelsens uppföljningsansvar och uppsiktsplikt (LS/1734/2014)

Regionstyrelsens internkontrollreglemente (LS/1477/2014)

Mall för Policy och Riktlinjer för upprättande av policy (LS/1595/2012)

Mall för långsiktiga utvecklingsplaner (LS/1793/2012)

Rutin och Mall för upprättande av övergripande handlingsplaner (LS/1594/2012)



Planeringsförutsättningar 2016-2018

Planeringsförutsättningarna för 2016-2018 innehåller en beskrivning av kända faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i i Region Jämtland Härjedalens planeringsarbete. Exempelvis aktuell statistik, förändringar i lagar, problemområden och nationella rapporter. Planeringsförutsättningarna innehåller också särskilda avsnitt från centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och från och regionala utvecklingsförvaltningen om deras förutsättningar och framtidsbilder.

VERSION 2015-01-13

DNR:RS/79/2015

BESLUTAD AV: REGIONSTYRELSEN 2015-01-XX

GILTIG FRÅN OCH MED:

ÄGARE: REGIONSTYRELSEN

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



Innehåll

PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 2016-2018.....	3	REGIONSTYRELSENS FÖRVALTNING	41
POLITISK ORGANISATION OCH STYRNING	4	Centrum primärvård	41
STYRMODELL	6	Centrum opererande specialiteter	42
PLANERINGSPROCESS FÖR REGIONENS STYRDOKUMENT	9	Centrum medicinska specialiteter	43
SAMHÄLLE	11	Centrum barn, kvinna och psykiatri	44
Det regionala utvecklingsuppdraget	12	Centrum diagnostik, teknik och service	47
Länets befolkningsutveckling och socioekonomi.....	14	Centrum folktandvård	48
Folkhälsa	17	FÖRVALTNINGEN FÖR REGIONAL UTVECKLING	49
Miljöarbetet	21	EKONOMI	53
Inspel från fullmäktigeberedningar utifrån genomförda medborgardialoger.....	23	Skatteintäkter, utjämningsbidrag samt specialdestinerade statsbidrag	54
PATIENT	25	BILAGOR.....	57
Hälso- och sjukvården	26	Bilaga 1: Policyer och andra fastställda styrdokument	58
Patientnämndens ärenden	31	Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål	61
Vårdval och privata vårdgivare	32	Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna	62
Tandvård	33	Bilaga 4: Öppna jämförelser i överblick	66
MEDARBETARE	34		
Attraktiv arbetsgivare	35		
Forskning, utveckling och utbildning.....	38		
VERKSAMHETSRESULTAT.....	39		

Planeringsförutsättningar 2016-2018

Planeringsförutsättningarna för åren 2016-2018 ger underlag för regionens övergripande mål som ska fastställas i regionplanen och i regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner. De är också utgångspunkter för mål och resultatmål i regiondirektörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner.

Syfte och innehåll

Syftet med planeringsförutsättningarna är att redogöra för kända faktorer som är viktiga att ta hänsyn till när Region Jämtland Härjedalens verksamheter ska planeras. Faktorerna finns beskrivna under olika områden. Områdena tar sin utgångspunkt från Region Jämtland Härjedalens verksamheter samt regionens vision, värdegrund och verksamhetsidé och de nuvarande mål som finns (se regionplan 2015-2017).

Planeringsförutsättningarna är starten på arbetet med regionplan 2016-2018 som kommer att pågå under våren 2015. Under våren kommer ytterligare dokument som är av vikt för det arbetet att utarbetas. Till exempel årsredovisning, personalbokslut, analyser av öppna jämförelserna som summerar 2014 och en analys av lärdomar utifrån de mål, handlingsplaner och aktiviteter som prioriterats.

Frågeställningar som beaktas

I arbetet med att beskriva de olika områdena har följande beaktats:

- Hur verkligheten ser ut just nu, till exempel utifrån statistik.
- Rapporter, enkäter och fördjupningar som finns att ta hänsyn till.
- Viktiga förändringar som har genomförts eller ska genomföras närmsta tiden, till exempel utifrån politiska beslut, lagstiftning och nationella riktlinjer.
- Problem- och utvecklingsområden.
- Omständigheter som åläggs regionen utifrån nationella beslut med mera.

Områden som finns beskrivna

Inledningsvis redovisas följande områden:

- **Politisk organisation och styrning**
- **Styrmodell**
- **Planeringsprocess för regionens styrdokument**

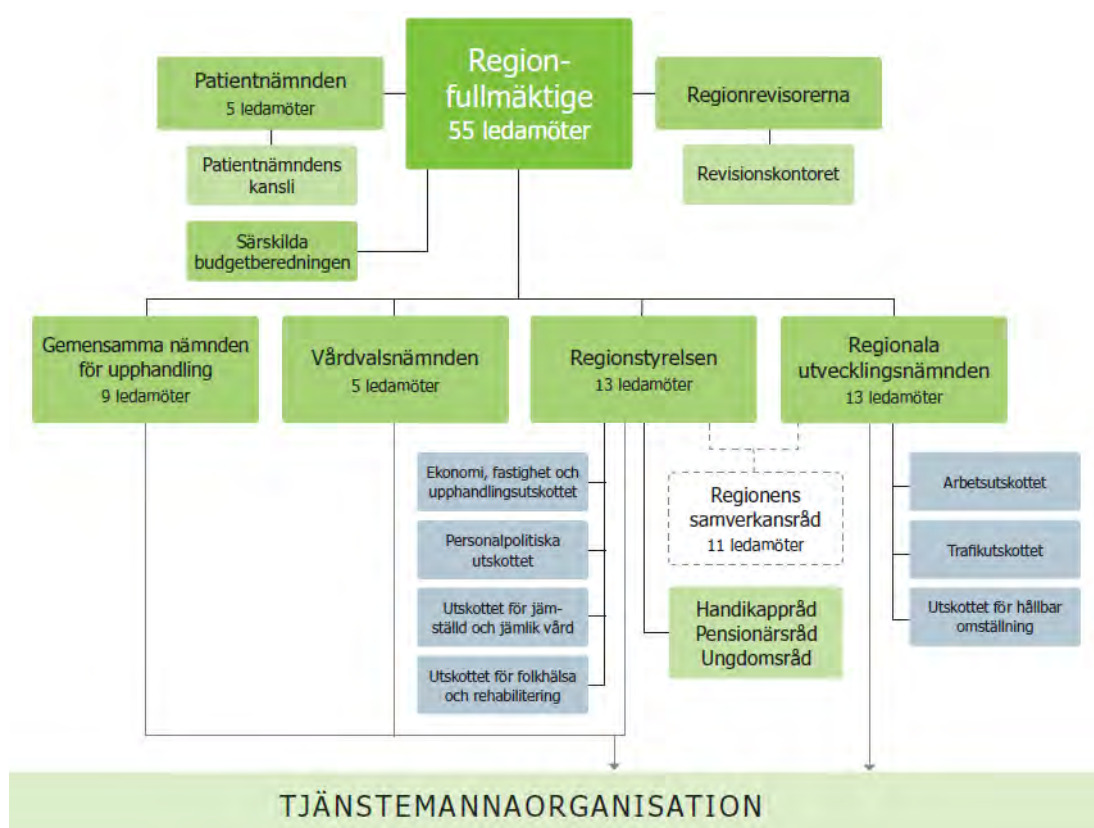
Därefter redovisas områden kopplade till *Samhälle, Patient, Medarbetare* och *Verksamhetsresultat*. Det är de fyra målområdena som allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen utgår från.

- **Samhälle**
 - Det regionala utvecklingsuppdraget
 - Länets befolkningsutveckling och socioekonomi
 - Folkhälsa
 - Miljö
 - Inspel från fullmäktiges beredningar
- **Patient**
 - Hälso- och sjukvård
 - Patientnämndens ärenden
 - Vårdval och privata vårdgivare
 - Tandvård
- **Medarbetare**
 - Attraktiv arbetsgivare
 - Forskning, utveckling och utbildning
- **Verksamhetsresultat**
 - Centrumens verksamhet och framtidsbilder
 - Regional utvecklingsförvaltningens verksamhet och framtidsbilder
 - Ekonomi

Politisk organisation och styrning

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

Politisk organisation för Region Jämtland Härjedalen från 1 januari 2015



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

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

Regionstyrelsen är regionens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela Region Jämtland Härjedalens utveckling och ekonomiska

ställning. Styrelsens uppgifter är bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdvalnämndens ansvar) samt att arbeta med frågor om folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.

Vårdvalsnämnden utför beställning av hälso- och sjukvård och tandvård. Nämnden har också hand om frågor som rör det reformerade tandvårdsstödet, lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.

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

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

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

Regionstyrelsens och regionala utvecklingsnämndens utskott arbetar med fördjupning, analys och framtidsbevakning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden. Utskotten arbetar också med inspel till planeringsförutsättningar, regionplanen och till styrelsens respektive regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner. De fungerar också som en fördjupad del av styrelsens respektive nämndens uppföljningsarbete.

Styrmodell

Den gemensamma styrmodell som regionens politiker och tjänstemän arbetar efter är en central utgångspunkt för regionens planeringsarbete. Regionens styrmodell innebär att det finns en röd tråd i styrningen från de visioner och övergripande strategiska mål som tas i regionfullmäktige till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå. Styrmodellen omfattar också de styrdokument som regionen arbetar med.

De styrdokument som regionen arbetar med kan delas in i två kategorier. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen. I figuren nedan finns de dokumenten i triangeln. Dels finns ett antal

länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som regionen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. De dokumenten finns i rektangeln som balanserar på toppen av figuren.

Styrmodell för Region Jämtland Härjedalen



Länsövergripande styrdokument

De flesta länsövergripande dokumenten fastställs av regionfullmäktige. De har olika tidsperspektiv och riktar sig ofta till många aktörer, organisationer och myndigheter.

Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är det viktigaste styrdokumentet på denna nivå. Den är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela länet. Den påverkar därmed också arbetet med de styrdokument som olika organisationer och myndigheter själva tar fram. Andra länsövergripande dokument är det regionala tillväxtprogrammet, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram, klimatstrategi, innovationsstrategi, kulturplan och ungdomsstrategi.

Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

Policyer och strategier

Fastställs av regionfullmäktige. Policyer anger regionens värderingar och förhållningssätt till något och revideras vid behov. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras.

Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP)

Fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns beslut om att långsiktiga utvecklingsplaner ska finnas inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar. Planerna revideras vart fjärde år.

Regionplan

Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller plan för verksamheten med strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod samt en budget för närmaste året. Regionplanen utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Planen revideras varje år.

Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och nämnderna

Fastställs av respektive styrelse eller nämnd men anmäls till regionfullmäktige. Innehåller framgångsfaktorer kopplat till strategiska mål i regionplanen. De markerar vad respektive nämnd eller styrelse bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa fullmäktiges uppdrag och övergripande mål.

Verksamhetsplan för regiondirektören

Fastställs av regiondirektören men anmäls till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmätt avseende regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden. Planen konkretiserar styrelsens och vårdvalsnämndens framgångsfaktorer med avsikt att driva på och följa utvecklingen. Planen gäller i tre år men revideras varje år.

Verksamhetsplan för förvaltningschefer för nämndernas förvaltningar

Fastställs av respektive förvaltningschef men anmäls till berörd nämnd och gäller för tre år. Innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmätt för respektive förvaltning. Planen konkretiserar respektive nämnds framgångsfaktorer med avsikt att driva på och följa utvecklingen. Revideras varje år.

Övergripande handlingsplaner

Upprättas inom områden som är i särskilt fokus (exempelvis miljö, tillgänglighet och jämställdhet). De beskriver vad som ska göras kopplat till mål i de politiskt fastställda verksamhetsplanerna samt till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år. Vilka handlingsplaner som ska finnas framgår av regiondirektörens verksamhetsplan.

Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och för områden inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning

Fastställs av regiondirektör respektive förvaltningschef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan (centrumens) eller

förvaltningschefens verksamhetsplan (områdena).

Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning

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

Planeringsdokument

Förutom de policyer och verksamhetsplaner som upprättas för regionen utgör följande planeringsdokument underlag i regionens styrning.

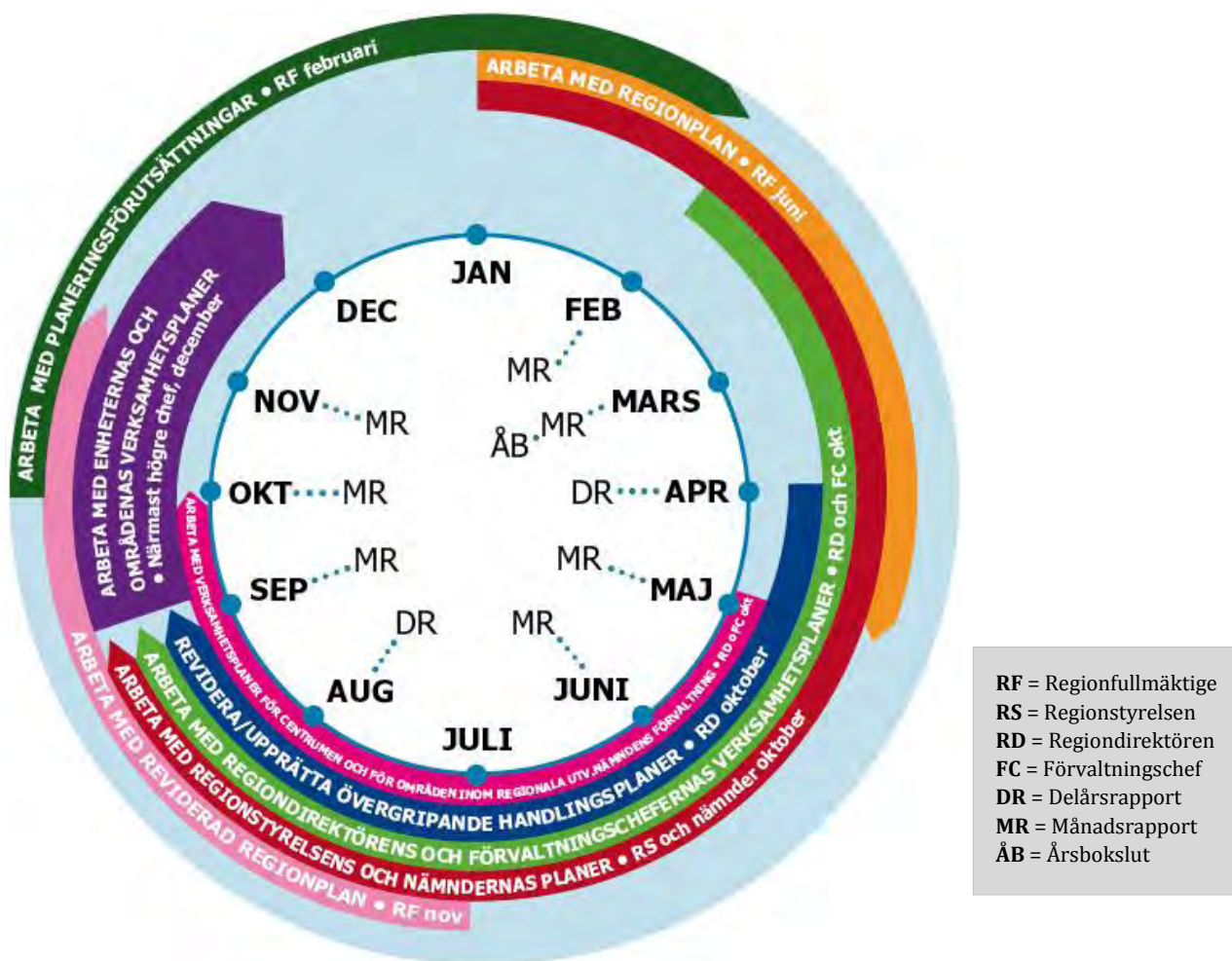
- Planeringsförutsättningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från centrumen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter om resultat och ekonomi och Årsredovisningar
- Uppföljningsplan med sammanträdesplanering för respektive styrelse och nämnd
- Behovsanalyser – tas fram på begäran med specificerat ändamål och inriktning
- Enkäter – exempelvis patientenkäten

I bilaga 1 finns en sammanställning över regionens styrdokument

Planeringsprocess för regionens styrdokument

För att verkställa grundidén med styrmodellen om att det ska finnas en röd tråd från de övergripande målen till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå sker planeringsarbetet med de olika styrdokumenterna parallellt. Figuren nedan redogör för processen med att planera, besluta och följa upp styrdokumenterna. Figuren omfattar inte de länsövergripande styrdokumenterna.

Planeringsprocess för Region Jämtland Härjedalens styrdokument



Figuren visar att arbetet med regionens styrdokument pågår under hela året. Varje pil visar när arbete med ett styrdokument (exempelvis regionplanen) börjar och när det fastställs av slutlig instans. Den mest intensiva planeringsperioden är under hösten då arbete pågår med i princip samtliga verksamhetsplaner. På nästa sida ges en beskrivning av planeringsprocessens olika delar.

Planering och beslut

Länsövergripande styrdokument

Processen för hur de länsövergripande styrdokumenterna upprättas och följs upp ser olika ut beroende på vilket dokument det handlar om och vilken varaktighet dokumentet har. Gemensamt för samtliga dokument är att andra aktörer, exempelvis kommuner och näringsliv deltar i processen. I samband med revideringar och upprättande av länsövergripande styrdokument ska det i den mån det är möjligt göras avstämningar i pågående arbetsprocesser med övergripande styrdokument för Region Jämtland Härjedalens organisation.

Styrdokument för region Jämtland Härjedalen

Arbetet med att planerna och upprätta styrdokument för Region Jämtland Härjedalen verksamhetsplaner pågår under hela året och omfattar flera processer.

- ✔ Utskott och nämnder inkommer under hösten med sina inspel till verksamhetsplaner och dokumentet med planeringsförutsättningar.
- ✔ Centrumen under regionstyrelsen inkommer under hösten med en skrivning om deras förutsättningar och framtidsbilder inför nästkommande år.
- ✔ Arbete med vision, mål och ekonomiska ramar i regionplanen pågår i en politisk styrgrupp under perioden februari-maj. Den politiska styrgruppen består av ledamöter från den politiska majoriteten i regionstyrelsens och nämndernas presidium.
- ✔ Verksamhetsplaner för regionstyrelsen och nämnderna samt för

regiondirektören och förvaltningscheferna parallellplaneras med regionplanen och pågår under perioden februari till september. I arbetet med regiondirektörens verksamhetsplan involveras regionens verksamhetsstrategier. Det görs också ett arbete i ledningsgruppen för styrelsens och vårdvalsnämndens förvaltning.

- ✔ Centrumens verksamhetsplaner parallellplaneras med regiondirektörens verksamhetsplan och fastställs av Regiondirektören i november.
- ✔ Områden/enheternas verksamhetsplaner parallellplaneras med centrumens verksamhetsplaner och fastställs av respektive centrumchef i december.
- ✔ De övergripande handlingsplaner som upprättas för Region Jämtland Härjedalen fastställs av regiondirektören under oktober månad. Gällande handlingsplaner revideras under perioden maj till september och parallellplaneras med regiondirektörens verksamhetsplan.

Under 2015 kommer arbetsformerna inom styrmodellen med de olika planerings- och styrdokumenterna att utvecklas utifrån bildandet av Region Jämtland Härjedalen. Det behövs för att hitta former för samspelet mellan de olika nämnderna samt för att hitta samspelet mellan den politiska styrgruppen för regionplanen och tjänstemannastödet. Slutligen behövs det för att skapa en bra balans i beskrivningar och styrning av regionens alla olika verksamheter och uppdrag.

Samhälle

Område Samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra.

- ✔ Inom det regionala utvecklingsuppdraget
- ✔ Med fokus på folkhälsa
- ✔ Med fokus på resursanvändning
- ✔ Med fokus på miljö
- ✔ Med fokus på ett jämställt och jämlikt samhälle
- ✔ För samverkan med andra

Det regionala utvecklingsuppdraget som Region Jämtland Härjedalen ansvarar för sträcker sig över de flesta av regionens verksamheter. Det här avsnittet ger en beskrivning av vad det regionala utvecklingsuppdraget innebär i sin helhet. Avsnittet redogör också för länets befolkningsutveckling och socioekonomi samt områdena folkhälsa och miljö. I avsnittet redovisas också de inspel inför planperioden 2016-2018 som fullmäktiges beredningar under 2014 inkommit med.

Det regionala utvecklingsuppdraget

Det statliga uppdraget för regional utveckling i Jämtlands län ligger från och med 2015 på Region Jämtland Härjedalen. Staten styr uppdraget via lagstiftning och årliga regleringsbrev. Att implementera den övergripande strategin i Europa 2020 är den utmaning regionen står inför. 2015 är det också uppstart för EU:s nya programperiod och implementeringen av flera viktiga styrdokument - däribland den nya regionala utvecklingsstrategin (RUS) "Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt".

Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt - Regionala utvecklingsstrategin

Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) har fått namnet "Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt". Den lägger fast riktningen för länets strategiska utveckling. Strategins sju prioriteringar har tagits fram i ett brett partnerskap via ett flertal dialogmöten. Dialogmötena har haft högt deltagande med efterföljande remissrunda där det funnits med representanter för alla kommuner i Jämtlands län, Jämtlands läns landsting, länsstyrelsen, Mittuniversitetet, näringslivets organisationer, Gaaltje sydsamiskt kulturcentrum, besöksnäringen, idrottsrörelsen och många fler.

Namnet på strategin, "Innovativt & Attraktivt", poängterar att arbetet ger hög prioritet åt nytänkande och modernitet med framlyftning av länets starka sidor. Allt med målet om en hållbar utveckling.

RUSens prioriteringar

Jämtlands län gör prioriteringar inom områden där förutsättningarna är goda för ett hållbart och expanderande näringsliv med stor hänsyn tagen till resurseffektivitet, jämställdhet, mångfald, god folkhälsa och ungas möjligheter. Prioriteringarna har stor överensstämmelse med de fem övergripande prioriteringarna i Europa 2020 – en strategi för smart och hållbar tillväxt för alla. Prioriteringarna baseras på omvärldsanalyser, uppföljningar av regionala utvecklingsstrategin 2007-2013 samt inte minst en bred dialog i länet.

Länets prioriteringar ansluter också i hög grad till EU-kommissionens sju olika flaggskeppsinitiativ – digital agenda, unga på väg, innovationsunionen, ett resurseffektivt Europa, integrerad industripolitik, kompetens och arbetstillfällen, plattform mot fattigdom. Så kallade horisontella insatser som insatser för ökad jämställdhet, ökad mångfald samt minskad miljö- och klimatpåverkan ska integreras i allt utvecklingsarbete som bedrivs framöver. Prioriteringarna omfattar områdena kunskap, lärande, innovation, resurseffektivitet, konkurrenskraft, attraktion, hög sysselsättning, infrastruktur, hälsa, social - territoriell sammanhållning och demografi. Länets arbete för att nå visionen i den regionala utvecklingsstrategin kan, utgående från prioriteringarna och Europa 2020 sammanfattas enkelt som att *"Vi måste bibehålla skattekraften genom att undanröja hinder samt stimulera så att fler jobb skapas. För att nå detta måste vi vara mångfaldsinriktade, innovativa, attraktiva, samt agera långsiktigt utifrån erkända hållbarhetskriterier"* vilket illustreras i nedanstående figur.



De sju prioriteringarna är:

- **FÖRETAGANDE** innovation, forskning och utveckling
- **KOMPETENS** och kunskapsutveckling
- **RESURSSNÅLARE** och effektivare
- **BESÖKSNÄRING** och attraktivitet
- **INFRASTRUKTUR** och samhällsservice
- **SOCIALT INKLUDERANDE** och ett sunt liv
- **DEMOGRAFISKA** möjligheter

I bilaga 2 finns en översikt som också visar de 35 målen knutna till de här prioriteringarna.

Strategins genomförande

RUSen poängterar att länets utveckling och framgång är i huvudsak beroende av länets invånares egen drivkraft, vilja, engagemang och delaktighet. Till stöd för det finns såväl nationella som europeiska strukturer och externa finansieringsmöjligheter. Att genomföra intentionerna i en regional utvecklingsstrategi är ett samverkansprogram mellan många parter i konsensus över lång tid.

Uppgiften är att förverkliga en utveckling som kräver smart tillväxt som utvecklar en ekonomi baserad på kunskap och innovation. Utvecklingen ska styras av hållbar tillväxt och främja en resurseffektivare, grönare och konkurrenseffektivare ekonomi.

Region Jämtland Härjedalen behöver finnas med på alla de arenor, internationellt, nationellt, regionalt och lokalt, som kan påverka länets framtid. Många måste bidra i det arbetet och alla goda krafter som vill utveckla länet behövs. Under en tid har resurserna i form av skatteintäkter och statsbidrag minskat och behoven ökat i vårt län. Då blir det allt viktigare att med säkerhet veta att det är rätt prioriteringar som görs i det regionala utvecklingsarbetet. Länet ska vara en bra grogrund för nya och framtida yrken.

De speciella förutsättningar som finns kring att utveckla landsbygden ställer höga krav på samarbete och samsyn. Särskilt i tider av en ökande arbetslöshet, måste det vara gemensamma krafter som söker långsiktigt hållbara lösningar. Kampen mot arbetslöshet är också en kamp för de unga kvinnorna och männens rätt till jobb och försörjning, särskilt som de i besvärliga tider utgör en av de mer utsatta grupperna.

Det utvecklingskapital som samhället styr över i form av EU:s strukturfonder, nationella regionala utvecklingsmedel och kommunernas utvecklingsinsatser måste inriktas på att skapa uthålliga jobb.

Tillsammans kan länets aktörer öka attraktionskraften i länet med regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan, de regionala prioriteringarna, den nya regionala utvecklingsstrategin och andra styrdokument som instrument i detta arbete. Arbetet för ökad inflyttning och förbättrat stöd till näringslivsutveckling är ett prioriterat område i arbetet liksom arbetet för ökad integration och jämställdhet.

Region Jämtland Härjedalens ansvar

Region Jämtland Härjedalen har två roller i anslutning till genomförande av RUSen.

- Att vara den pådrivande och uppföljande aktören i samverkan med alla andra aktörer i länet.
- Att beakta RUSens prioriteringar och mål i de egna verksamheternas arbete, prioriteringar och mål.

Utifrån beskrivningen av det regionala utvecklingsuppdraget är regionens utmaning de närmsta åren:

- Tillsammans med andra aktörer i länet arbeta med Regionala utvecklingsstrategins prioriterade områden
- Utveckla Region Jämtland Härjedalens roll som ansvarig för det regionala utvecklingsuppdraget

Länets befolkningsutveckling och socioekonomi

Hur länets befolkning ser ut geografiskt och åldersmässigt samt hur utvecklingen ser ut är grunden för stora delar av regionens planering. Det handlar både om vilka behov som regionen ska tillgodose och vilka skatteintäkter som regionen kommer att förfoga över. Utvecklingen behöver också beaktas utifrån vad den får för konsekvenser för kompetensförsörjning och påverkar tillhandahållande av kommersiell och offentlig service, och näringslivsutveckling. Det är därför viktigt att Region Jämtland Härjedalens planering utgår från länets befolkningsutveckling och olikheter i socioekonomi.

Befolkningsstatistik

Den 1 november 2014 hade Jämtlands län 126 580 invånare. Det är en ökning med 258 personer jämfört med november 2013. Det är det andra året med ökning av invånare efter flera år med sjunkande invånartal. Analyser för helåret 2014 kan ännu inte göras, men i bilaga 3 finns analyser efter första halvåret 2014. Den analysen visar att länet senaste års ökning helt beror på inflytt av utrikesfödda (tex asylsökande som fått utfärdade uppehållstillstånd).

Alla länets kommuner tappar befolkning undantaget Östersund och Krokom (läs Ås församling). Siffrorna för Krokom är särskilt intressanta, här finns ett födelseöverskott om 23 personer, 92 födda barn, vilket innebär att kommunen fortsatt ligger bland de i landet med högst andel små barn.

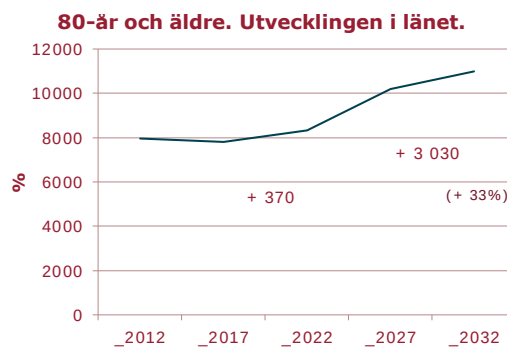
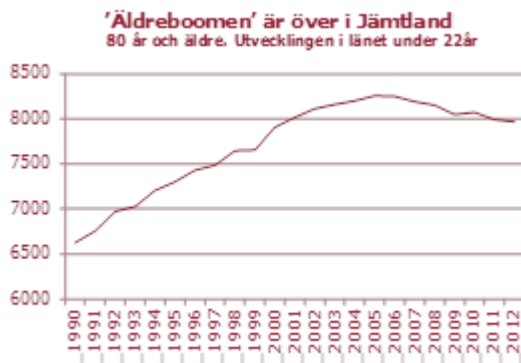
Sammantaget för länet är det uppenbart att ett mycket aktivt arbete med mångkulturellt inkluderande och mottagligare arbetsmarknad samt attityd och välkomnande är centralt för att länet inte ska fortsätta att minska antalet invånare. Att få så många som möjligt av de personer som nu håller uppe siffrorna, det vill säga inflyttade utrikesfödda,

samt de som ej har uppehållstillstånd och ligger utanför de här siffrorna, att långsiktigt etablera sig i länet är mycket viktigt ur många aspekter.

Prognosen för befolkningen i länet visar en minskning med cirka 7 000 invånare fram till år 2032. Det innebär inte att sjukvårdsbehovet minskar i motsvarande grad. Eftersom det sker en förskjutning från yngre till äldre i befolkningen kommer vissa verksamheter att få en ökad efterfrågan, medan andra kan räkna med en minskning.

I åldersgruppen 25-69 år sker en stor minskning med 8 000 invånare. Gruppen 70-79 år förväntas öka med 2 500 invånare fram till år 2022 och ligger därefter på ungefär samma nivå fram till 2032. Gruppen 80 år och äldre ligger relativt stilla fram till 2022, men ökar därefter kraftigt med 3 000 invånare, eller 33 %.

Diagrammen nedan visar att andelen personer som är 80 år och äldre kommer att vara oförändrad under de närmaste åren, men öka igen från och med år 2025.



Socioekonomi

Som socioekonomisk faktor används bland annat CNI (Care Need Index) som en del vid beräkning av ersättning till hälsocentraler. CNI visar sjukdomsbördan vid olika hälsocentraler och används i ersättningssystemet med syfte att utjämna sjukdomsbördan. Högt CNI i en population indikerar socialt utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser.

De variabler som används är :

- ålder över 65 år och ensamboende,
- ålder yngre än 5 år,
- ensamstående föräldrar med barn till och med 17 år,
- lågutbildade 25 - 64 år,
- arbetslösa eller i åtgärder 16 - 64 år,
- personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika, personer 1 år eller äldre som flyttade in i området.

Socioekonomi

Hälsocentral	CNI > 1,0 (mer belastning än genomsnittet)	Hälsocentral	CNI < 1,0 (mindre belastning än genomsnittet)
Z-gränd	1,186	Odensala	0,995
Strömsund	1,163	Brunflo	0,993
Hammarstrand	1,130	Kälarne	0,961
Backe	1,112	Lugnvik	0,953
Bräcke	1,111	Gäddede	0,940
Sveg	1,106	Frösön	0,921
Järpen	1,108	Föllinge	0,916
Nya Närvården	1,107	Funäsdalen	0,877
Svenstavik	1,066	Myrviken	0,873
Stugun	1,018	Lit	0,864
Fjällhälsan	1,007	Offerdal	0,855
		Hallen	0,845
		Krokom	0,835
		Åre	0,831

Genomsnittet i länet för den socioekonomiska tyngden är 1,0, det vill säga det som Brunflo, Odensala och Fjällhälsan har. Z-gränd har 18% svårare socioekonomiskt läge än länsgenomsnittet. Åre och Krokom har en befolkning med 17 % bättre socioekonomiskt läge.

Besöksnäringen

I Jämtlands län är besöksnäringen en basnäring med större betydelse för sysselsättning och tillväxt än i många andra regioner. Tillsammans med en tradition av småföretagande och entreprenörskap är företagandet inom turism och upplevelser stark. Det har bidragit till att länet är ett av de större besökslänen i landet.

Inom hälso- och sjukvården är det främst akutsjukvården och primärvården som behöver beakta den ökande turismen i länet.

Flyktingar i länet och integration

I december 2011 tecknades en regional överenskommelse om mottagning och etablering av nyanlända kvinnor och män, flickor och pojkar. Under 2014 har Regionförbundet utarbetat en strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2014-2020 som varit ute på remiss under hösten. Den kommer att beslutas av regionfullmäktige under 2015.

Kvotflyktingar och asylsökande i Jämtlands län 1 oktober 2014

Kommun	Kvot-flyktingar	Anknytnings-invandring	Asyl-sökande	Ensam-kommande	Totalt
Berg	39	16	123	9	187
Bräcke	24	6	41	11	82
Härjedalen	26	3	244	7	280
Krokom	35	4	230	11	280
Ragunda	18	2	52	10	82
Strömsund	49	10	183	7	249
Åre	49	1	175	11	236
Östersund	166	52	370	12	600
Summa	406	94	1418	78	1996
Jmf per 131231	(292)	(121)	(785)	(43)	(1241)

Utifrån beskrivningen av befolkningsutvecklingen är regionens utmaning de närmsta åren:

- Förutom att ge bra hälso- och sjukvård till länets befolkning också klara det behov av sjukvård som turismutveckling och flyktingmottagandet kräver
- Aktivt arbeta med att uppnå en ökad befolkning över tid
- Hantera konsekvenserna av den skillnad i socioekonomiska villkor som finns i länet
- Bidra till aktivt tillvaratagande av de inflyttades kompetenser och bidra till generös och aktiv integration

Folkhälsa

En av Region Jämtlands Härjedalens främsta uppdrag är att verka för att alla människor i Jämtlands län har god hälsa och möjlighet att hålla sig friska längre. Ett aktivt folkhälsoarbete är också en viktig faktor för ett attraktivt län. En viktig utgångspunkt för det arbetet är den folkhälsopolicy som tagits fram och antagits av politiker från samtliga länets kommuner. Andra viktiga planeringsunderlag är de undersökningar om människors hälsa som genomförts i länet.

Folkhälsopolicy och folkhälsostrategi

Visionen i den antagna folkhälsopolicyn för Jämtlands län 2011-2015 är "Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län". Folkhälsan i Jämtlands län förbättras över tid men utvecklingen visar dock på skillnader som behöver beaktas. Det framgår bland annat av den folkhälsoundersökning "Hälsa på lika villkor" som genomfördes under 2014.

I folkhälsopolicyn prioriteras fyra utvecklingsområden:

- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsofrämjande miljö
- Delaktighet och inflytande

I Folkhälsopolicyn anges att folkhälsoarbetet ska ha sin utgångspunkt i att samhället ska vara inkluderande. Det vill säga att samhället ska skapas för alla, oavsett kön/könsidentitet, ålder, nationalitet, religion, sexuell läggning, etnicitet, funktionsnedsättning och socioekonomisk situation. Folkhälsoarbetet i Jämtlands län ska ha särskilt fokus på barn, ungdomar och äldre.

I november 2012 fastställde Jämtlands läns landsting en folkhälsostrategi. Syftet med strategin är att synliggöra skillnaderna i hälsa och arbeta för att åtgärda dem. Det ska på sikt också bidra till en bättre hälsa för hela länets befolkning. En nödvändig förutsättning är att skapa en struktur för systematiska förbättringar inom folkhälsoarbetet avseende planering, genomförande av aktiviteter, utvärdering med analys och förbättringar.

Utifrån regionbildningen behöver omtag tas för att implementera strategin i en ny organisation. Uppdraget till regionens verksamheter är att

tillsammans bidra till förbättringar inom ovan nämnda utvecklingsområden. Folkhälsostrategin visar bland annat på folkhälsoområdets bredd och därmed även möjligheten för regionens alla verksamheter att medverka. Genom att beakta folkhälsopolicyn och folkhälsostrategin i sin planering av den ordinarie verksamheten har alla verksamheter möjlighet att på bästa sätt bidra till en god, jämlik och jämställd hälsa i länet.

Hälsa på lika villkor

Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner deltar med ett utökat urval i den nationella undersökningen som genomförs av Folkhälsomyndigheten vart fjärde år. Undersökningen kallas "Hälsa på lika villkor" och genomfördes senast under 2014. Enkäten skickades till totalt 150 000 personer, varav 9600 personer i länet. Slutresultatet av undersökningen presenteras i sin helhet i februari 2015.

Resultat från 2014 års undersökning visar bland annat följande:

- Hälsan är ojämlikt fördelad mellan könen, utifrån socioekonomi och för personer med funktionsnedsättningar samt utifrån sexuell läggning.
- Hälsan blir bättre bland de äldre i befolkningen. Dock syns inte samma goda utveckling bland unga vuxna jämfört med befolkningen i övrigt och då särskilt psykisk hälsa hos unga kvinnor.
- Personer med lång utbildning och bättre ekonomiska förutsättningar har fått bättre hälsa.
- Andelen med övervikt och fetma i länet har ökat över tid.
- Daglig rökning minskar i länet framförallt bland kvinnor, däremot ökar andelen som snusar dagligen något.

Resultaten visar också att ungas psykiska hälsa är ett fortsatt viktigt prioriterat område liksom att förbättra förutsättningarna för personer med funktionsnedsättningar.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Det finns goda vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården är effektiva för att förbättra folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut 2011). Små förbättringar i folkhälsan kan bidra till stora samhällsekonomiska besparingar. Det visar exempelvis studien ”Ekonomiska besparingar i landstingen genom mera hälsosamma levnadsvanor” som upprättats av Annika Johansson vid Mittuniversitetet och rapporter från Folkhälsomyndigheten¹. Jämtlands läns landsting numera Region Jämtland Härjedalen har sedan 2011 arbetat strukturerat med att införa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Ett arbete som riktats till primär- och specialistsjukvården. Den nulägesanalys som gjorts visar att många insatser görs men att mäta resultat och följa upp de insatser som görs kommer vara nödvändigt framgent.

Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025

Målet med Tobacco Endgame är att rökningen ska minska till 5 procent i riket och länet till år 2025. Daglig rökning är vanligare bland personer med kort utbildning och med sämre ekonomisk kapacitet samt bland ensamstående och lågutbildade kvinnor². Tobakens kostnader är stora för samhället och för individen. För länet beräknas kostnaderna vara 396 miljoner kronor årligen. Genom att sätta ett tydligt måldatum när rökningen ska vara nere på en mycket låg nivå ger ny och nödvändig kraft åt arbete mot lidande och död på grund av rökningen. En viktig del i arbetet är att det finns kvalificerat stöd till tobaksavvänjning.

Hälsosamtalet i skolan

Hälsosamtalet i skolan ger möjlighet att för länets alla elever i förskoleklass, åk 4,7 och åk 1 på gymnasiet följa hälsoutvecklingen över tid. Även den

undersökningen visar att barn och ungas psykiska hälsa försämrats över tid. Psykosomatiska besvär bland flickor såsom stress och stress kopplat till skolarbetet är särskilt tydligt. Nätverket för föräldrastöd i länet samordnas av Folkhälsocentrum³ och syftar till att bidra till trygga uppväxtvillkor och hälsofrämjande miljöer.

Skolbarns hälsovanor (2013/2014)

Folkhälsomyndighetens studie om Skolbarns hälsovanor är också ett viktigt instrument för att följa utvecklingen av barnens och ungdomarnas psykiska hälsa och välbefinnande. Studien genomförs vart fjärde år och bygger på uppgifter som drygt 8000 11, 13 och 15 åringar lämnat i Sverige. Undersökningen började år 1985/86.

Resultatet visar att majoriteten har en god hälsa. Undersökningen visar dock på att barn skattar allt mer psykiska och somatiska besvär. Med stigande ålder syns skillnader mellan flickor och pojkar där flickorna anser sig ha sämre hälsa och fler besvär såsom huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter och oro. Det är också betydligt vanligare att flickor i undersökningen inte är nöjda med sin kropp. Andelen som försöker gå ner i vikt har ökat sedan den senaste mätningen. Glädjande är att levnadsvanorna förbättras över tid, utvecklingen är särskilt positiv när det gäller elevernas tobaksbruk och alkoholkonsumtion(Folkhälsomyndigheten 2014)

Hälsa för personer med funktionsnedsättningar

Personer med funktionsnedsättningar upplever i lägre grad sin hälsa som god jämfört med befolkningen i övrigt. Det gäller såväl fysisk som psykisk hälsa. Sedan 2006 då en stor genomgång av hälsan för personer med funktionsnedsättning genomfördes har ny data tillkommit. En prioritering är att ge uppdrag att göra en ny genomgång för att se hur utvecklingen sett ut över tid.

Psykisk hälsa bland unga

Under 2014 publicerade Rädda Barnen rapporten Ung Röst, som undersöker hur barn i åk 6, 8 och första året på gymnasiet upplever sin vardag. Ingående kommuner från Jämtlands län är Åre

¹Ekonomiska beräkningar och bedömning – Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/11893/R2011-20-Ekonomiska-berakningar-o-bedomningar-Kunskapsunderlag-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

² Hälsa på lika villkor 2014

³ Folkhälsocentrum är en samordning av regionens folkhälsoinsatser och är placerat, organisatoriskt sett, inom regiondirektörens staber för Hälso- och Sjukvård.

(n=266 barn; 52 procent pojkar), Bräcke (n=186 barn; 69 procent pojkar) och Strömsund (n=232 barn; 50 procent pojkar). Av faktorer relevanta för barns psykiska hälsa kan följande nämnas:

Andel barn som uppger att de känt sig nedstämda och ledsna många gånger under det senaste året uppgår till omkring 21 procent av flickorna i samtliga ingående kommuner. För pojkarna är siffrorna splittrade och uppgår till sex procent i Åre, 11 procent i Strömsund och 20 procent i Bräcke. Bara ungefär en femtedel av barnen vet var de kan vända sig för att få hjälp när de mår psykiskt dåligt. Jämtlands siffror motsvarar ungefär rikets, utom för pojkar i Bräcke som avviker negativt.

Ungefär 30 procent av flickorna i Åre och Bräcke har känt sig mobbade eller kränkta under det senaste året och för omkring åtta procent har det hänt många gånger. Motsvarande siffror för pojkar är omkring 23 respektive fem procent. Strömsund bryter av med lägre siffror: 21 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna har upplevt mobbing eller kränkande behandling under det senaste året och för tre respektive en procent har det hänt många gånger. Det nationella genomsnittet är 20 procent varav fyra procent uppger att det hänt många gånger. (De nationella siffrorna är inte könsuppdelade för den här frågan.)

Flickor och pojkar kan också må dåligt eftersom någon i deras familj är svårt sjuk. När en vuxen som barn bor med drabbas av sjukdom eller avlider har hälso- och sjukvården skyldighet att ta hänsyn till barns behov av information, råd och stöd. Detta regleras av 2§ i Hälso- och sjukvårdslagen och gäller minderåriga vars förälder eller annan vuxen som barnet bor med:

- 1) har en psykisk störning eller funktionshinder
- 2) har en allvarlig fysisk skada eller sjukdom,
- 3) är missbrukare
- 4) avlider.

Inom Region Jämtland Härjedalen pågår implementeringsarbetet av rutiner med anledning av denna lagstiftning.

Hälsosituationen bland samer

Region Jämtland Härjedalen har en samrådsgrupp med samiska representanter i syfte att erbjuda samerna, i deras ställning som nationell minoritet, inflytande i verksamhet som berör dem. Regionens arbete för att stärka samernas rättigheter i vården

baseras till lika delar på nationell forskning och på vad som framkommer i samrådsgruppen.

Forskning visar att renskötande samer i sydsamiskt område, där Jämtlands län ingår, löper högre risk än andra grupper att drabbas av psykisk ohälsa och självmord. Förklarande faktorer till detta står att finna i erfarenheten av att vara same i Sverige idag. Detta är kunskap och erfarenheter som svensk vårdpersonal saknar varför kompetensen att ge adekvat behandling till denna grupp är begränsad. Forskning visar dessutom att förtroendet för hälso- och sjukvården, och i synnerhet för primärvård och psykiatri, är lågt bland de renskötande samerna. Denna bild bekräftas av de samiska representanterna i samrådsgruppen.

Jämtlands läns landsting arbetade under 2014 fram ett avtal med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern) som kommer att ge Region Jämtland Härjedalen möjlighet att remittera patienter till SANKS men som också erbjuder kompetenshöjande åtgärder. Arbete återstår med att realisera de kompetenshöjande åtgärderna. Syftet med detta arbete är att kunna erbjuda vårdsökande samer en jämlik vård.

Förekomst av våld

Samtidig statistik i texter nedan avseende sexuellt, fysiskt och psykiskt våld kommer från Nationellt centrum för kvinnofrids stora omfångsundersökning som släpptes i februari 2014. I den tillfrågades 10 000 kvinnor och 10 000 män mellan 18-74 år om sina erfarenheter av våld under barndomen och i vuxen ålder. Dessutom ställdes frågor om hälsa och livssituation och studien visar på en koppling mellan utsatthet för våld och ohälsa. Inom Region Jämtland Härjedalen är arbetet mot våld i nära relationer främst inriktat på att upptäcka våldsutsatta patienter, både barn och vuxna. Dessutom ingår att ge god vård till de våldsutsatta patienter som kommer till hälso- och sjukvården eller identifieras av vårdpersonal. Oro för våldsutsatta eller försummade barn ska anmälas till socialnämnden enligt SoL14. Detta görs idag inte i tillräckligt hög utsträckning. Överlag är det förebyggande arbetet idag begränsat.

Kvinnor och mäns erfarenheter av våld

Ungefär 46 procent av kvinnorna och 38 procent av männen hade någon gång i livet varit utsatta för allvarligt sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld. Det var

mycket vanligare bland kvinnor än bland män att ha drabbats av allvarligt sexuellt våld, både i barndomen och i vuxenlivet. Det var även betydligt vanligare bland kvinnor att ha drabbats av allvarligt psykiskt våld i vuxenlivet. Det var något vanligare bland män att ha drabbats av allvarligt fysiskt våld, både i barndomen och i vuxenlivet.

Våld och hälsa

Hos personer som varit utsatta för allvarligt våld är det vanligare, ibland flerfaldigt vanligare, med psykisk och fysisk ohälsa. Bland kvinnorna var andelarna som uppvisade psykisk och fysisk ohälsa relativt lika oavsett om våldet var sexuellt, fysiskt eller psykiskt. Förekomsten av ohälsa skiljde sig inte åt oavsett om utsattheten hade skett i barndomen eller i vuxen ålder.

Mer än var fjärde kvinna som hade utsatts för allvarligt våld visade tecken på Posttraumatiskt-stressymtom (PTSD-symtom). Det innebär att sådana symtom var tre till fyra gånger vanligare hos den utsatta gruppen jämfört med kvinnor som inte var utsatta. Omkring var femte kvinna som utsatts för allvarligt våld uppgav symtom som tyder på depression. Av de utsatta kvinnorna upplevde en fjärdedel fysisk ohälsa och en femtedel betydande psykosomatiska symtom. Det är ungefär dubbelt respektive tredubbelt så vanligt som hos icke utsatta kvinnor.

Bland männen i studien sågs stora skillnader i andelen som uppvisade tecken på ohälsa beroende på ålder då våldet skedde liksom beroende på våldstyp. De män som blivit utsatta för allvarligt sexuellt våld i vuxen ålder visade lika stora eller större andelar ohälsa som. Kopplingar till ohälsa var minst uttalade för män som uppgav upplevelser av allvarligt fysiskt våld i vuxen ålder.

Sammantaget visar resultaten att de kvinnor och män som någon gång i sitt liv blivit utsatta för allvarligt sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld bär på en oproportionerligt stor andel av den psykiska och fysiska ohälsa som studerats här.

Särskilt utsatta grupper Regeringen har lyft fram fem grupper som riskerar att vara särskilt utsatta när det handlar om våld i nära relationer. De fem grupperna är kvinnor med utländsk bakgrund, äldre kvinnor, kvinnor med funktionsnedsättning, personer som utsatts för hedersrelaterat våld samt kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik.

I detta sammanhang är det av särskild vikt att också uppmärksamma de barn som på ett eller annat sätt lever med våld. Rädda Barnens rapport Ung Röst 2014 visade att 12-15 procent av flickorna och 6-10 procent av pojkarna i Bräcke, Åre och Strömsund är oroliga för att utsättas för våld av andra barn; 6-11 (flickor) respektive 3-6 (pojkar) procent är oroliga för att utsättas av våld från vuxen. På nationell nivå rapporterar 12 procent oro för att utsättas för våld av annat barn och sju procent oro för att utsättas för våld hemma.

Utifrån aktuella uppgifter om folkhälsa är regionens utmaning de närmsta åren:

- Fortsatt samverkan med länets kommuner för förbättrad folkhälsa
- I samverkan med kommunerna inrätta en kommission för att utjämna skillnader i hälsa
- Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025
- Insatser behövs för att öka tryggheten och tillgängligheten i offentliga miljöer
- Arbeta långsiktigt för att förbättra den psykiska hälsan bland unga
- Hälsa och livsvillkor hos personer med funktionsnedsättningar behöver belysas ytterligare
- Identifiera våldutsatta i nära relationer samt flickor och pojkar som riskerar att fara illa.
- Tillhandahålla ett väl fungerande omhändertagande av våldutsatta patienter.
- Utveckla samverkansfrågor mellan psykiatri och somatik.

Miljöarbetet

Miljöarbetet i Region Jämtland Härjedalen handlar om att minimera negativa effekter på vår livsmiljö lokalt, regionalt och globalt. En god miljö är också en förutsättning för god, jämlik och jämställd hälsa, både för nuvarande och kommande generationer. I flera fall har det även ett starkt samband med vår direkta arbetsmiljö. Med miljö menas inte bara naturen och ekosystemet, utan även miljön inomhus, människors exponering för kemikalier, buller och luftföroreningar. Påverkan på människor kan vara positiv, främjande för hälsan eller negativ, störande eller skadlig. Ett grundläggande dokument för regionens arbete inom miljöområdet återfinns i regionens långsiktiga utvecklingsplan, område miljö 2014-2026 (revideras 2015).

Miljöarbete i regionen

Att arbeta förebyggande med miljöfrågor handlar också om att hushålla med resurserna. Regionen står inför stora utmaningar med både vår direkta och indirekta påverkan på miljön. Det är också viktigt att det finns förberedelser för de risker och möjligheter som följer med ett förändrat klimat.

Regionens alla verksamheter omfattas i olika grad av en mängd lagar och författningar inom miljöområdet. Utöver det finns globala, EU-gemensamma, nationella och regionala miljömål att förhålla sig till.

Ett stort ansvar är att vara drivande i länets utveckling för att nå en hållbar utveckling. EU 2020 är den utmaning som Europa står inför, där regionernas uppgift blir att förverkliga en utveckling som kräver smart tillväxt som utvecklar en ekonomi baserad på kunskap och innovation. Utvecklingen ska styras av hållbar tillväxt och främja en resurseffektivare, grönare och konkurrensförmågare ekonomi.

Regional utvecklings prioritering RESURSSNÅLARE OCH EFFEKTIVARE inom Europa 2020's område Hållbar tillväxt och tillika övergripande mål 2030 enligt regionala utvecklingsstrategin 2014-2030

- En säker, uthållig och hållbar energitillförsel för länets företag och hushåll.
- Hög energieffektivitet inom boende/byggnader, kommunikationer och industri.

- Ledande nettoexportör av förnybar energi i landet genom ökad produktion.
- Transporter, industri och värme i länet oberoende av fossil energi.
- Kraftfullt arbete inom alla samhällssektorer för att hantera klimatförändringar.
- Värden från länets naturresurser bör återföras till bygden.

I regionens långsiktiga utvecklingsplan (LUP), område miljö 2014-2026 (revideras 2015) finns regionens utmaningar, långsiktiga mål och prioriterade aktiviteter för den egna verksamheten beskrivna.

LUP miljö utgör ett grundläggande dokument för planeringsförutsättningarna för regionens egna arbete inom miljöområdet.

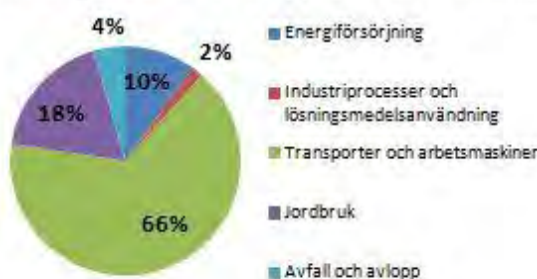
Att ställa krav på miljö, hälsa och resurseffektivitet i upphandlingar och inköp är en av grundförutsättningarna för en hållbar utveckling av verksamheten. Det är också viktigt att göra uppföljningar av avtal och utvärdera resultatet av upphandlingarna för att uppnå förbättringar.

Ett prioriterat område i den långsiktiga utvecklingsplanen är regionens egna hantering av kemikalier och kemiska ämnen i varor, som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal och patienter.

Eftersom barn och unga är särskilt känsliga för skadliga ämnen är också fokus på att minska flickors och pojkars exponering för främst hormonstörande ämnen prioriterat.

Resor och transporter är en annan stor utmaning såväl för den egna organisationen som för länet som helhet. Jämtland är det län i landet som reser mest med bil räknat i antal mil per år och person vilket till stor del hör samman med länets geografiska fördelning av befolkningen och kollektivtrafikförsörjningen. Resor och transporter är också det som orsakar de största klimatpåverkande utsläppen i länet.

Klimatpåverkande utsläpp Jämtlands län 2012



Huvudmål ur "Klimatstrategi för Jämtlands län med mål och åtgärder år 2014–2020":

- Länets klimatarbete kvalitetssäkras och följs upp i samarbete med länets aktörer.
- Minska utsläpp av växthusgaser med 50 procent i länet jämfört med år 1990.
- Effektivisera energianvändningen med minst 30 procent jämfört med år 1990.
- Öka medvetenheten kring konsumtionens klimatpåverkan.
- Öka exporten av förnybar energi med 25 procent jämfört med år 2012.
- Offentlig verksamhet och offentligt ägda företag samt branschorganisationer för areella näringar

och besöksnäringen har skaffat sig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns inom organisationens ansvarsområde/geografiska område kopplat till ett förändrat klimat, samt bestämt åtgärder och skapat rutiner för hur åtgärderna kan hanteras inom branschen på kort och lång sikt.

Regionala miljömål

Inom åtgärdsprogrammet för de regionala miljömålen 2013-2016 är sju miljömål prioriterade i länet (Länsstyrelsen dnr 501-4254-2013). Utifrån bedömningskriterier har miljömålen Begränsad klimatpåverkan, Giffri miljö, Levande sjöar och vattendrag, Levande skogar, Ett rikt odlingslandskap, Storslagen fjällmiljö samt God bebyggd miljö benämnts som mycket angelägna mål att kraftsamla kring i länet. Prioriteringarna baseras på resultaten av tidigare bedömningar och indikatoruppföljningar i Jämtlands län.

Några av de utmaningar som pekas ut för länet är:

- minska utsläpp från person- och godstransporter.
- öka produktionen av förnyelsebar energi, inklusive drivmedel.
- planera för en långsiktig och säker dricksvattenförsörjning.
- lyfta fram fördelar med lokala råvaror (Rikt odlingslandskap).
- öka kunskap om skadliga ämnen som människor kan exponeras för i konsumtionsvaror.
- minska utsläpp av miljögifter, i synnerhet till sjöar och vattendrag.
- effektivisera resursanvändning och minska avfallsproduktion.

Utifrån avsnittet om miljö är regionens utmaningar de närmsta åren:

- Att minska människors exponering (särskilt för barn och unga) för skadliga kemikalier och kemiska ämnen
- Minska koldioxidutsläppen från resor och transporter
- Minska avfallsmängderna och öka andelen avfall som går till återvinning
- Ökat fokus på hållbara inköp för att minska miljöpåverkan från vår konsumtion
- Systematiskt arbete med energieffektiviseringar
- Minskad klimatpåverkan från medicinska gaser
- Ökad andel ekologiska och socialt-etiskt producerade livsmedel.

Inspel från fullmäktigeberedningar utifrån genomförda medborgardialoger

Under mandatperioden 2010-2014 hade landstingsfullmäktige permanenta beredningar. Under 2014 var Beredningen för Vård- och rehabilitering och Beredningen för Demokrati och folkhälsa verksamma. Beredningarna arbetade under 2013-2014 med medborgardialoger utifrån valda fokusområden. Utifrån dialogernas resultat har beredningarna lämnat inspel till regionplanen 2016-2018.

Medborgardialog

Medborgardialog är ett samlingsnamn för att engagera medborgare i offentligt beslutsfattande. Medborgardialogen kan ses som en del i styrprocessen och som ett av flera underlag för de förtroendevalda vid beslutsfattande. Genom medborgardialog fogas de värderingar som råder bland invånarna samman med de faktakunskaper som tjänstemän tar fram inför ett beslut.

Medborgardialog Familjecentraler

Beredningen för vård och rehabilitering fokuserade under verksamhetsåret 2014 på barn och ungas hälsa. Under perioden oktober 2013 till och med mars 2014 arbetade beredningen med medborgardialoger vid familjecentraler i Jämtland och Härjedalen.

Beredningen valde familjecentralerna utifrån att de ansåg att det finns en potential i familjecentralernas arbetet med barn och föräldrar som kan bidra till bättre hälsa hos barn och till tryggare föräldrar. Det ligger också i linje med länets gemensamma styrdokument "Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025" (LS/726/2012).

Syftet med medborgardialogerna var att lyssna in besökarens tankar och åsikter kring hur arbetet med familjecentralverksamheten bedrivs i Jämtland och Härjedalen men också att få en bild kring hur familjecentralens medarbetare upplever att arbetet fungerar. Dialogerna genomfördes både enskilt och i grupp med de besökare som just den aktuella dagen befann sig på öppna förskolan.

Beredningens inspel till regionplan år 2016-2018:

- Lokalernas utformning och läge kan förstärka verksamheten. Det finns behov av en beskrivning/rekommendation av hur lokalerna bör utformas.

- Informationen om familjecentralerna bör finnas på flera språk och spridas på särskilt sätt till nyinflyttade länsbor från andra länder.
- Familjecentralerna bör vara en del av integrationsarbetet i länet. Föräldrar och barn träffas med barnen i fokus vilket kan bidra till en ömsesidig ökad kulturförståelse och språkutveckling.
- Familjecentralerna bör ha ett mer förebyggande uppdrag och kan vara en arena för hälsofrämjande arbete (livsstilsfrågor, tandvård mm).
- Region Jämtland Härjedalen bör arbeta för att skapa så likvärdiga avtal som möjligt med alla kommuner i länet.
- Regionen bör initiera ett fortsatt samarbete och stöd till länets familjecentraler.
- Familjecentraler bör erbjuda stöd till familjer med barn längre upp i åldrarna.
- Etiska frågor och värdegrund är viktigt att beakta i familjecentralers arbetet.

Medborgardialog – demokrati och valdeltagande

Beredningen för demokrati och folkhälsa arbetade under perioden hösten 2013 – våren 2014 med medborgardialog om demokrati och valdeltagande i Jämtlands län. Dialoger fördes med handikapp och pensionärsorganisationer.

SCB:s analyser om det svenska valdeltagandet låg till grund för att beredningen valde att fokusera på demokrati och valdeltagande. Analyserna visar att det finns tydliga skillnader i valdeltagande mellan olika grupper. Exempelvis är andelen röstande betydligt mindre bland ensamstående, lågutbildade,

låginkomsttagare, arbetare, arbetslösa, utrikes födda, utländska medborgare och personer utanför arbetskraften.

Frågor som politikerna i beredningen utgick från i dialogerna var:

1. Vad tänker du på när du hör ordet demokrati?
2. Kan du motivera varför det är viktigt att rösta?
3. Om du tycker att det är viktigt att rösta, vad tror du då skulle få folk som inte röstar att börja göra det?
4. Har du läst eller kommer du att läsa något/några av partiernas partiprogram inför valet?
5. Brukar du diskutera om politik och samhällsfrågor med människor som du möter?

Sammanfattande slutsatser från dialogerna och beredningens inspel till regionplan år 2016-2018:

- Demokrati och solidaritet är hörnstenar samhället, som vi alla behöver vårda för en positiv utveckling.
- Organisationer och föreningar är en viktig del i demokratin i alla olika nivåer och en stark påverkansfaktor i olika sakfrågor som stärker samhällsbyggandet.
- Kunskap om hur samhället fungerar och hur politiken påverkar framtiden är avgörande för röstdeltagandet.
- Begriplig och lättillgänglig information från politiska partier och förenklade sätt att rösta kan öka valdeltagande.
- Skolan är viktig som demokratilärande instans.

Patient

Området patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård.

- ✔ Där patienter själva värderar vården
- ✔ Med fokus medicinsk kvalitet
- ✔ Övriga mål med syfte att erhålla ett stabilt eller bättre arbetssätt som i nästa steg blir bättre för patienten.

Region Jämtland Härjedalens mest omfattande uppdrag utifrån ekonomi och antalet anställda är hälso- och sjukvården. I det här avsnittet beskrivs hälso- och sjukvården utifrån de prioriterade fokusområdena inom området samt kvalitetsdimensioner för en god vård. Ytterligare områden som beskrivs i det här avsnittet är Patientnämndens ärenden, Tandvården och Vårdval och privata vårdgivare.

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården ska erbjuda en vård som håller hög kvalitet, är kunskapsbaserad och tillgänglig, säker samt utförs kostnadseffektivt. Vården ska ges efter behov och vara jämlik för kvinnor, män, flickor, pojkar, utrikesfödda och inrikesfödda, oavsett funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder, kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat. Utifrån politiskt övergripande mål har regiondirektören satt upp tre prioriterade fokusområden för hälso- och sjukvården 2015. De är; tillgänglighet till vård, mest sjuka äldre och effektivitet = kvalitet och produktivitet. Nedan finns en beskrivning om de tre områdena samt kvalitetsdimensionerna för god vård.

Tillgänglighet till vård

Den lagstyrda vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas vård, däremot regleras inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma ifråga. I samtliga av vårdgarantins mätområden är målvärdet 100 %. Målen uttrycks med sifferserien 0-7-90-90, som anger kraven på maximal väntetid för de olika stegen i vårdprocessen. Siffrorna motsvarar antal dagar. Det innebär att flickor, kvinnor, pojkar och män ska få tillgång till hälso- och sjukvård utifrån sina medicinska behov, inom rimlig tid. Det är en fortsatt en högt prioriterad fråga för hälso- och sjukvården i regionen och till dess att sätta målvärden är nådda. Sammanfattningsvis kan sägas att kvinnor, män, flickor och pojkar i region Jämtland Härjedalen inte får sin vård inom vårdgarantins lagkrav.

- **Andelen besvarade telefonsamtal 0-an** betyder att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som man ringer.
- **Besöksgarantin till läkare inom 7 dagar**, innebär att om primärvården bedömer att patienten behöver läkarkontakt ska sådant besök erbjudas inom högst sju dagar.
- **Första besök i specialiserad vård:** 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.

- **Behandling i specialiserad vård:** Om man inom den specialiserade vården bedömer att patienten behöver behandling, ska behandling erbjudas så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet.

Aktiviteter för att förbättra tillgängligheten till första besök och behandling ska vara högt prioriterade för att förbättra patientens väg genom vården. Byte av vårdadministrativt system till COSMIC möjliggör att få tillgänglighetsdata fördelat på män respektive kvinnor. Det bidrar till att analyser lättare kan göras och åtgärder för förbättring kan bli mer riktade.

”Mest sjuka äldre”

De ”mest sjuka äldre” definieras som en riskgrupp av män och kvinnor (över 65 år) med flera vårdbehov där både hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver samarbeta och samordna åtgärder för att personen ska få så bra livskvalitet som möjligt. Riskerna kan vara följd av sviktande kroppsfunktioner orsakade av åldrande, sjukdom eller skada. Det primära målet är ett bättre liv och sammanhållen vård för de mest sjuka äldre i Jämtlands län, genom att skapa hållbara processer.

Den kunskap som byggts upp i länet om förebyggande arbetssätt för att undvika att en person med risker (t.ex. för fall, trycksår,

munhälsa och undernäring) behöver fortsatt utvecklas. Det samma gäller kunskapen och kompetensen om god vård i livets slutskede. Överbryggande strukturer för kunskapsstyrning behöver fortsatt stöd för att möjliggöra utveckling i hela regionen.

Både för de äldre männen och kvinnorna, men även för yngre personer med långvariga sjukdomar kan vissa vårdbehov tillgodoses genom användande av distansöverbryggande teknik, som utvecklats och används allt mer. Den distansöverbryggande tekniken underlättar för personer med vårdbehov på flera sätt. Det underlättar för männen och kvinnorna genom att de kan slippa åka långa sträckor vilket sparar tid och de kan fortsätta ha ett flexibelt liv.

En del patienter kan med rätt stöd ge sig själva vård i hemmet, vilket främjar delaktigheten. Det förutsätter att även vårdnära personal får kompetensutveckling i eHälsa för att kunna stödja patienterna på rätt sätt. EHälsa indikerar att användning av digital teknik kan öka möjligheten att uppnå en god, jämlik och tillgänglig hälsa för alla i samhället.

Effektivitet = kvalitet och produktivitet

Regionens målmedvetna satsning att införa Lean filosofi bidrar på sikt till att förbättra tillgängligheten och vårdens kvalitet då en av grunderna i filosofin är att arbeta med ständiga förbättringar av verksamheternas flöden. För att få arbetet med LEAN att hänga ihop med målsättningen om en jämställd och jämlik vård är könsuppdelad statistik och analys en viktig del. Det räcker dock inte att könsuppdelad statistik finns, den behöver också användas i förbättringsarbeten och i analyser av resultat. Det finns relativt stora könsskillnader inom flera områden i hälso- och sjukvården i region Jämtland Härjedalen och för att veta om skillnaderna är motive-rade eller omotiverade krävs att statistiken analyseras.

Produktions- och kapacitetsplanering som metod har påbörjats med syfte att förbättra verksamheternas processer. Implementering är långsiktig och kräver systematik och kontinuerlig kompetensutveckling hos berörd personal. Kvalitet och produktivitet är nära förknippat med aspekterna i en jämställd och jämlik vård.

För att åstadkomma effektivitet är det viktigt att inför förändringar i verksamheten beakta olika risker genom att göra riskanalys. Egenkontroll och kvalitetsuppföljning är viktiga komponenter för att med ständiga förbättringar som ledord åstadkomma effektivitet lika med kvalitet och produktivitet.

Jämställdhetsarbetet en kvalitetsfaktor

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att arbeta med jämställdhetsintegrering som strategi för att uppnå en jämställd, men även jämlik, vård. Beslutet togs i och med undertecknandet av CEMR-deklarationen 2009. I den framgår att ett genusperspektiv ska tillämpas på planeringen, finansieringen och tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster. För att jämlikhetsperspektivet ska inkluderas krävs kunskap om hur olika diskrimineringsgrunder samverkar och påverkar bland annat kvinnor, män, flickor och pojkars hälsa och tillgång till vård. Arbetet med jämställdhetsintegrering kräver många gånger en förskjutning av makt och att resurser omfördelas.

En hel del avseende jämställdhet och jämlikhet är svårt att mäta, exempelvis maktförskjutningar, men det behövs mål och mått som leder till en jämställd och jämlik vård så att det går att utläsa om arbetet utvecklas åt rätt håll. En viktig del för att få fram användbara mål och mått är behovsanalyser.

Det finns fortfarande många stora och svåra utmaningar för att få till ett systematiskt arbetssätt för jämställdhetsintegrering, vilket även revisionsrapporten *Granskning av Jämställdheten inom vården i Jämtlands läns landsting HT 2012 (dnr rev/15/2012)* visade på. Mycket av det som framkom i den rapporten kvarstår fortfarande.

Arbetet med en jämställd och jämlik vård är främst förankrat inom den politiska organisationen och centrum för lednings- och verksamhetsstöd. Enligt revisionsrapporten är arbetet med jämställd vård ett utvecklingsområde som inte nått ut i linjeorganisationen.

Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet

Förutsättningar för att hälso- och sjukvården ska anses ha god kvalitet är att den utformas så att den bedrivs kunskapsbaserat och ändamålsenligt,

säkert, patientfokuserat och jämlikt, effektivt, och ges inom rimlig tid.

Patientsäker vård och behandling är en grundnivå för kvalitet. Patientsäkerhet är en central fråga inom sjukvården och kunskapen om förekomst av vårdskador har ökat genom nationella satsningar. Dock visar mätningar att mellan 10-15 % av sjukhusvårdade patienter drabbas av någon form av vårdskada. Skador som bedöms kunna undvikas kallas för vårdskador. Den största utmaningen är att minska vårdrelaterade infektioner, vilket skulle minska behov av vårdplatser. Utifrån de mätningar och beräkningar som har gjorts av vårdskador i Sverige framgår att en hög andel av vårdens resurser går till att behandla vårdskador. Vårdskador medför ett lidande för den enskilda patienten men är även ett slöseri med resurser och arbetstid. Den för region JH antagna patient-säkerhetsstrategin är grund för fortsatt arbete på alla nivåer för att förbättra patientsäkerheten.

Grunden för kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är att strukturerat arbeta med ordnat införande av nya och utmönstra icke ändamålsenliga metoder. Hit hör t.ex. implementering av nya nationella riktlinjer och byggande av strukturer inom vårdverksamheter, ledningar och stabsstöd så att förutsättningar skapas att ge rätt vård och behandling efter medicinska behov. Det handlar också om att använda resultat från kvalitetsregister i respektive verksamhets förbättringsarbete.

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt för individens behov och förväntningar och vägs in i de medicinska besluten.

Jämlik vård innebär att den man eller kvinna, pojke eller flicka, oavsett utbildningsnivå, religiös tillhörighet, geografi eller annat, som har de största behoven av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Vård inom rimlig tid innebär att medicinsk bedömning om en individs hälsotillstånd ska ges snarast. Förutsättningarna kan synas vara självklara, dock är utvecklingen snabb och kunskap en färskvara. Det finns många studier som visar att den vård som erbjuds idag varken är jämställd eller jämlik och att den inte görs tillgänglig på lika villkor för alla. De som är mest drabbade av att vården inte är tillgänglig och erbjuds på lika villkor är kvinnor, män, flickor och pojkar som bor i resurssvaga områden.

Med resurssvaga områden menas områden där en hög andel av de kvinnor och män som bor där har låg utbildning, låg inkomst, hög arbetslöshet och att en hög andel har utländsk bakgrund. Många har också en ökad risk för dålig hälsa. Områden i Jämtland med höga ohälsotal är Torvalla inom Östersunds kommun samt kommunerna Ragunda och Strömsund.

Diskriminering är förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet (Diskrimineringslagen 2008:567). Vården ska i största möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål.

Kompetensutveckling är viktig i alla led, såväl kliniskt som i de olika funktionerna som ska vara stöd till vårdverksamheterna, det är förutsättning för utveckling.

Läkemedel

Läkemedel är en viktig och vanlig behandlingsmetod i hälso- och sjukvården. Rätt använda kan läkemedel förebygga, lindra och bota många sjukdomar och symtom. Dagens läkemedelsmarknad är under ständig förändring både när det gäller nya godkännanden, tillgänglighet och prisutveckling. För att kunna garantera alla kvinnor och män, pojkar och flickor en bra vård, behövs ibland prioriteringar så att resurserna räcker till. Det är viktigt att känna till om nyttan av en läkemedelbehandling motsvarar dess kostnad. Nationellt finns en målsättning att användningen av nya läkemedel ska bli mer jämlik över landet, ändamålsenlig och kostnadseffektiv. Till grund för beslutet om ett läkemedel ska ingå i den nationella processen finns bland annat en hälsoekonomisk bedömning. Om beslutet blir att läkemedlet ska införas kan det innebära höga kostnader på kort tid som inte hunnit budgeterats. Även om Regionen tar beslutet att inte följa det nationella beslutet kan kostnaden ändå tillfalla Regionen Jämtland Härjedalen. Patienten har enligt den nya patientlagen rätt att åka till närliggande landsting som förskriver läkemedel regionen prioriterat bort. Läkemedelskostnaden faktureras därefter regionen.

Livsnödvändiga läkemedel måste finnas tillgängliga på plats när de behövs. Patient som skrivs in för behandling i slutenvård ska inte

använda sina egna läkemedel under vistelsen. Vården rekviderar de läkemedel som behövs under den tid som kvinnan, mannen, flickan eller pojken vårdas. Det ställer krav på en säker och kostnadseffektiv läkemedelsförsörjning inom heldygnsvård och mottagningar i Region Jämtland Härjedalen. Läkemedelsförsörjningen är upphandlad enligt Lagen om offentlig upphandling och drivs idag av en extern leverantör. Många landsting driver detta helt eller delvis i egen regi idag, vilket kan vara en möjlighet även för Region Jämtland Härjedalen i framtiden.

Några utmaningar

Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete behöver bli tydligare delar av processerna för bland annat hjärtinfarkt och stroke. Resultaten visar att alltför få patienter lyckas sluta röka eller ändra motionsvanor, efter att ha vårdats för hjärtinfarkt eller stroke.

Inom cancervården finns både bra och svagare resultat. Enligt bästa tillgängliga kunskap är så kallad multidisciplinär konferens en rekommenderad åtgärd. Hur många patienter som får en sådan åtgärd varierar i alltför hög grad beroende på vilken sorts cancer patienten har.

Sedan tidigare har länet höga självmordstal. Det finns ingen enkel förklaring till det. Hög arbetslöshet, utflyttning, bristande framtidstro och en attityd som underlättar självmord har föreslagits som förklaringar. Sammantaget avlider fler män än kvinnor till följd av självmord. Det finns dock andra län med liknande strukturella problem som har betydligt lägre självmordstal. Ett känt faktum är att Jämtland-Härjedalen har högst vapentäthet i landet och att det är vanligare att män begår självmord med vapen här i länet jämfört med män i riket i övrigt. Det planeras och genomförs många insatser inom suicid prevention. Till exempel samverkan mellan blåljusmyndigheter, strukturerad suicidbedömning, arbeta fram nya rutiner, övergripande suicidvårdsprogram.

Aspekter att beakta, sådant som förändras, åläggs oss

EU:s patientrörlighetsdirektiv

Tillämpning av EU:s patientrörlighetsdirektiv från den 1 oktober 2013 innebär förbättrade

möjligheter för kvinnor, män, flickor och pojkar att få vård i annat EES-land. Försäkringskassan ansvarar för handläggning och information med stöd från kontaktperson inom respektive landsting/region. En viss ökning av medicinska åtgärder som inte genomförs i länet har noterats från det att direktivet kom till.

Patientlagen

Den nya patientlagen som trädde i kraft den första januari 2015 har påverkat tillgängligheten för kvinnor, flickor, män och pojkar som är i stånd att resa till andra delar av landet. Den nya lagen ger den enskilde möjlighet att förutom primärvård även söka öppen specialiserad vård och öppen högspecialiserad vård (inklusive dagkirurgi) i andra landsting/regioner.

Patientlagen ställer större krav på landsting/regioner genom att varje landsting/region är skyldigt att ta emot alla dem som söker öppenvård i regionen. Det är den medicinska bedömningen som avgör prioriteringen. De delar av regionen som ligger i fjällnära områden kan komma att få en ökad tillströmning av patienter från andra delar av landet. Samtidigt som avstånd och kostnader för resa och uppehåll kan vara avgörande för att boende i regionen avstår från att söka vård i andra landsting/regioner.

Patientlagen innebär ett tydligare uppdrag för hälso- och sjukvården att ge information och involvera patienterna i egna vården på ett tydligare sätt, bland annat genom aktivt samtycke och medverkan vid val av behandlingsalternativ. Patientlagen ersätter (ersatte 2015) hälso- och sjukvårdslagen.

Fysisk tillgänglighet i fastigheter

I investeringsplanerna för de kommande tre åren är det 200 000 kronor per år avsatt för nya och ännu ej uppmärksammade behov av förbättrad tillgänglighet. Verksamheten driver ett kontinuerligt förbättringsarbete inom området och har ett bra samarbete med ett tillgänglighetsråd med representanter från flera intressegrupper. De avsatta medlen har hitintills varit tillräckliga för att åtgärda uppmärksammade lätt avhjälpta hinder. Regeringens beslut, som gäller från den 1 januari 2015, att bristande tillgänglighet är en form av diskriminering kan komma att snabba på behovet av insatser.

Den nya diskrimineringslagstiftningen skärper tolkningen ytterligare och kan kräva mer investeringsmedel de kommande åren för att klara kraven. I den nya lagtexten finns bland annat följande skrivning om bristande tillgänglighet:

”Att en person med en funktionsnedsättning missgynnas genom att sådana åtgärder för tillgänglighet inte har vidtagits för att den personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning som är skäliga utifrån krav på tillgänglighet i lag och annan författning, där sådana är tillämpliga, och med hänsyn till de ekonomiska och praktiska förutsättningarna, varaktigheten och omfattningen av förhållandet eller kontakten mellan verksamhetsutövaren och den enskilde samt andra omständigheter av betydelse.”

Kvalitetsutveckling i Öppna Jämförelser

Rapporten Öppna jämförelser i överblick är utformad i första hand för olika ledningsnivåer i landstingen. Syftet är att få en vy av hur egna landstinget placerar sig i rangordning i förhållande till andra landsting. (Bilaga 4)

Där visas att Jämtlands läns landstings resultat 2011 -2013 har legat bland de sämsta i jämförelse med de andra landstingen, men glädjande har landstingets resultat 2014 klättrat upp till 7:e plats.

Där gör också en jämförelse mellan kvalitet och sjukvårdskostnad. Den jämförelsen visar att de landsting som har högre kvalitet än Jämtlands läns landsting också har lägre kostnader.

Faktiska resultat i öppna jämförelser behöver granskas på olika sätt. De så kallade övergripande indikatorerna i rapporten är främst avsedda att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning.

Det finns olika sammansatta mätetal t.ex. hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet samt sjukvårds politisk åtgärdbar dödlighet.

Avseende hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet, där utgångspunkten är att olika förebyggande folkhälsoinsatser har betydelse, har kommunernas insatser också betydelse för resultatet. Resultaten har senaste mätintervallet förbättrats för både män och kvinnor i länet.

Sjukvårdspolitisk åtgärdbar dödlighet, är ett sammansatt mätetal innehållande diagnoser som valts ut eftersom de bedömts möjliga att påverka med olika medicinska insatser genom tidig upptäckt och behandling. Denna indikator visar ingen säker förbättring jämfört tidigare mätperiod varken för män eller kvinnor.

Resultaten för båda mätetalen redovisas i tidsintervall omfattande fyra- års perioder varför resultaten bör användas för planering mer övergripande.

Säker vård redovisas med hjälp av indikatorer såsom överbeläggningar och utskrivningsklara patienter. Jämfört andra landsting/regioner har landstinget under de två år mätningar gjorts färre överbeläggningar jämfört riket. Utskrivningsklara patienter, som endast redovisats nationellt under 2014 visar också att länet har färre utskrivningsklara jämfört riket. Samarbetet med kommunerna har stor betydelse för att undvika att framförallt äldre personer vårdas inom akutvård, får vård inom rätt vårdnivå.

Patienters erfarenheter redovisas utifrån resultat från nationella patientenkäten för primärvård 2013. Resultaten för frågor om bemötande och information visar att länet placerar sig bättre jämfört med riket. Män svarade i något högre grad än kvinnor att de fått ett respektfullt bemötande och att de fått tillräckligt med information.

Ytterligare analyser av öppna jämförelser kommer under våren 2015.

Patientnämndens ärenden

God vård bygger på ömsesidigt förtroende mellan vårdgivaren och patienten.

Patientnämnden finns till för att upprätthålla och utveckla relationerna mellan vårdgivaren och patienten.

Synpunkter på vården under 2014

Patientnämnden har noterat att det, liksom tidigare år, är fler kvinnor än män som har lämnat synpunkter på vården. Skillnaden har ökat för varje år och 2014 (20141222) anmälades 62 % av ärendena av kvinnor. Även när det gäller patientförsäkringen, LÖF, är det fler kvinnor som anmäler skador och även en större andel av kvinnorna som beviljas ersättning. Det talar för att kvinnorna verkligen råkar illa ut i vården i större utsträckning än männen. En av flera möjliga förklaringar kan handla om kommunikation och informationsutbyte.

Generellt sett så är brist på information och missförstånd mycket vanligt förekommande i patientnämndens ärenden. Kvinnor uppger i större utsträckning att de inte blir lyssnade på. Det kan också vara så att de inte får individuellt anpassad information i den utsträckning som skulle behövas. Det blir mer kännbart när vården är tidspressad. Kvinnor och män har inte alltid samma sätt att kommunicera och förmedla information på – och det skulle kunna missgynna fler av kvinnorna.

Det finns även andra grupper som vården har svårt att hjälpa i tillräckligt hög utsträckning. Patientnämnden har iakttagit att personer som har en komplex problematik och flera olika diagnoser idag ofta inte får den hjälp de behöver i vården. Det blir extra sårbart när det är tidspressat och stora delar av primärvården bemannas av stafettläkare. Personerna är i stort behov av en fast läkarkontakt och att någon tar sig tid att lyssna. Det finns en möjlighet enligt rådande lagstiftning, som används för lite, nämligen att tilldela patienten en så kallad fast vårdkontakt, som inte nödvändigtvis behöver vara en läkare. En fast vårdkontakt kan vara av olika profession och är en person som kan hjälpa patienten att samordna de insatser det finns behov av och som patienten kan vända sig till när det finns behov av att ställa frågor om sin hälsa. En framgångsfaktor för vården är att göra patienten mer delaktig såväl i sin egen vård som i vårdens kvalitetsarbete. Patienterna sitter inne med en unik kunskap och en delaktig patient kan bidra till sin egen patientsäkerhet.

Utifrån avsnittet om hälso- och sjukvården och patientnämndens ärenden är utmaningarna de närmsta åren:

- Tillgängligheten
- Patientsäkerheten
- Kvaliteten inom diabetesvård, strokevård, cancersjukvård, och det självmordsförebyggande arbete.
- Ledtid på akutmottagningen och undvikbar sluten vård.
- Sammanhållen vård gemensamt med kommunernas äldrevård för våra mest sjuka äldre.
- Säkerställa en tydlig styrning, ledning och uppföljning, för att uppnå en jämställd och jämlik vård.
- Könsuppdelad statistik tillämpas, analyser görs utifrån kön och att osakliga medicinska skillnader åtgärdas.
- Metoder som säkerställer en jämställd och jämlik vård utvecklas och implementeras i organisationen.
- Ökad kunskap och medvetenhet om omedveten diskriminering.
- Beakta patientnämndens erfarenheter .

Vårdval och privata vårdgivare

Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för alla landsting/regioner att införa vårdval inom primärvård enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Syftet var att stärka patientens ställning i vården, öka valfriheten samt underlätta för nya vårdgivare att etablera sig i primärvården.

Vårdval

I Jämtlands län har man valt att kalla vårdvalet för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. År 2014 finns följande anslutna:

Regiondriven primärvård -18 godkända vårdenheter med 11 filialmottagningar.

Aktiebolag - Nya Närvården AB i Hötting med filialer i Strömsund och Hammerdal.

Ekonomisk förening - Fjällhälsan Hede med filial i Vemdalen och Offerdals hälsocentral.

Gemensam nämnd - Närvård Frostviken.

Varje månad byter eller väljer i snitt mellan 250-350 kvinnor och män aktivt en hälsocentral. Läkarkontinuitet och flytt inom länet är två anledningar, men det finns även andra orsaker som påverkar listningsströmmarna, till exempel arbetspendling.

Region Jämtland Härjedalen införde den 1 januari 2013 vårdval inom medicinsk fotvård. Patienter med diabetes, reumatoid artrit samt arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna är, enligt beslut i regionfullmäktige, berättigade till subventionerad medicinsk fotvård. Antalet anslutna medicinska fotvårdare är 29 stycken.

Regionen införde 1 januari 2014 vårdval inom barntandvård.

Privata vårdgivare

Regionen finansierar privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter som är verksamma enligt , Lag om läkarvårdsersättning (LOL) SFS 1993:1651 och Lag om ersättning för fysioterapi (LOF), SFS 1993:1652. I länet finns idag 28 fysioterapeuter som arbetar enligt LOF och tre läkare enligt LOL.

Regionen har upphandlat viss hälso- och sjukvård enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och har, avtal inom: ortopedi, kiropraktik, gynekologi, naprapati och idrottsmedicin.

Utifrån avsnittet om Vårdval och privata vårdgivare är regionens utmaning de närmsta åren:

- Utveckla de Hälsovalet och övriga vårdval så att de motsvarar befolkningens behov
- Strategisk upphandling av privata vårdgivare där de kan komplettera vården som bedrivs i egen

Tandvård

Tandvårdens mål är att verka för en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Region Jämtland Härjedalen har ett ansvar att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov (Tandvårdslagen 1985:125 §2 och §8).

Tandvården i Jämtlands län

Tandhälsan i Jämtland är något sämre än övriga Sverige. Flera faktorer kan bidra till detta. Det finns grupper av barn och vuxna som av olika anledningar riskerar att falla ur systemet. Det kan handla om att familjen har en svår social situation och denna ska i så fall uppmärksammas och åtgärder sättas in.

En stor andel nyinflyttade/ asylsökande ställer krav på ökade riktade insatser på individ- och gruppnivå. Samverkan mellan tandvård, barnhälsovård, barnomsorg, socialtjänst, invandrarorganisationer är en framgångsväg.

Tandhälsan beskrivs i en mängd olika epidemiologiska data och jämförelser sker på nationell nivå. I dessa jämförelser är tandhälsan i Jämtland liksom i övriga norrland generellt något sämre än i övriga Sverige, men utvecklingen är positiv. Andelen kariesfria flickor och pojkar i Jämtlands län ökar och ökningstakten är samma som i övriga landet. Vad gäller 4-6 åringar ses en viss avstanning på ökningstakten generellt i Sverige. Riktlinjer för hur vården av barn och ungdomar ska bedrivas är framtagna vid Umeå universitet i samarbete mellan de fyra norrlandslandstingen.

Ur ett norrlandsperspektiv har 19-åringarna i Jämtland/Härjedalen haft lika mycket karies och lagningar som jämnåriga i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland – men ur ett Sverigeperspektiv har de mer karies.

I Jämtlands län har flickor och pojkar i åldersgruppen 3-19 år rätt att fritt välja utförare av tandvård. Vårdgivare som anslutit sig till avtalet åtar sig att behandla barn- och ungdomar enligt Region Jämtland Härjedalens riktlinjer. Beställarenheten inom Jämtlands läns landsting har tecknat avtal med folktandvården och med 22 privata tandläkare. Cirka 13 % av barnen går till privata tandläkare.

Inom gruppen patienter med särskilda behov finns de flesta i åldersgruppen 65 år och äldre. Denna grupp förväntas öka med 15% till 2021. Allt fler äldre kommer att ha kvar egna tänder med många olika typer av lagningar och ersättningar i munnen.

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade:

- patienter med akuta besvär
- regelbunden och fullständig tandvård till barn och ungdomar t.o.m. 19 år
- specialisttandvård till vuxna
- uppsökande och nödvändig tandvård.
- tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till sjuka och funktionshindrade.
- de med särskilt tandvårdsstöd.
- övrig tandvård för vuxna i den omfattning som bedöms lämpligt

Folktandvården

Folktandvården har planerings- och områdesansvar för alla medborgare i länet. De privata tandläkarna har rätt att välja vilka patienter de ska ta emot och alla privata tandläkare utför inte barntandvård. 2014 infördes LOV (Lagen om valfritetssystem) för flickor och pojkar mellan 3-19 år.

Utifrån avsnittet om tandvård är regionens utmaning de närmsta åren:

- Arbetet med att ge en jämlik tandhälsa i länet

Medarbetare

Området medarbetare ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, men även deltagande och engagemang samt arbetsmiljöfrågor.

- ✓ Med fokus på arbetsmiljö
- ✓ Med fokus på lärande och förnyelse
- ✓ Som visar effekter av satsningar som en del i den lärande processen

Kompetensförsörjningen en av de viktigaste framtidsfrågorna. I följande avsnitt beskrivs läget gällande arbetet för att regionen ska bli en attraktiv arbetsgivare och forskning, utveckling och utbildning.

Attraktiv arbetsgivare

Jämtlands läns landsting har under 2014 utarbetat en strategisk plan för att attrahera och behålla kompetenta och engagerade medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen. Målet är att vara en attraktiv arbetsgivare för kvinnor, män och queera medarbetare för att klara kompetensförsörjning på kort och lång sikt. Syftet är att visa vad Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare kommer att göra för att vara en attraktiv arbetsgivare samt vara ett stöd i vardagen för chefer och medarbetare.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning utgår från verksamhetens behov och syftar till att rekrytera och utveckla alla medarbetare med olika kunskap, erfarenhet, kön och ursprung. Det ska stärka verksamheternas och medarbetarnas möjligheter att möta framtiden.

Befolkningsutvecklingen visar att antalet äldre kvinnor och män ökar och att tillträdande på arbetsmarknaden kommer att understiga avgångarna till och med år 2025. Det har inte inträffat tidigare under modern tid. Det innebär en ökad konkurrens om den framtida arbetskraften.

Den ekonomiska utvecklingen med ett minskat skatteunderlag och ökad försörjningsbörda innebär att ett effektivt nyttjande av kompetens kommer att vara en viktig försörjningsfråga. Det gäller att bemanna med rätt kompetens, ta tillvara på, rekrytera och ställa om/avveckla kompetens utifrån verksamhetens behov och gällande lagstiftning. Grunden för kompetensförsörjningen är att kunna prognostisera kommande behov utifrån ett längre perspektiv, ständigt se över sammansättningen av kompetenser, vara en attraktiv arbetsgivaren och erbjuda ett gott ledarskap.

Det pågår ett kontinuerligt arbete för att klara kompetensförsörjningen på kort och lång sikt. Utbildningsuppdraget inom hälso- och sjukvården är en mycket viktig rekryteringsbas. En annan att marknadsföra jobb inom de olika verksamheterna, framförallt till unga som ännu inte valt yrke. Andra insatser för kompetensförsörjning är bland annat kontinuerliga rekryteringsinsatser inklusive

utlandsrekrytering, matchning av internt övertaliga mot behov och satsningar på karriärvägar och studiemedel som är riktade mot behov av specialistutbildade yrkesgrupper samt kompetensutveckling.

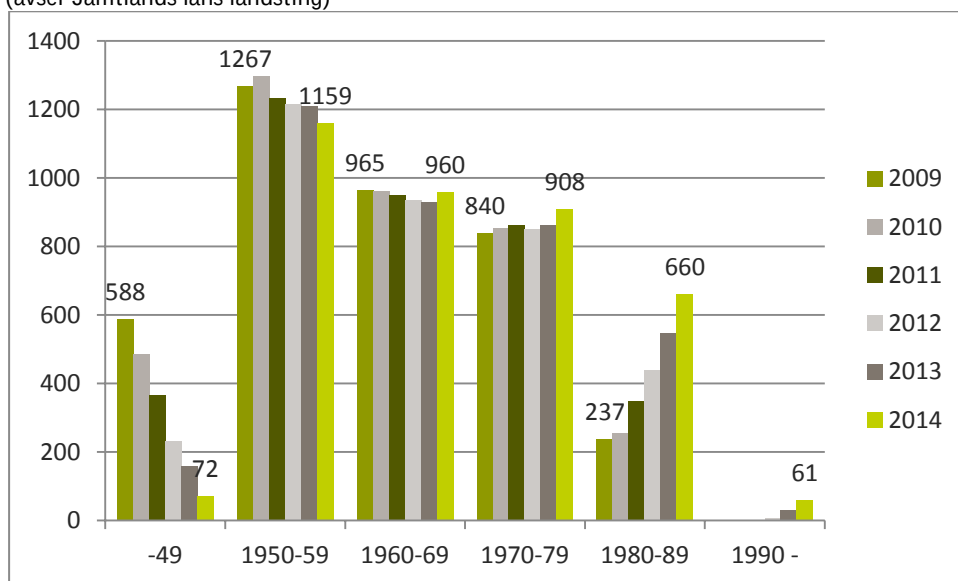
En prioriterad och viktig del inom det regionala utvecklingsområdet är kopplingen mellan utbildningssystemet och näringsliv/samhälle. Regeringen har tidigare gett regionerna i uppdrag att inrätta Kompetensplattformar i alla län. Regionförbundet har arbetat med att inrätta kompetensplattform som blir viktig för det fortsatta arbetet med kompetensförsörjning och kompetensutveckling i regionen.

Kompetenssammansättning inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården sker det en förskjutning mot högre och dyrare kompetens. Produktionen och uppdragen till verksamhetsområdena är grunden för vilken kompetens som behövs. Produktions- och kapacitetsplanering är ett led i att bättre kunna styra mot bemanningsmål och krav på/behov av kompetensnivå. Vårdnära tjänster i form av köks-, förråds- och transporttjänster infördes under 2014. Det kommer att frigöra resurser och kompetens för det patientnära arbetet. Det är en viktig åtgärd för att nyttja kompetenser på rätt sätt. Under 2015 fortsätter analyser kring ”vem gör vad i vården?” dvs förändringar så att arbetsuppgifter ska flyttas så att alla arbetar på toppen av sin kompetens och för effektivare nyttjande av de personalresurser som finns.

Generationsväxling

(avser Jämtlands läns landsting)



Förklaring: X-axel avser antal medarbetare. Y-axel avser födelseår

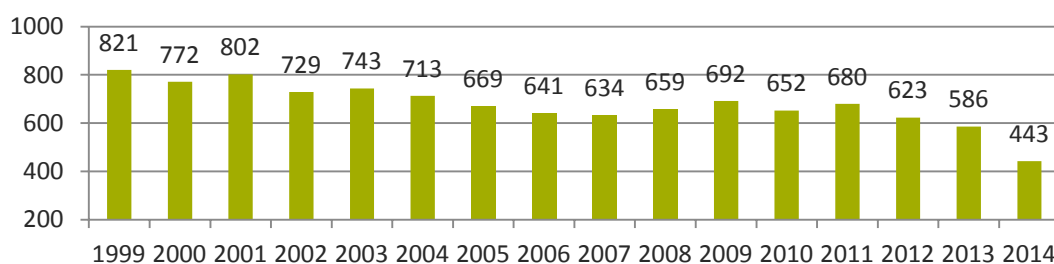
Kompetensväxlingen utifrån att medarbetare födda på 40-talet gått i pension har kunnat hanteras utan några märkbara konsekvenser för möjligheten att rekrytera och bemanna. Inom vissa yrkesgrupper är det personalbrist, framförallt vad gäller specialistläkare. Bristerna bedöms inte hänga samman med generationsskiftet utan beror på en ökad efterfrågan av bland annat läkare.

Att kvinnor och män födda på 90-talet är förhållandevis få kan delvis förklaras med att

dagens unga människor etablerar sig sent på arbetsmarknaden (28 år). Dessutom kräver många yrken inom Region Jämtland Härjedalen att medarbetaren har någon form av högskole- eller universitetsexamen. De kommande pensionsavgångarna ska ställas i relation till minskade ungdomsgrupper. Gymnasieungdomar minskar drastiskt, framförallt här i länet, ända fram till ungefär 2017. Även om alla som går i pension inte ska ersättas så förväntas en hårdare konkurrens om den framtida arbetskraften.

Hel- och deltid inom Jämtlands läns landsting

Antal deltidsanställda 1999-2014



Antalet deltidsanställda inom Jämtlands läns landsting var 2014 443 personer. I gruppen ingår deltidsanställda som har haft varaktig sjuksättning och blivit beviljade SAP på deltid. Antalet deltidsanställda har minskat under senare tid.

Det personalpolitiska utskottet har givit uppdrag om att verksamheterna ska förverkliga det politiska målet: "Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet". Arbetet med att erbjuda heltidsanställningar påbörjades under 2014. Det har bidragit till minskningen av antalet deltidsanställda. Arbetet med att erbjuda heltid fortsätter under 2015.

Personalförändringar med anledning av det regionala utvecklingsuppdraget

I och med att Region Jämtland Härjedalen bildats sammanförs landstingets och Regionförbundets medarbetare. Regionförbundet hade 2014 totalt 185 personer och 5 personer övertas från Länsstyrelsen 2015.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

Sjukfrånvaron inom Jämtlands läns landsting minskade från 6,9 % 2013 till 6,7% 2014.

Sjukfrånvaron för både kvinnor och män har minskat. Men fortfarande har kvinnorna högst

sjukfrånvaro på 7,3% och männen har 4,7% under 2014. I jämförelse med andra landsting i Sverige är sjukfrånvaron hög i regionen. Ett högt utgångsläge kräver mer insatser för att nå en hälsofrämjande arbetsmiljö. En stor del av sjukfrånvaron (63 %) är långtidssjukfrånvaro, längre än 60 dagar.

Regionens arbetsmiljöenkät genomförs två gånger varje år. Enkäten berör den psykosociala arbetsmiljön och är en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet för att följa upp att en tillfredställande arbetsmiljö uppnås och för att förebygga ohälsa. Enkäten ska vara en naturlig del av uppföljningen i den dagliga verksamheten och som en grund till dialog på arbetsplatsträffar kring arbetsmiljön.

Beslut har tagits under 2014 om att en Långsiktig utvecklingsplan för sjukskrivning ska utarbetas under 2015. Då med sjukskrivning av länets medborgare i fokus, men analyser och åtgärder kommer att vara till stor nytta också för Region Jämtland Härjedalens arbete med sjukskriven personal.

Ytterligare statistik och uppföljningar inom personalområdet kommer under våren i det särskilda personalboksutlåt.

Utifrån de personalstrategiska frågorna är regionens utmaning de närmsta åren:

- Arbeta för god kompetensförsörjning på kort och lång sikt
- Hantera kompetensförskjutning på strategiskt bästa sätt
- Klara av generationsväxlingen
- Minska sjukfrånvaron och beakta folkhälsostrategins uppdrag att vårdsektorns ska vara en förebild för andra

Forskning, utveckling och utbildning

Dagens sjukvård är i ständig utveckling och går mot en mer specialiserad vård. Samtidigt gör distansoberoende teknik och nya innovationer att mycket av framtidens sjukvård kommer flyttas i närheten av eller in i patienternas hem. Därför är forskning, utveckling och utbildning (FoUU) en förutsättning för att sjukvårdens verksamheter ska kunna möta kunskapssamhällets behov i framtiden.

FoUU bidrar till kompetensväxling och skapar en grund för förändring och förbättring av verksamheten samtidigt som det bidrar till en lärandemiljö som stimulerar till kritiskt tänkande och livslångt lärande. På så sätt kan nya metoder som gagnar den kliniska vardagen eller patientnyttan komplettera eller ersätta befintliga metoder. Forskning och utveckling, tillsammans med den kliniska utbildningen av blivande medarbetare, skapar en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som gör Region Jämtlands Härjedalen till en attraktiv arbetsgivare för alla yrkeskategorier samtidigt som det stärker länets utveckling och regionens varumärke.

Region Jämtland Härjedalen satsar årligen ca 6,5 mkr per år på forskning och utveckling. Dessa medel stöder både avancerad klinisk forskning och enklare utvecklingsprojekt med avsikt att förbättra medarbetares eller patienters vardag. En stor andel av FoU-medlen används också för finansiering av deltidstjänster för forskarstudier eller meritering mot docentur eller professur. Årligen disputerar en till fyra doktorander och regionen visar en positiv trend gällande ökningen av andelen disputerade medarbetare. Idag har Region Jämtland Härjedalen cirka 50 disputerade medarbetare, varav nio personer är lektorer med förenad anställning vid Umeå Universitet, ytterligare två är docenter och tre är professorer. Dessutom finansieras även tre halvtidstjänster som industridoktorander vid Mittuniversitetet, samt två doktorandtjänster till den Mittskandinaviska forskarskolan för sjuksköterskor. Två allmänläkare med inriktning mot äldre vård planeras rekryteras till hälsocentralerna i Bräcke och Ragunda. Tjänsterna ska kombineras med forskarutbildning vid KTH.

För att ytterligare stärka den kliniska forskningen inom regionen inrättas ett kliniskt forskningscentrum (KFC) bestående av en forskningsmottagning och ett forskningslaboratorium i Östersunds sjukhus. Verksamheten inom KFC innefattar också ansvaret för regionens biobanksverksamhet.

FoUU-staben har det övergripande ansvaret för regionens kliniska utbildningsåtagande samt att utveckla, stimulera och underhålla den akademiska miljön i samarbete med framför allt Umeå universitet, men också med andra aktörer och lärosäten.

Regionen har åtagande i Umeå universitets läkarutbildning under terminerna 6-9 och 11. Regionen har också studierektorer för utbildning av ca 100 ST-(specialist-tjänstgöring) och ca 50 AT-(allmäntjänstgöring)läkare. Dessa säkerställer undervisning och handledning i ST-läkarnas utbildning i vetenskapsmetodik, samt att skapar förutsättningar för AT-utbildning av hög kvalitet i samverkan med verksamhet och ledning. Studierektor för PTP-psykologer utvecklar ett PTP-program för psykologer.

FoUU-staben har också ansvar för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) av studerande inom medellång vårdutbildning, (sjuksköterskor mfl. yrken). Dessutom samordnas arbetsplats förlagd lärande (APL) för många av länets vård- och omsorgsprogram (undersköterskor). Årligen finns 1000-1200 studenter/elever som får utbildning och handledning inom hälso-, sjuk- och tandvården. Inom den sektorn finns cirka 2 800 medarbetare. Rent teoretiskt har minst varannan medarbetare ett handledningsuppdrag av varierande omfattning under ett år.

Utifrån avsnittet om FOUU är regionens utmaning de närmsta åren:

- Utveckla regionens arbete med forskning, utveckling och utbildning för att möta samhällets behov.

Verksamhetsresultat

Område Verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Bland icke finansiella resultat ingår utfall för "stora" processer.

Inför arbetet med planeringsförutsättningarna fick regionala utvecklingsförvaltningen och centrumen inom regionstyrelsens förvaltning i uppdrag att redovisa sina förutsättningar och framtidsbilder inför åren 2016-2018. De redovisningarna finns beskrivna i det här avsnittet samt en beskrivning av regionens verksamhetsstrategi, ekonomiskt läge och den långsiktiga planen för god ekonomisk hushållning.

Regionens verksamhetsstrategi

Bästa hälsa utan väntan



Lean innebär att:

- arbeta för att få bort det som inte skapar värde för patienten.
- minska på slöserier genom att se över hur vi jobbar.
- tillsammans hitta bra lösningar och arbetssätt.
- bli bättre på att mäta och visa våra resultat.
- lära av varandra och följa upp det arbete vi utför.

Landstingets Leanarbete är inget projekt utan en resa mot ständigt förbättring och utveckling. Både för medarbetare och organisation!

Utmaningen ligger i att förbättra våra system, förändra våra beteenden och vara uthålliga!

Mer information hittar du på [Leansidan](#)

vad vi gör och hur

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

I Leans principer finns begrepp som är väsentliga för hur en organisation löser sina uppgifter. Flödeseffektivitet är ett centralt begrepp och mäter effektiviteten för en tjänsts väg genom organisationen, i detta fall närmast patientens väg.

Flödeseffektivitet är starkt kopplat både till tillgänglighet, kvalitet och ekonomi och ett av de verktyg som används med goda resultat är produktions- och kapacitetsplanering. Här utgår man alltid från vad som är bäst och effektivast för patienten/kunden och planerar befintliga resurser utifrån det, inte det omvända.

I långsiktig plan för God ekonomisk hushållning finns målsättningar för ett långsiktigt leanarbete och särskilt avsatta medel.

Under 2015 pågår arbete med varumärket Region Jämtland Härjedalen. Där kommer fördjupningar kring värdegrund, vision och verksamhetsidé att ske.

Regionstyrelsens förvaltning

Regionstyrelsens förvaltning servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden. Inom förvaltningen finns sju centrum med ansvar för var sitt verksamhetsområde; Centrum primärvård, Centrum opererande specialiteter, Centrum medicinska specialiteter, Centrum Barn, Kvinna, Psykiatri, Centrum Folktandvården, Centrum diagnostik, teknik och service och Centrum för lednings och verksamhetsstöd. I det här avsnittet ges en bild av centrumen och områdena med vårdverksamhet, dels verksamhetens nuvarande innehåll och dels dess framtida utmaningar.

Centrum primärvård

Centrum Primärvård består av följande hälsocentraler och antal listade per hälsocentral.

Landstingsdrivna	Antal listade
Svenstaviks HC	3 917
Myrvikens HC	3 287
Bräcke HC	4 736
Kälarne HC	1 411
Svegs HC	5 872
Funäsdalens HC	2 084
Krokoms HC	10 011
Föllinge HC	1 579
Hammarstrands HC	3 833
Stuguns HC	1 269
Strömsunds HC	4 787
Backe HC	1 390
Järpens HC	4 296
Åre HC	4 667
Hallens HC	1 507
Zätagränds HC	12 539
Frösö HC	12 761
Odensala HC	14 816
Lugnviks HC	7 436
Lits HC	3 679
Brunflo HC	10 005
Privata	
Fjällhälsan	2 323
Hälsorum Offerdal	2 255
Nya Närvården	5 285
Närvård Frostviken	802
Totaler	126 547

I den landstingsdrivna primärvården finns också anslagfinansierad verksamhet i form av

- Sjukvårdsrådgivningen
- Ungdomsmottagningen
- Närvårdsavdelningen i Strömsund
- Korttidsplatser i Sveg

I oktober 2014 gjordes en rapport med verksamhetsgenomgång av primärvården där många faktauppgifter framgår.⁴

Viktiga framtidsbilder:

- Den landstingsdrivna primärvården har under de senaste åren gått med underskott. En utredning är tillsatt och ska under 2015 presenteras förslag till förändringar för att verksamheten ska klara inom tilldelade medel.
- Att komma bort från staffettläkarberoendet är ett högt prioriterat uppdrag
- Utredning pågår också om hur primärvårdens jour och beredskapsverksamhet ska vara
- I samverkan mellan primärvården och specialistvården pågår ett arbete med samarbetsöverenskommelser för olika diagnosgrupper. Syftet är att förtydliga vilka metoder och rutiner som gäller och vad primärvårdens ansvar är liksom de olika specialistvårdsverksamheternas ansvar är.

Ekonomi

Den landstingsdrivna primärvården finansieras på samma villkor som de privata hälsovalsaktörerna.

⁴ Delrapport 1 Paket 6, Långsiktig utvecklingsplan för ekonomisk hushållning – Förändra strukturen för den landstingsdrivna primärvården (dnr LS/1758/2012)

Centrum opererande specialiteter

Centrum opererande specialiteter består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård-platser	Belägg-nings-procent	Medel vård-dagar
Avd 211 ögon/öron/urologi	18	94	4
Avd 213 mag-tarm kirurgi	22	98	7
Avd 413 kärl-bröst-endokrin kirurgi	22	91	5
Avd 209 - ortopedi	24	77	5
Avd 409 - ortopedi	24	84	6
SUMMA	110		

I nedanstående tabell anges antal patienter, det vill säga unika invånare som besökt mottagningarna. Varje patient kan besöka mottagningen flera gånger under ett år. Besök= både fysiska besök och telefonkontakter hos alla yrkeskategorier.

Mottagning	Antal patienter	Antal besök
<i>Uppgifterna avser alla vårdgivarkategorier</i>		
Akutmottagning, IVA	23 530	37 467
Endoscopy	2 855	3 685
Kurator kirurgi	751	2 343
Kirurgi inskrivn/dagvård	866	1 921
Kirurgimottagn	7 269	14 485
Uroteralmottagn	918	3 268
Stomiterapimottagn	395	1 733
Onkologmottagn	525	4 152
Storsjöggläntan	267	2 262
Ortopedmottagn	7 846	14 274
Ryggkirurgisk mott	872	2 239
Ögonmottagn	11 685	22 134
Öron-näsa-hals	4 846	8 976
Logopedmottagn	570	2 009
Arbetssterapi/ sjukgymn	1 875	5 463
Hörcentralen	4 094	11 027
Syncentralen	651	1 962
SUMMA	69 815	139 400

Utöver dessa avdelningar och mottagningar finns också ambulans, obs-platser, centraloperation,

tolkcentralen för syn och hörseltolkning inom Centrum opererande specialiteter.

Viktiga framtidsbilder:

Medicinsk kvalitet

- Snabb teknisk och medicinsk utvecklingen medför fortsatt stort investeringsbehov.
- Uppdrag att utreda möjligheten att inrätta en onkologisk verksamhet vid Östersunds sjukhus
- Fortsatt utveckling av dagkirurgi.
- Nya patientlagen med högre krav på patientens delaktighet.

Tillgänglighet

- Fortsatt högt akutinflöde. För att klara patienter färdiga på akutmottagningen inom 4 timmar behöver hela akuta flödet från primär-vård till vårdavdelning och hemgång ses över.
- Fortsatt hög produktion på c-op är en förutsättning för att kunna klara tillgängligheten. Örons renoverade operationssal ger möjlighet till omfördelning och ökad produktion.
- Fortsatta med "Rätt kompetens till rätt uppgift"
- Fortsatt planering inför ombyggnationen av kirurg- och ortopedmottagningen.
- Tillgängliga vårdplatser, rätt patient på rätt plats, bra samverkan med kommuner.
- Produktions- och kapacitetsplanering enligt femstegsmodellen ska genomföras under 2015 på alla berörda verksamheter.
- Tidigare bortprioriteringar av sterilisering ska fortsättningsvis utföras.
- Fortsatt utveckling av E-hälsotjänster.

Medarbetare

- Brist på specialistkompetens inom urologi, plastikkirurgi, onkologi, öron- ögonkirurgi, bröstkirurgi, fot- och ryggkirurgi samt barnortopedi medför fortsatt behov av stafettläkare.
- Brist på allmänsjuksköterskor medför svårighet att bemanna vårdavdelningarna och risk för stängda vårdplatser.
- Brist på medicinska sekreterare.
- Brist på audionomer medför behov av stafetter.
- Befarad brist på IVA- och operationssjuksköterskor.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling.
- Fortsatt stort behov av riks - och regionsjukvård.

Centrum medicinska specialiteter

Centrum medicinska specialiteter består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård platser	Belägg- nings- procent	Medel vård- dagar
Avd. 30 Infektion	17	89	6
Lungavd.	16	93	7
Avd 408 Endokrin/ Hematologi	16	94	5
Hjärtintensiv	23	89	3
Mag-tarm- njuravd.	20	90	6
Medicin Strokeavd	19	93	5
Rehabavd.. (Remonthagen)	30	81	28
SUMMA	141		

I nedanstående tabell anges antal patienter, dvs unika medborgare som besökt mottagningarna. Varje patient kan besöka mottagningen flera gånger under ett år. Besök motsvarar både fysiska besök och telefonkontakter hos alla yrkeskategorier.

Mottagning	Antal patienter	Antal besök
<i>Uppgifterna avser alla vårdgivarkategorier</i>		
Hud o könsmottagning	3 954	11 381
Infektion- smittskyddsmott	2 288	4 003
Strokemottagn	182	242
Mobilt stroteam	184	1 425
Mag-tarmmottagn	939	1 835
408 hematologi endokrin dagvård	808	4 725
Dialys- njur mottagn	474	8 603
Hjärtmottagn	2 961	6 400
Lung o allergimottagn	2 607	7 671
Medicinmott	2 837	8 970
Neurologimott	1 697	3 472
Dietistmottagn	1 361	4 125
Reumatologimott (Remonthagen)	2 121	16 930
Smärtmottagn	452	3 168
Smärtrehab	166	940
Öppen rehabilitering	948	11 915
SUMMA	23 979	95 805

Viktiga framtidsbilder:

Patient

- Starkare patientperspektiv, pålästa kunniga patienter
- Större valfrihet och krav på högre delaktighet
- Verktyg till patient ex appar, MVK

Förändrad vårdflöden/vårdplatsstruktur

- Utökad specialistsjukvård i hemmet inkl rehabilitering
- Integration av mottagning och avdelning – bemanningsfördelar, lokalfråga
- Utökad "distansoberoende sjukvård"
- Högre grad av svårt sjuka på vårdavdelning
- Ökade insatser för att förhindra återinsjuknande
- PCI –verksamhet startar 2015 –full effekt 2016

Läkemedel

- Snabb medicinsk utveckling
- Effektiva men dyra läkemedel

Kompetens

- Kompetensförskjutningar
- Specialistsjuksköterskor
- Ökad grad av multiprofessionella team
- Hemtagning av viss RoR-vård ex inom hematologi och enklare thoraxkirurgi
- Ökad grad av interaktiva utbildningar

Rekrytering

- Fortsatt svårt att rekrytera sjuksköterskor och vissa specialister
- Rätt person gör rätt saker
- Utökad möjlighet till forskning
- Karriärstegar (utbildning och lön)

Nationella riktlinjer

- RCC – "Målet är att alla invånare i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland ska ha tillgång till bästa möjliga och likvärdig cancervård."
- Nya nationella riktlinjer kommer 2016 för MS/Parkinsons sjukdom

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling
- Fortsatt stort behov av riks - och regionsjukvård

Centrum barn, kvinna och psykiatri

Centrum barn, kvinna och psykiatri består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård-platser	Belägg-nings-procent	Medel-vård-dagar
Avd 108 barn ungdoms medicin	12	43	3
Avd 109 spädbarnsavdelning	8	57	8
Avd 107 gynekologi	9	73	3
BB-avdelningen	12	83	2
1B - Beroende enheten/tillnyktring	6	81	6
3A - Psykos/vård dömda	10	90	65
3B - Psykiatrisk akutvård	10	74	5
4A - Psykos och ätstörningar	10	88	32
4B - Allmänpsykiatri och äldre	14	88	22
SUMMA	91		

I nedanstående tabell anges antal patienter, dvs unika medborgare som besökt mottagningarna. Varje patient kan besöka mottagningen flera gånger under ett år. Besök motsvarar både fysiska besök och telefonkontakter hos alla yrkeskategorier.

Mottagning	Antal patienter	Antal besök
<i>Uppgifterna avser alla vårdgivarkategorier</i>		
Barn o ungdomsmedicin	5 755	12 680
Avd 108 barn o ungdom	915	2 257
Avd 109 neonatal	117	228
Föräldra- barn hälsan	296	1 270
Ungdomspsykiatrisk mottagn (UPM)	418	3 304
Barn-ungdoms-habilitering (BUH)	466	6 954
Vuxenhabilitering	294	2 597
Enheten f kvinnosjukv	5 936	16 908
Kvinnohälsan	649	1 689
Trauma-ångest mottagn	382	4 027

Mottagning	Antal patienter	Antal besök
Neuropsyk mottagn	440	2 080
Psyk akutmottagn	1 379	3 967
Barn- ungdoms-psykiatri (BUP)	1 363	14 646
Ätstörningsenhet	145	2 132
Affektiva öppenvård	741	9 861
Beroende öppenvård	544	7 040
Psykos öppenvård	432	2 647
Äldrepsykiatri Öppenvård	161	773
SUMMA	20 433	95 060

Från och med 2015 finns också Rett center inom detta centrum.

Viktiga framtidsbilder:

Område kvinna:

- Under 2015-2018 beräknas antalet förlossningar att successivt öka till 1500 år 2018 med reservation för antalet flyktingar.
- Lotsfunktion via telefon kommer att tillkomma/ öka (våld i nära relationer).
- Delar av privatpraktiserandes specialistvård överförs (motsvarande 50% specialisttjänst) inkl. infertilitet (ca 40 per/år) och IVF-patienter.
- År 2015 återupptas steriliseringar för kvinnor
- År 2015 utökas antal IVF och möjligheten till landstingsfinansierad PGD (preimplantatorisk genetisk diagnostik).
- Från september 2015 erbjuds sannolikt alla gravida kvinnor KUB (kombinerat ultraljud och biokemi).

Område Barn

- Antalet barn i åldersgruppen 0-4 år kommer att öka pga ett högre födelsetal. Även antalet barn i grupperna 5-9 år och 10-14 år kommer att öka något. Gruppen tonåringar i åldern 15-19 år har under en lång rad år minskat i storlek. Den åldersgruppen kommer att vara stabil år 2015 och 2016 och kommer sedan att öka utifrån nu kända data.
- En snabb medicinsk och teknisk utveckling medför fortsatta stora investeringsbehov. Investeringsbehoven, vad det gäller medicin-teknisk utrustning, finns främst inom neonatal-sjukvården och barnhjärtsjukvården men kommer också att ses inom andra centrum med

verksamheter som har anknytning till barnsjukvården.

- Målsättningen är att en stor del av den medicinska utvecklingen ska kunna ske vid sjukhus utanför regionsjukhusen, såsom t.ex. vid Östersunds Sjukhus och andra länssjuk-hus. Många delar i den medicinska utvecklingen kräver inte stordrift och kan med hög patientsäkerhet och med goda ekonomiska resultat ske vid mindre sjukhus.
- Fortsatt satsning på att så stor del av vården som möjligt ska ske vid Östersunds Sjukhus.
- Generationsväxling och snabb kunskapsutveckling inom flertalet grenspecialiteter och delområden kräver fortsatt stor satsning på undervisning, randningar vid andra sjukhus.
- Asylsökande familjer förväntas ge ett fortsatt betydande och värdefullt bidrag till barnpopulationen. Bredden på sjukdomspanoramat ökar därmed och ger en bättre inblick i det globala hälsoläget. Detta i sin tur ger en bättre sjukvård för alla medborgare.
- Det förväntas under perioden ett stort fortsatt inflöde med remisser från primär-vården, inklusive BVC. Samtidigt pågår det sedan hösten 2014 ett viktigt samordningsarbete med hjälp av en s.k. primärvårdskonsult med samordning av rutiner och ökat kunskapsutbyte. Det är viktigt att detta samarbete får fortsätta under många år.
- Det förväntas under perioden fler multisjuka barn med behov av både sjukvårdens och kommunernas resurser. Det ger ökade krav på samordning med kommunerna och Barnhabiliteringen.
- Under perioden 2016 - 2018 ska målbeskrivningen bli tydligare inom samtliga gren-specialiteter. Här ses bl.a. arbetet inom RCC som förebild för arbetet.
- En översyn pågår av primära omhändertagande av akut sjuka barn. Barnkliniken förespråkar en modell där detta omhändertagande ska kunna ske vid Barnkliniken dygnet runt. Detta i sin tur medför en avlastning för Akutmottagningen.

Område Psykiatri

- Området ser en risk för "psykiatisering" av livsproblem, då andra instanser i samhället såsom skolan, föräldraskapet, arbetslivet sviktar. Ofta blir idag vuxenpsykiatri ett slags sista instans för alla typer av problem, oavsett om det hör hemma där eller ej.

- Grupperna missbruk, neuropsykiatri, självskadebeteende tenderar att öka. Dessa grupper samt mer komplexa tillstånd (samsjuklighet) konkurrerar med de mer stabila grupperna såsom bipolära, psykos, mfl. Ser också en ökad förfrågan efter könsbyte.
- Införande av olika former av internetbehandling .
- Fördjupa brukar- och anhörigarbetet.
- Utveckla psykiatrins konsultativa roll gentemot vårdgrannar.
- Över tid kommer området ha svårt att ta emot alla patienter i tid, då patienterna ofta blir "kvar" inom psykiatri. För att motverka detta krävs tydliga vårdplaner, samordnande planer med kommunerna, tydliga individuella behandlingsmål för patienterna.
- Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor - vilket påverkar möjlighet att hålla alla slutenvårdsplatser öppna.

Område Barn Unga Vuxna

- Generellt gäller att de stora barnkullarna – åren kring 1990 - nu själva börjar bli föräldrar, vilket kan påverka samtliga verksamheter inom BUV.
- Flyktningmottagandet i länet innebär ökad inströmning av barn och familjer med omfattande problematik. 2014-2016
- Fler mycket tidigt födda barn medför fler barn med olika former av funktionsnedsättningar.
- Ökad kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättning i samhället ger ökad behov av diagnostik och behandling medicinskt, funktionellt och psykiatrisk.
- Kunskap om anknytning och om trauma och våld i nära relationer ger ett annat fokus i frågeställningarna
- Anpassning till barnkonventionen för barn och ungdomar med behov av slutenvård och LPT vård vilket innebär vårdplatser skilda från vuxenpsykiatri
- Skapande av en mellanvårdform med intensiv behandlingsform för barn och ungdomar med risk för placering eller slutenvård
- Den psykiska ohälsan hos unga kvinnor, och därmed även hos gravida har ökat. Ett försenat vuxenblivande, psykosocial otrygghet och arbetslöshet bidrar.
- Större medvetenhet/kompetens om kognitiva svårigheter i vardagen ökar behovet av rehabiliterande insatser, till exempel efter hjärnskakning, narkolepsi, hjärttransplantationer och epilepsi.

- Behov av intyg för stöd för att få LSS, körkort, parkering, färdtjänst, vårdbidrag, läkarutlåtande om hälsotillstånd m.m. Detta konsumerar vård som inte primärt möter patienten utan mer andra samhällsaktörers ökade behov av dokumentation och intyg.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren med svårighet klarats inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling.
- Fortsatt stort behov av riks - och regionsjukvård.

Centrum diagnostik, teknik och service

Centrumet för diagnostik, teknik och service ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende;

- radiologisk verksamhet inom medicinsk röntgen
 - klinisk fysiologi och neurofysiologi
 - laboratorieverksamhet inom klinisk kemi och transfusionsmedicin med blodcentral samt klinisk mikrobiologi
 - nuklearmedicin
 - klinisk patologi/cytologi via avtal m NUS⁵
 - service av medicinteknisk utrustning
 - bedriva blodverksamhet
 - lokalvård
 - lokalförsörjning
 - tvätt och textil
 - kost
 - vakt, inre transporter, post och bud
 - avfallshantering
 - förråd och transport
 - reception, kontakt mot patienthotell
 - tryckeri, kopiering och skyltning
 - arkiv och scanning samt sjukhusfotograf
 - hjälpmedelscentral
 - lagerhållning och distribution av sjukvårdsartiklar inom Jämtlands län
 - vårdnära service ; kost, förråd, städ och patienttransporter
 - konst och konstnärlig miljögestaltning.
- Minskat antal kostdagar – färre och sjukare inneliggande patienter – förändring av kostorganisationen är nödvändigt
 - Kostnader för hjälpmedel ökar – teknikutvecklingen för kommunikations- och kognitionshjälpmedel går snabbt.
 - Kompetensförsörjningen bekymmersam – många bristgrupper. Avtal med Västerbotten och anlitande av bemanningsföretag och diagnostik på distans nödvändigt.
 - Stora ombyggnadsbehov föreligger för hela landstinget. Specifikt för centrumet framför allt kök, laboratoriet och röntgen.
 - Ekologiska livsmedel driver kostnaden och få produkter finns på marknaden.
 - Stort patientflöde via receptionen – självcheckning bör införas. Receptionen läggs ut på entreprenad tillsammans med övriga receptioner och växel.
 - Patologin upphandlas.
 - Vårdnära service har permanentats för kost, förråd, patienttransporter och städ och är under ständig utveckling.
 - Oklart hur mycket administration som utförs av verksamhetspersonal men som kan/borde utföras av administrativ personal eller tas bort.
 - Landstingets fastigheter håller god standard och är energieffektiva.
 - Energimålen klaras men förutsättningen är kontinuerligt arbete med energiinvesteringar, teknikutvecklingen driver på energiförbrukningen .

De uppgifter som utförs inom centrumet får inte utföras inom någon annan enhet i regionen om inte annat särskilt beslutats. Det innebär att centrumet uppträder som huvudleverantör, och endera utför verksamheten i egen regi, genom annan leverantör eller i samverkan med länets kommuner.

Viktiga framtidsbilder:

- Ökat behov av diagnostik – nationella riktlinjer styr i viss mån men även en allmänt ökad efterfrågan av främst DT(datortomograf)och MR(magnetrontgen) men även av snabb analys av laboratorie-prover. Tidsfaktorn i kombination med högre kvalitet är generellt viktiga flödesaspekter.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet finansieras genom interna köp från övriga verksamheter, eller genom externa intäkter t ex hjälpmedelscentralen servar också länets kommuner

⁵ NUS = Norrlands universitetssjukhus i Umeå

Centrum folktandvård

Folktandvården finns i hela Jämtlands län, från Gäddede i norr till Sveg i söder. Totalt finns 21 kliniker. I Östersund finns specialist- och sjukhustandvården.

Folktandvårdens framtida verksamhet inom allmäntandvården är beroende av tillgången på patienter och möjligheten att rekrytera tandläkare, främst då till kliniker utanför Östersundsområdet.

I dagsläget har ca 46 % av länets kvinnor, män, flickor och pojkar valt folktandvården som vårdgivare dessa benämns revisionspatienter. Andelen barn är 76 % och andelen vuxna 38 %. Till det tillkommer ett antal patienter som inte är revisionspatienter, utan som ”ringer själv” när de vill komma. Det är inte heller helt ovanligt att patienter hos privata tandläkare uppsöker folktandvården under de tider som den ordinarie vårdgivaren inte är på plats, det vill säga på helger och under delar av sommaren. Genom länets turism förekommer även akuta besök av icke länsinnevånare.

Alla patienter kallas till tandvårdsbehandlingar utifrån sitt framtida uppskattade vårdbehov. De friska (utan förmodat vårdbehov) kallas med längre intervall och de med störst behov får mest vård.

Viktiga framtidsbilder:

- Jämtlands län har en åldrande befolkning där fler har egna tänder och där allt fler är beroende av hjälp i sitt dagliga liv. Det innebär en stor framtida utmaning för Folktandvården och kräver planering och resurser.
- Inom kommunerna har tandvård fått ett större fokus i och med införandet av riskbedömning av munhälsa, som en del i Senior Alert. Folktandvården har inrättat en projektanställning med syfte att utveckla samarbetet mellan Folktandvården och kommunerna och organisera den uppsökande och nödvändiga tandvården samt utbildning av vårdpersonal.

- Det ökande flyktingmottagandet i länet märks tydligt på Folktandvårdens kliniker. Många är i behov av akut tandvård. Därför är det viktigt att Folktandvården får en mer given plats vid planering av flyktingmottagandet än tidigare.

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har Folktandvården på regiondirektörens uppdrag gjort en rapport⁶ om Folktandvårdens framtida struktur inom allmäntandvården.

Det är generellt sett svårare att rekrytera nya medarbetare till små kliniker än till större enheter. Redan idag har Folktandvården svårigheter att bemanna vissa kliniker. Erfarna medarbetare har behov av kollegialt utbyte och nytutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor. Verksamheten på små kliniker är sårbarare vid personalförändringar. Enligt prognoser kommer befolkningsunderlaget utanför Östersund att minska ännu mer, vilket minskar patientunderlaget för redan små kliniker ytterligare. För att säkerställa att Folktandvården, även under kommande år, kan tillämpa ny teknik och nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet, har Folktandvården tagit fram ett förslag till ny framtida standard.

För att kunna uppnå den framtida standarden, krävs att antalet kliniker i region Jämtland Härjedalen minskas, så den föreslagna standarden kan verkställas.

Om Regionfullmäktige fattar beslut om detta under 2015 kommer den stora utmaningen för Folktandvården att vara att verkställa enligt föreslagna standard.

⁶ Framtida struktur för folktandvården dnr RS/73/2015

Förvaltningen för regional utveckling

Riksdagen har tilldelat Region Jämtland Härjedalen det regionala utvecklingsansvaret för Jämtlands län. Uppdraget styrs ytterst av europeiska och nationella styrdokument och riktlinjer, däribland den *Nationella strategin för regional tillväxt och attraktionskraft* liksom det årliga *Villkorsbeslutet* från Näringsdepartementet. I de här övergripande uppdragen ingår att arbeta fram och därefter implementera en Regional utvecklingsstrategi.

Utgående från dessa fastlagda styrdokument har den Regionala utvecklingsförvaltningen organiserat sin verksamhet för genomförande i fem olika verksamhetsområden:

- Näringsliv
- Kompetens och utbildning
- Infrastruktur och kommunikationer
- Attraktion och livsmiljö
- Kultur

För ett effektivt genomförande av uppdragen strävar verksamhetsområdena att arbeta horisontellt – ”hängrännor” – eftersom ett framgångsrikt tillväxtarbete kräver insatser från många områden samtidigt.

Region Jämtland Härjedalen har också en överenskommelse med länets kommuner gällande samverkan inom vissa regionala frågor, till exempel kompetensförsörjnings- och energifrågor. Detta genomförs inom den Regionala utvecklingsförvaltningens olika områden.

Område Näringsliv

Från 2015 har Region Jämtland Härjedalen övertagit hela ansvaret för de regionalpolitiska medlen. Företagsstödet överförs från länsstyrelsen, vilket innebär att ytterligare 76 miljoner blir tillgängliga för regionens arbete, d.v.s. totalt 115 miljoner kronor.

Övertagandet av ansvaret ställer höga krav på den nya organisationen, att få detta att ske så smidigt så att de företag som redan idag har stöd beviljat, och företag som söker ett stöd, inte märker någon skillnad i arbetssätt och service. Det samarbete som har funnits mellan kommunerna och

länsstyrelsen vad gäller arbetet med företagsstödet genomförande ska behållas.

Under första halvåret av 2015 kommer även EUs strukturfonds- och interregprogram att komma igång vilket innebär möjligheter för privata organisationer/sammanslutningar samt de offentliga att söka medel för olika projekt som ligger i linje med de intentioner som finns i programmen.

För att stärka näringslivet arbetar Region Jämtland Härjedalen med både kort och långsiktiga insatser utifrån flera aktiviteter och projekt. Utifrån de förutsättningar som finns stöds utvecklingen i länet genom samarbeten och medfinansiering av den näringslivsstruktur som finns i länet. Fokus är att underlätta för företag att växa på den nationella och internationella marknaden.

Goda kontakter ska främjas mellan företag och myndigheter på lokal och regional nivå med snabb och korrekt behandling av olika frågor. Det bör även utvecklas arenor mellan företag/företagens organisationer och kommun/statliga myndigheter för dialog kring tillväxthinder och hur dessa kan undanröjas

Bättre samverkan mellan forskning och företagande
Länet ska skapa ökad samverkan mellan forskningsvärlden och företagen. Företagen ska också stärka sitt arbete med att efterfråga forskningskompetens. Forskning inom Mittuniversitetet ska ha sådan profil att den stärker länets näringsliv, kan förse företagen med erforderlig kunskap och kompetens samt att FoU-innovationer avknoppas till kommersiella produkter. Även företagandet inom Social ekonomi och näringslivsinriktat landsbygdsutveckling ska stärkas.

I Jämtlands län är besöksnäringen en basnäring med större betydelse för sysselsättning och tillväxt än i många andra regioner. Tillsammans med en tradition av småföretagande och entreprenörskap är företagandet inom turism och upplevelser stark. Det har bidragit till att länet är ett av de större besöks-länen i landet. En fortsatt utveckling inom området ska stimuleras.

Viktiga samarbetspartner i stödet för regionens näringslivsutveckling är bland andra:

- ALMI Företagspartner Mitt AB
- Jämtland Härjedalen Turism/Länets turistdestinationer
- Länsstyrelsen Jämtlands län
- Mittuniversitetet
- Länets kommuner
- Företagens intresseorganisationer
- Inlandsinnovation
- Mid Sweden Science Park AB (MSSP AB)
- Torsta AB
- Coompanion – Kooperativ utveckling i Jämtlands län ekonomisk förening

För att ytterligare stärka och skapa en starkare utveckling i länet har Region Jämtland Härjedalen valt att vara delägare i några strategiska företag samt medlem i ekonomiska föreningar:

- ALMI Företagspartner Mitt AB (24,5 %)
- VattenbruksCentrum Norr AB (20 %)
- Mid Sweden Science Park AB (15 %)
- Torsta AB (40 %)
- Naboer AB (11,8 %)
- Jämtland Härjedalen Turism (ek. för.)
- Coompanion – Kooperativ utveckling i Jämtlands län (ek. för.)

Område Utbildning och kompetensförsörjning

Här finns en särskild prioritering gällande området integration. Antalet kommunplacerade utrikes födda i länet har flerdubblats de senaste åren och prognosen är att antalet kommer att fortsätta att öka. Det höga trycket hos Migrationsverket innebär dessutom att det kan behöva öppnas boenden för asylsökande med kort framförhållning i länets kommuner. Då det gäller integration och mottagning av nyanlända är det flera myndigheter och aktörer som har ansvar för olika delar: Migrationsverket, arbetsförmedlingen, länsstyrelsen, kommunerna, upphandlade utförare t ex SFI, civilsamhällets organisationer.

Med så många aktörer finns behov av samordning och samverkan och Region Jämtland Härjedalen har därför åtagit sig den rollen dels genom den regionala överenskommelsen RÖK och dels genom de behov av samordning och utvecklingsarbete som kommunerna i länet har uttryckt.

I den regionala utvecklingsstrategin RUS lyfts följande mål mot 2030:

- Länets elever genomgår utbildning med uppnådd gymnasieexamen
- Fler i högre utbildning
- Näringslivsanpassade utbildningar
- Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling

Verksamhet som påbörjas 2015 med sikte på framtiden

- Den andel ungdomar som slutar skolan i förtid ska vara under 10 %.
- Fler personer utbildar sig på en högre nivå än idag, minst 40 % av den yngre generationen ska ha avslutad högre utbildning.
- Utveckla vidare den regionala kompetensplattformen för tryggad kompetensförsörjning och tillväxt i länet. Insatser för bättre matchning mellan tillgång och efterfrågan på kompetens.
- Implementering av ungdomsstrategin med syftet att vara en attraktiv region för unga.
- Ny Integrationsstrategi för ökad inflyttning till regionen och förbättrad integration.
- Utveckla förutsättningarna för mer näringslivsanpassade utbildningar t ex yrkeshögskolan och lärlingsutbildning.
- Utveckla lärcentra och vuxenutbildningen i regionen. Implementera det operativa programmet för livslångt lärande
- Insatser för att närma skolan till arbetslivet.
- Utveckla studie och yrkesvägledningen.
- Ökad kunskap om EU i regionen genom Europa. Direkt, ökad mobilitet och utbyten med övriga regioner.
- Utveckla plattformen Zonline för länets skolor och utbildningar.
- Vidareutveckla folkhögskolornas roll och verksamhet i det livslånga lärandet.

Enheter inom detta område är folkhögskolorna

Birka Folkhögskola startade sin verksamhet år 1901 och är en av de 43 av totalt 150 offentligägda svenska folkhögskolor. De offentligägda skolornas huvudsyfte är att driva utbildningar och verksamhet som gagnar den egna regionen och dess

prioriteringar. På skolan studerar totalt knappt 200 kursdeltagare, fördelade på allmän kurs, musikutbildningar, yrkesinriktade kurser, internationell kurs, korta kurser och distanskurser.

Bäckedals folkhögskola är regionens folkhögskola i Härjedalen. De övergripande målen och de yttre ramarna för verksamheten vid skolan bestäms av huvudbidragsgivarna, d.v.s. staten och regionen samt av våra kursdeltagare och andra brukare, vilkas önskemål och behov utgör en viktig utgångspunkt för planeringen av verksamheterna. På skolan finns kurser i allmänna ämnen som ger behörighet till fortsatta studier. Här finns sedan trettio år unika kurser i hantverk med äldre tekniker i olika material. Kurser ger ökad förståelse för samspelet mellan människa, natur och teknik.

Område Infrastruktur

Regionen har två huvuduppgifter inom detta område:

- Uppdrag från staten att ansvara för den regionala infrastrukturplaneringen
- Fungera som regional kollektivtrafikmyndighet enligt den nya kollektivtrafiklagen som började gälla 1 januari 2012.

Även inom detta område har regionen hel- eller delägda bolag:

- Länstrafiken i Jämtlands län AB (helägt i och med skatteväxlingen 2015)
- Transitio AB (delägt)
- Norrtåg AB (indirekt genom deläggande hos Länstrafiken i Jämtlands län AB)

Modern infrastruktur och bra kommunikationer är viktiga grundförutsättningar för företagande, arbetsliv och studier. Bra kommunikationer behövs för att nå service i både kommunernas huvudorter och centralorten Östersund. Bra infrastruktur och goda kommunikationer behövs för att företag i länet ska kunna konkurrera med marknader i Sverige och övriga världen. Kampen för att besöksnäringens behov ska tillgodoses fortgår med krav på ändrade beräkningsgrunder för medelstilldelning. Snabb och säkra tele- och datakommunikation är en förutsättning för företagande, hälso- och sjukvård och distansutbildning i hela länet. Vägar är i behov av upprustning. Järnvägarna, både i öst-västlig riktning och tillika inlandsbanan, behöver investeringar för att klara ökad trafik och resande. Anslagen till Jämtlands län har minskat kraftigt och

det är en politiskt prioriterad uppgift att få fler infrastrukturinvesteringar till länet.

Område Attraktionskraft och livsmiljö

Målen för området attraktion och livsmiljö utgår från de övergripande målen i den regionala utvecklingsstrategin 2014-2030, vilken i sin tur har tydlig koppling mot såväl Nationell strategi för regional tillväxt och attraktionskraft 2014-2020 som Europa 2020 - en smart, hållbar tillväxt för alla. På en övergripande nivå ska resurseffektivitet gällande nyttjande av naturresurser, liksom sociala resurser, alltid beaktas i planarbete och andra styrdokument. En hållbar utveckling är för länet en självklarhet.

Området arbetar huvudsakligen inom fyra av de sju utvecklingsområden som den regionala utvecklingsstrategin har lagt fast men har aktiviteter inom flera andra områden också. Målbilden är att Jämtlands län ska vara en öppen plats där alla åldrar kan leva och utvecklas och dit många gärna återvänder. Ett väl fungerande folkhälsoarbete och regionalt utvecklingsstöd för vård och omsorg är en förutsättning för annan utveckling.

Länet ska upplevas som kreativt och tillåtande och locka till inflyttning. Tillgången till en ren och vacker natur, attraktiva boendemiljöer och närheten till fjällvärlden med goda kommunikationer, god offentlig och kommersiell service samt ett rikt kultur- och idrottsutbud är viktiga beståndsdelar i länets attraktionskraft. Den goda miljön och attraktiva omgivningar ger goda förutsättningar för både hälsa och välbefinnande. Området Attraktion och Livsmiljö delar även mål med enheterna Näringsliv samt Kompetens och utbildning

Uppdragets fullständiga genomförande kräver ett systemskifte ur många aspekter. Den belastning som vår nuvarande livsstil innebär på klimat, biologisk mångfald och våra naturresurser är inte långsiktigt hållbar, det gäller såväl privat som inom näringslivet. Området är delaktigt i det nationella arbetet inom Reglab⁷ att ta fram ett bredare mått hur regional utveckling mäts och följs upp.

Sambanden mellan hållbar tillväxt och fysisk planering blir allt tydligare och målsättningen är

⁷ Reglab är mötesplats för regioner, nationella myndigheter, forskare och andra som vill öka sin kompetens kring frågor om regional utveckling. (www.reglab.se)

att nå en integration av de båda delarna med respekt för det kommunala planmonopolet. Genom en breddad syn inom området kan det ömsesidiga beroendet mellan stad – land bättre lyftas fram.

Det utvecklingsarbete som under senare år skett inom social välfärdsområdet måste präglas av långsiktighet vilket kan ske genom en förstärkning av den FoU-verksamhet som finns i samverkan med andra kunskapsmiljöer i länet. De upparbetade samverkansarenorna vidareutvecklas.

För att Jämtland ska kunna bibehålla sin målbild som en plats där alla åldrar kan leva och utvecklas och dit många gärna återvänder är det viktigt att mångkultur tillåts växa sig starkt. Den utomnordiska inflyttning som för närvarande sker skapar positiva möjligheter som ska tas tillvara. Länet ska upplevas som spännande och tillåtande för unga människor och vad gäller jämställdhet ligger vi långt framme. Det gör att unga kvinnor finner länet som en attraktiv plats att verka från. För äldre ska länet ge förutsättningar för det goda livet där erfarenhet och livkunskap uppskattas och tas tillvara för länets utveckling

Område Kultur

Region Jämtland Härjedalens kulturpolitiska vision är att vara en livskraftig region, där kulturen bidrar till utveckling och hållbar tillväxt och där alla har tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själva skapa och uttrycka sig. Konst och kultur bidrar till ett öppet samhälle, god livsmiljö och folkhälsa i hela länet och till att länet upplevs attraktivt att bo och verka i.

Konst och kultur är en drivkraft för lärande, regional tillväxt, attraktionskraft och social sammanhållning. Kulturen ska vara en fri obunden och dynamisk kraft med yttrandefriheten som grund. Kreativitet, mångfald och konstnärlig kvalitet ska prägla samhällets utveckling. ”Investeringar i kultur frigör kreativitet som föder nya idéer, skapar innovationer och leder till regional utveckling”, (Richard Florida).

Länskulturen är en del av Region Jämtland Härjedalen med uppdrag att i samverkan med kommunerna och civilsamhället komplettera, stödja utveckling och bidra till ett dynamiskt utbud av kultur i hela länet som en integrerad del i det regionala utvecklingsarbetet.

Länskulturens egna verksamheter är Estrad Norr; scenkonst, Filmpool Jämtland, Designcentrum

Jämtland, hemslöjdskonsulenter, konstkonsulent och från 2015 regional biblioteksverksamhet. Dessutom verkar området för att stärka ung kultur och hanterar bidrag och stöd till det regionala organisationslivet.

Området samverkar med huvudmännen för de statsbidragsberättigade verksamheterna; Stiftelsen Jamtli, Föreningsarkivet J/H och Riksteatern J/H. Länskulturen driver även insatser genom aktiviteter och projekt i enlighet med kulturplanens prioriteringar. Sedan 2012 ingår länet i samverkansmodellen med ett samlat statligt anslag till sju utpekade områden. De nationella kulturpolitiska målen samt Regional kulturplan för Jämtlands län 2015- 2018 är styrande för verksamheten.

Viktiga framtidsbilder

En genomförd omvärldsanalys i samband med framtagandet av den Regionala utvecklingsstrategin visar en gles, och i många delar av länet, minskande befolkning med en snedfördelad ålderspyramid, generellt låg utbildningsnivå där män har den lägsta nivån, starkt könssegregerad arbetsmarknad, högt ohälsotal, minskande sysselsättning genom struktur- och driftsrationaliseringar inom de gamla basnäringarna och sviktande underlag för offentlig och kommersiell service på många platser.

Glesbygdsstrukturen med långt till marknaden för många produkter innebär också en risk för ett allt högre kostnadsläge på lång sikt, vilket försämrar länets konkurrenskraft.

Trots att länet är en stor producent av förnybar energi, el och värme, är miljön under press på grund av de pågående klimatförändringarna. De negativa effekterna riskerar att på sikt få avsevärda konsekvenser för såväl den vinterbaserade besöksnäringens utveckling som för biologisk mångfald.

Samtidigt är länets näringslivsstruktur med en varierad arbetsmarknad och avsaknad av riktigt stora företag mindre känsligt för konjunktursvängningar än andra län. Länet har en stor andel småföretag och uppvisar det näst högsta värdet när det gäller eget företagande i landet. Undersökningar pekar också på en stark entreprenörskapsanda i länet med höga värden när det gäller attityder till eget företagande.

Ekonomi

En självklar planeringsförutsättning är vilka medel som finns att finansiera verksamheten med och hur den ekonomiska utvecklingen förutspås utvecklas. Ett övergripande mål är att det ekonomiska resultatet långsiktigt ska ge en god ekonomisk hushållning. Det handlar om att uppnå en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling, som ger handlingsberedskap inför framtiden och garanterar att inte kommande generationer behöver betala för det som en tidigare generation förbrukat.

Ekonomiskt resultat

I regionplan 2015-2017 budgeteras ekonomiska resultat för Region Jämtland Härjedalen enligt följande:

År 2015	-96,0 mkr
År 2016	-23,9 mkr
År 2017	+ 8,2 mkr

För år 2014 prognostiseras ett underskott på ca 134 mkr och resultatförbättringen 2015 -2017 baseras på oförändrad skattesats samt besparingar i nivån 120 mkr under planperioden.

Vid planeringsperiodens slut beräknas det samlade behovet att återställa resultat, enligt balanskravet, vara ca 432 mkr.

Omvärlden

Från slutet av 2014 förväntas en allt starkare tillväxt i omvärlden. Det i kombination med en svagare krona gör det troligt att exporten kommer att öka. Samma faktorer talar också för att den svenska exporten kommer att växa betydligt snabbare 2015 jämfört med 2014. Sänkta skatter, låg inflation, låga räntor och växande sysselsättning medverkar till att hushållens reala inkomster stiger i snabb takt. Hushållens

sparande ligger nu på en historiskt mycket hög nivå. SKL förutser att hushållens konsumtionsutgifter framöver växer i snabbare takt och att nivån på sparandet efterhand reduceras. Det ger ytterligare draghjälp till tillväxten i den svenska ekonomin. Utvecklingen på arbetsmarknaden kan beskrivas som splittrad. Trots relativt svag tillväxt har sysselsättningen utvecklats bra. Samtidigt har antalet personer i arbetskraften fortsatt att växa, vilket är bra, men med den begränsade efterfrågan på arbetskraft har arbetslösheten kvarstått runt 8 %. SKL räknar dock med att arbetslösheten sjunker under 2015.

Skatteunderlagets reala tillväxt beräknas till 2,4 % för 2015 vilket är en bra bit över den trendmässiga tillväxten på 0,9 %. Den förväntade konjunkturuppgången medför att det reala skatteunderlaget förväntas öka med omkring 1,8 % under 2016 och 1,5 % 2017.

Skatteunderlaget

SKL prognostiserar, i december 2014, att skatteunderlag och landstingsprisindex utvecklas enligt nedan:

Faktiskt skatteunderlag

Procentuell förändring	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018
SKL, december 2014	3,4	3,3	5,2	4,7	4,5	4,2	28,0

SKL gör dessutom löpande prognoser för landstingens kostnadsutveckling. Regionen använder LPIK nedan för uppräknings av budgetramar.

Prognos för Landstingsprisindex (LPIK)

Årlig procentuell förändring	2014	2015	2016	2017	2018
LPIK inkl läkemedel	1,8	1,9	2,3	2,6	2,7
- Timlön	2,6	2,8	3,0	3,2	3,3
- Socialavgifter	2,6	3,2	3,1	3,8	3,6
- Läkemedel	-1,4	-2,1	-1,1	-0,8	-0,2
- Förbrukning	1,6	1,4	2,2	2,2	2,3
LPIK exkl läkemedel	2,3	2,5	2,8	3,0	3,1

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Skatteintäkter, utjämningsbidrag samt specialdestinerade statsbidrag

Skatteintäkterna under planeringsperioden baseras på en oförändrad befolkningsutveckling jämfört med november 2013. Det i kombination med ett ökat skatteunderlag förstärker regionens ekonomi något eftersom prognostiserade kostnadsökningar (LPIK) bedöms bli lägre än intäktsökningarna. En förutsättning för detta är också att regionens kostnadsökningar inte blir högre än den bedömda utvecklingen av LPIK och att besparingsåtgärderna i den långsiktiga ekonomiska utvecklingsplanen (LUP) genomförs.

En befolkningsminskning med ca 1000 personer i länet skulle påverka skatteintäkterna med ca 25-30 mkr per år. Förändring av skattesatsen med 50 öre påverkar intäkterna med ca 120 mkr.

Det råder fortfarande osäkerhet beträffande statsbidraget för läkemedelsförmånen där ännu ingen långsiktig överenskommelse träffats.

När det gäller de specialdestinerade statsbidragen råder fortfarande en viss osäkerhet. Klart är att tillgänglighetssatsningens kömiljard kvarstår under 2015. Fr o m 2016 utvecklas den till en samordnings- och tillgänglighetsmiljard där fokus ligger på att skapa sammanhållna vårdkedjor. Ny satsning vad gäller cancervård tillkommer och medlen ska fördelas till landstingen efter prestation

Bedömningen är att regionens ekonomi kan förstärkas något eftersom nya statsbidrag i större omfattning blir generella istället för prestationsbaserade. Än så länge är det svårt att bedöma

storleken av detta.

Pensionskostnader

Regionens pensionskostnader förväntas öka under planeringsperioden. Regionens pensions-skuld redovisas enligt den s k blandmodellen. Det innebär att den pensionsskuld som är inarbetad före 1998 endast redovisas som ansvarsförbindelse medan inarbetade pensioner efter 1998 redovisas som pensionsskuld i balansräkningen.

God ekonomisk hushållning

God ekonomisk hushållning innebär att regionen ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation bär kostnaderna för den service den konsumerar och beslutar om. För att komma fram till vilket ekonomiskt resultat som behövs för att uppnå god ekonomisk hushållning, måste ett antal faktorer beräknas:

- Det resultat som krävs för att inflationsskydda det egna kapitalet,
- Vad som ytterligare behövs för att bibehålla soliditeten
- Vad som ytterligare behövs som buffert för variationer i skatteintäkterna
- Vad som behövs i form av eventuellt sparande för större investeringar (t ex ett nytt sjukhus).

Som tumregel för att uppnå god ekonomisk hushållning brukar man använda resultatmålet 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Variationer mellan budgeterade och definitiva skatteintäkter uppstår alltid eftersom den ekonomiska utvecklingen aldrig går att exakt förutse. Om man bortser från de extrema variationer som uppstod i samband med

finanskrisen, är en normal avvikelse mellan budgeterade och slutliga skatteintäkter för Region Jämtland Härjedalen +/- 30 miljoner kronor.

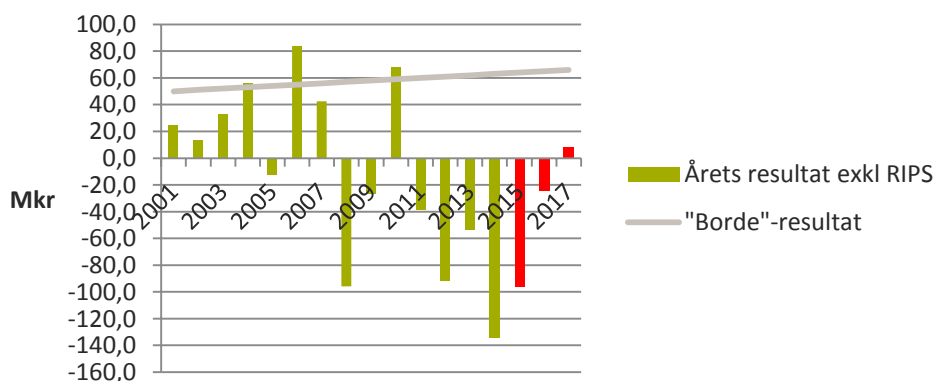
Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter förutom sparande för nytt sjukhus, hamnar resultatmålet för god ekonomisk hushållning för Region Jämtland Härjedalen på cirka 60 miljoner kronor per år, med uppräkning över tiden. Det motsvarar ca 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Följande bild visar hur resultatet för Jämtlands läns landsting har sett ut åren 2001- 2013, prognostiserat resultat för 2014, samt region Jämtland Härjedalens resultatmål för åren 2015

– 2017 enligt regionplanen. Landstinget fick ett tillfälligt konjunkturbidrag 2010 på 52,9 miljoner kronor. Utan detta hade resultatet hamnat på endast ca 15 miljoner kronor. Med undantag för 2010, har landstinget haft negativa resultat hela tiden sedan 2007. Endast under tre år – 2004, 2006 och 2010 - har resultaten varit i nivå med god ekonomisk hushållning. Det kan tilläggas att 2010 var ett av få år då kostnaderna för riks- och regionvård sjönk.

Sammanfattningsvis beror de låga resultaten på att landstinget både haft en svag utveckling av skatteintäkter och kommunala utjämningsbidrag samt en nettokostnadsutveckling som varit för hög i förhållande till intäkterna.

Jämtlands läns landstings resultat exkl RIPS-effekter 2001-2013, prognos per augusti 2014 och budgeterat resultat region Jämtland Härjedalen 2015-2017



Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning

Under 2014 beslutades om en långsiktig plan för god ekonomisk hushållning. Det övergripande målet är **God ekonomisk hushållning** = positivt resultat minst 60 mkr d v s 2% av nettokostnaderna senast vid utgången av 2018 år. Det ska enligt planen uppnås genom :

Mål 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

Mål 2 Åtgärder i 9 paket för kostnadsminskningar:

	Vad	Effekt år		
		(mkr)	2015	2016 2017
1	Akut omhändertagande			10
2	Sjuktransporter		20	
3	Poliklinisering			20
4	Lokal/resursutnyttjande på sjh			10
5	Metoder i vården		10	
6	Primärvården	2	13	
7	Folktandvården		5	
8	Administration		10	
9	Intäkter	20		
	SUMMA mkr	22	58	40

Planen innehåller också 6 satsningsområden:

Mål 3 Kompetensförsörjning
5 mkr/årligen (omdisponering)

Mål 4 Förebyggande hälso/sjukvård
inom befintliga resurser

Mål 5 Långsiktigt Lean-arbete
2 mkr/årligen

Mål 6 Teknisk utveckling- distansoberoende
teknik 2 mkr/årligen

Mål 7 Fastighetsförändringar

Kan ej preciseras innan utvecklingsplan för det totala fastighetsbeståndet är klar. (20141231)

Mål 8 Samverkan
inom befintliga resurser

Planen har i den första versionen fokuserat på landstingets hälso- och sjukvårdsuppdrag och har inte beaktat att landstinget bildar region från 2015. En första revidering av planen ska ske redan våren 2015 med anledning av ny mandatperiod och regionbildningen.

Utifrån avsnitt om Ekonomi är utmaningen för regionen de närmsta åren

- Uppnå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning
- Enligt regionplanen 2015-2017 finns dessutom målet
” God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämnt och jämställt”

Bilagor

I det här avsnittet redovisas de bilagor som det finns hänvisningar till i föreliggande avsnitt.

Förteckning över bilagor:

Bilaga 1: Policyer och andra fastställda styrdokument

Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål

Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Bilaga 4: Öppna jämförelser

Bilaga 1: Policyer och andra fastställda styrdokument

Policyer

Policyer som fastställts inom Jämtlands läns landsting gäller även för den nya regionen.

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutad av
Konstpolicy Jämtlands läns landsting	LS/1654/2010	2013-02-13	Beredningen demokrati och folkhälsa
FoU-policy	LS/1882/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Hjälpmedelspolicy	LS/463-2007	2007-06-27	Gemensam nämnd avs. samordnad upphandling, lagerhållning och distribution
Jämställdhetspolicy för förtroendevalda	LS/31/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Kommunikations- och informationspolicy	LS/1518/2010	2011-02-16	Landstingsfullmäktige
Miljöpolicy	LS/1059/2011	2012-06-20	Beredningen demokrati och folkhälsa
Parkeringspolicy	LS/740/2007	2007-10-17	Landstingsstyrelsen
Personalpolitiskt policy	LS/685/2010	2010-06-23	Landstingsstyrelsen
Policy för fastighets- och lokalförsörjning	LS/1060/2011	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Policy för Informationssäkerhet	LS/1508/2012	2013-06-18	Landstingsfullmäktige
Policy för jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft	LS/1101/2013	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för uthyrning av landstingets lokaler	LS/12/2011	2011-02-16	Landstingsstyrelsen
Policy för ägarstyrning	LS/339/2005	2006-04-25	Landstingsstyrelsen
Skylltpolicy för invändig skyltning inom JLL	LS/474/2007	2007-06-27	Landstingsstyrelsen
Upphandlingspolicy	LS/1509/2012	2014-02-11	Landstingsstyrelsen

Länsövergripande styrdokument

Dokumenterna nedan har upprättats inom Regionförbundet Jämtlands län och fastställts av förbundets styrelse. För många av dokumenterna har andra aktörer, exempelvis länets kommuner, länsstyrelse och företrädare inom utbildningsområdet, näringslivet och så vidare varit delaktiga i processen. Eventuella reviderade versioner ska i och med regionbildningen fastställas av Regionfullmäktige.

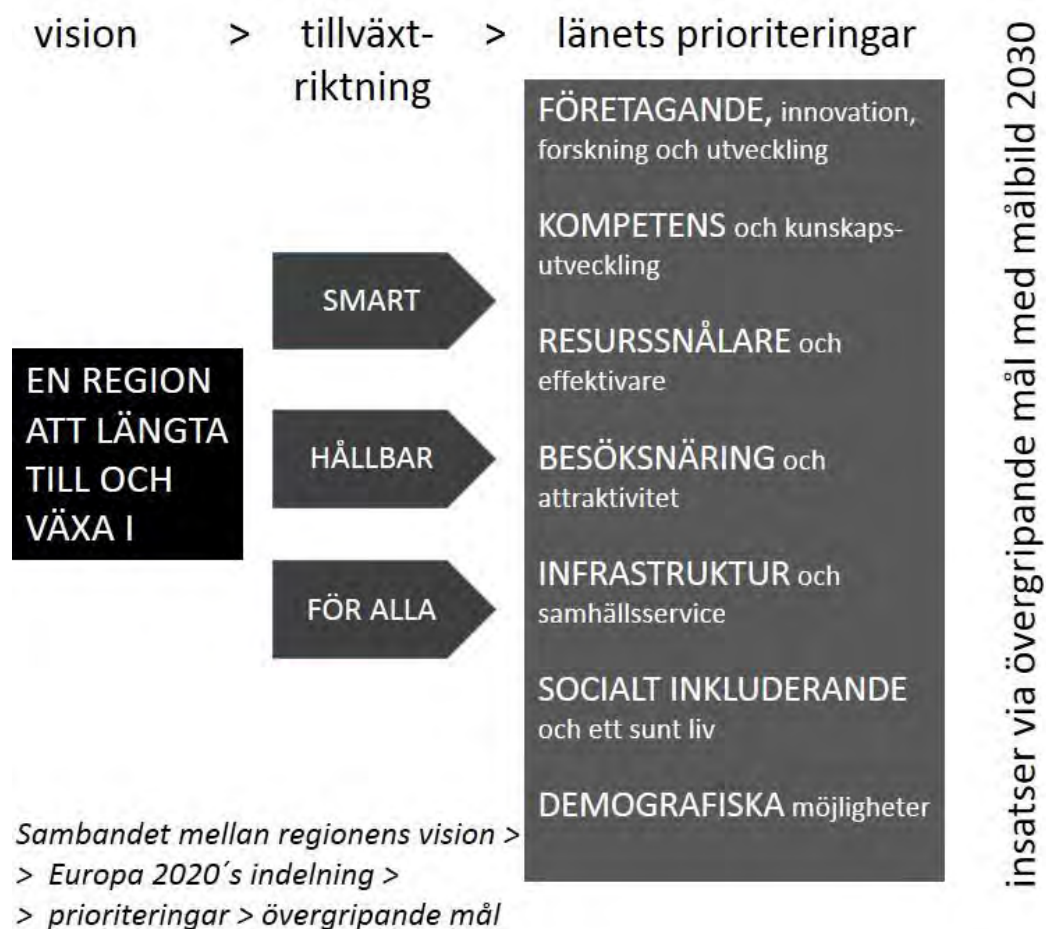
Dokument	Varaktighet	Dnr	Beslutad av
Bredbandsstrategi för Jämtlands län – mot 2020	2014-2020	RS/2013-64	Regionförbundets styrelse
Innovativt Jämtland Härjedalen 2025 (Innovationsstrategi)	2014-2025	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Integrationstrategi	2015-2020	RS/2013-177	Regionstyrelsen (Beslutas under 2015)
Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt och attraktivt (Regional utvecklingsstrategi)	2014-2030	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtlands län en region för kvinnor och män - Handlingsplan jämställd regional tillväxt	2013-2014	RS/2012-09	Regionförbundets styrelse
Jämtlands läns ungdomsstrategi 2014-2020	2014-2020	RS/2011-2016	Regionförbundets styrelse
Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2017	2015-2017	RS/2013-133	Regionförbundets styrelse
Länsgemensam folkhälso-policy för Jämtlands län 2011-2015	2011-2015	RS/2011-49	Regionförbundets styrelse
Regional handlingsplan för europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2014-405	Regionförbundets styrelse
Regional länstransportplan för Jämtlands län 2014-2025	2014-2025	RS/2013-19	Regionförbundets styrelse
Regionalt tillväxtprogram för Jämtlands län (RTP)	2015-2020	RS/2014-70	Regionförbundets styrelse
Regionalt trafikförsörjningsprogram 2013-2015	2013-2015	RS/2012-516	Regionförbundets styrelse

Andra styrande dokument

Dokument	Dnr	Fastställd	Organ
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025	LS/1810/2013	2014-10-15	Landstingsfullmäktige
Långsiktig utvecklingsplan för miljö	LS/1792/2012	2013-11-27	Landstingsfullmäktige
Mål för gemensam hälso - och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025	LS/727/2012	2014-03-- 2014-06	Landstingsfullmäktige och länets samtliga kommuner
Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel	LS/1386/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning	LS/1358/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Strategi för eSamhället	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstings fullmäktige
Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan 2014	LS/1636/2013	2013-12-11	Landstingsstyrelsen
Internkontrollreglemente	LS/349/2013	2013-10-22–23	Landstingsfullmäktige
Regler och villkor för bidrag till externa organisationer samt för läns kulturs övriga stödformer*	LS/926/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för stipendiet Företagsam skola Jämtlands län*	LS/1138/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kulturpris och stipendier*	LS/927/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige

* Styrdokument från regionförbundet som fastställts i landstingsfullmäktige för att kunna gälla även för den nya regionen.

Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål



- Fler arbetstillfällen och fler företagare
- Ökade investeringar och god tillgång till riskkapital
- Ökade förädlingsvärden och mer försäljning utanför länet
- Konkurrensstarka landsbygdsnärings inom mjölk och kött
- Fler kluster och gränsöverskridande nätverk
- Universitetet upprätthåller spets inom länets profilområden
- Länets samtliga elever uppnår gymnasieexamen
- Fler i högre utbildning
- Näringslivsanpassade utbildningar
- Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling
- En säker, uthållig och hållbar energitillförsel. Ingen uranbrytning.
- Hög energieffektivitet inom alla områden
- Ledande nettoexportör av förnybar energi via ökad produktion
- Transporter, industri och värme oberoende av fossil energi
- Kraftfullt arbete inom för att hantera klimatförändringar
- Värden från länets naturresurser bör återföras till bygden
- Besöksnäringen är tillväxtmotor med hållbarhet som signum
- Fler personer besöker och bosätter sig i länet
- Europaledande på naturbaserade upplevelser
- Fler är aktiva och skapande i kulturlivet, särskilt barn och unga
- Den ideella sektorn har stärkt sin roll i kulturlivet
- Förbättrade kommunikationer överbryggat långa avstånden
- Fler cykel- och gångvägar gagnar miljö och trafiksäkerhet
- Bredbandsnät med hög kapacitet når hela länet
- En god service kan erbjudas alla invånare
- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen
- Alla har lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga
- Jämtlands län upplevs som landets tryggaste län
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd
- Hälso- och sjukvården erbjuder alla högkvalificerad vård
- Andelen utomnordiskt födda motsvarar riksgenomsnittet
- Länet tillhör de mest attraktiva för i landet för unga kvinnor
- Det är attraktivt för unga vuxna att bosätta sig i länet
- Bra och välutvecklat mottagande av alla nya länsinneboende
- Att åldras i länet innebär möjligheter för individ och samhälle

Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Befolkning Jämtland första halvåret 2014 och skillnader mot 31 dec 2013 (SCB)

(detaljer för resterande året på kommunnivå ännu ej publicerade)

Kommun	Folkmängd	Folkökning	Levande födda	Döda	Födelse-överskott	Inflyttade				Utflyttade				Flyttningsnetto			
						Totalt	Egna länet	Därav från Övriga Sverige	Utlandet	Totalt	Egna länet	Därav till Övriga Sverige	Utlandet	Totalt	Egna länet	Därav mot Övriga Sverige	Utlandet
Riket	9 694 194	49 330	58 721	44 554	14 167	56 440	.	.	56 440	22 140	.	.	22 140	34 300	.	.	34 300
Jämtland	126 410	-51	664	759	-95	2 221	.	1 570	651	2 200	.	2 043	157	21	.	-473	494
Berg	7 133	-27	34	55	-21	179	50	63	66	186	82	95	9	-7	-32	-32	57
Bräcke	6 538	-21	24	43	-19	174	82	70	22	175	101	70	4	-1	-19	0	18
Härjedalen	10 254	-27	30	74	-44	325	52	198	75	308	62	230	16	17	-10	-32	59
Krokom	14 677	34	92	69	23	456	282	120	54	445	256	173	16	11	26	-53	38
Ragunda	5 444	-14	20	54	-34	134	50	70	14	116	39	66	11	18	11	4	3
Strömsund	11 965	-19	50	91	-41	347	67	167	113	332	118	203	11	15	-51	-36	102
Åre	10 323	-97	51	46	5	303	76	180	47	406	91	294	21	-103	-15	-114	26
Östersund	60 076	120	363	327	36	1 528	566	702	260	1 457	476	912	69	71	90	-210	191

Ordlista (från SCB)

Folkmängd: antalet personer som finns folkbokförda vid en viss tidpunkt, inom ett visst område. Folkmängden är synonymt med antalet invånare i ett visst område. I folkmängden ingår alla invånare oavsett medborgarskap. Asylsökande ingår inte i folkmängden.

Folkökning: antalet personer som folkmängden ökar (eller minskar) med från en tidpunkt till en annan. Folkökningen för ett visst år beräknas som skillnaden mellan folkmängden det året och året innan.

Flyttningsnetto: Flyttningsnetto är skillnaden mellan antalet inflyttade och utflyttade personer under en viss tidsperiod till och från ett visst område. Det är alltså antalet inflyttade minus antalet utflyttade. Värdet kan vara positivt eller negativt. Om värdet är positivt talar man om ett flyttningsöverskott, vilket innebär att fler personer har flyttat in i ett område än ut. Om värdet är negativt talar man om ett flyttningsunderskott; vilket innebär att färre personer har flyttat in i ett område än ut.

Analys

Riket har ökat med knappt 50 000 invånare varav 34 300 är en nettoökning från inflytt från utlandet. Asylsökande som ej fått uppehållstillstånd ingår inte i statistiken. Födelseöverskottet är drygt 14 000 vilket är en kraftig ökning mot årets första tre månader. Storstadstillväxten fortsätter; Stockholm +18 300 , Västra Götaland + 8 300, Skåne +6 200, Uppsala, Södermanland och Östergötland tillsammans + 5 000 . Resterande ökning om 12 200 (4 600 första kvartalet) personer har fördelats på övriga landet. Av dessa landar 1007 personer (670 första kvartalet) i norrlandslänen undantaget Gävleborg, alltså en minskad andel. **I riket ökar nu samtliga län utom Jämtland.**

Länet fortsätter att minska, nu med 51 personer (-8 första kvartalet). Siffrorna hålls uppe, trots minskningen, av utrikes inflytt med ett överskott om 500 personer, baserat på utfärdade uppehållstillstånd. Nästan 500 personer fler flyttade ut till län utanför Jämtland än in från övriga län. Övriga asylsökande i länet tillkommer. Dominansen är stor för inkommande från Syrien.

Alla länets kommuner tappas befolkning undantaget Östersund och Krokom (läs Ås församling). Siffrorna för Krokom är särskilt intressanta, här finns ett födelseöverskott om

23 personer, 92 födda barn, vilket innebär att kommunen fortsatt ligger bland de i landet med högst andel små barn. Åre fortsätter att tappa befolkning trots ett balanserat födelsenetto, huvudsakligen beroende på utflytt till övriga Sverige vilket även skedde under högsäsongen första kvartalet. Åre är dock en kommun med stora svängningar genom åren / säsongerna. In till Östersund flyttar netto 90 personer från övriga länet men nettot in-/utflytt från/till Sverige är för Östersund -180 personer (en ökning mot första kvartalet, kanske examinerade studenter?) så Östersunds folkökning med 120 personer beror helt på ett överskott från utrikes inflytt. Berg och Strömsund har fortsatt störst utrikes nettoinflytt i förhållande till sin storlek.

Sammantaget för länet är det uppenbart att ett mycket aktivt arbete med mångkulturellt inkluderande och mottagligare arbetsmarknad samt attityd och välkomnande är centralt för att länet inte ska fortsätta att gå bakåt. Att få så många som möjligt av de 500 personer som nu håller uppe siffrorna, samt de som ej har uppehållstillstånd och ligger utanför dessa siffror, långsiktigt etablerar sig i länet är mycket viktigt ur ett flertal aspekter.

Se även figur nästa sid för nationell bild

(analys av Ulf von Sydow, regionala utvecklingförvaltningen)

Befolkningsförändringar i Sveriges kommuner under första halvåret 2014



Ytterligare statistik om läget i länets befolkning

ÅR	Indikator	Riket	Jämtlands Län	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Källa
2013	Andel öppet arbetslösa samt sökande i program av registerbaserade arbetskraften											
	16-64 år	8,5	8,4	8,4	9,8	8,6	6,2	11,6	11,2	6,1	8,4	Arbetsförmedlingen/ tidigare statistik
	18-24 år	17,2	18,6	16	22	18,1	16,8	26,1	23,3	10,9	18,8	Arbetsförmedlingen/ tidigare statistik
2013	Ohälsotal, antal dagar	26,8	32,9	36	41,8	28,2	33,3	40,1	33,4	25	33	Försäkringskassan, ohälsotal
	Män	21,8	26,6	27,6	36,2	25,6	26,3	30,3	29,9	20	25,8	
	Kvinnor	32	39,5	45,2	48,1	31,1	40,7	50,8	37,4	30,3	40,1	
2012	Medelinkomst av tjänst	197,7	180,2	162,1	167	173,2	175,3	169,7	169,6	169,7	191,3	Inkomster och skatter/ inkomster, SCB
	Män	223,6	194,9	171,4	177,3	187,7	189,2	189	183,7	180,4	208,5	
	Kvinnor	171,9	165,4	152,1	155,5	157,9	160,8	149,7	154,8	158,6	174,9	
2013	Andel med eftergymnasial utbildning	32	27,4	18,4	17,2	16,5	27	15,4	17,4	27,5	33,9	
	Män	29,3	22,4	13,8	12,5	12,1	21,8	12,1	13,1	21,2	29,7	befolkningens utbildning, SCB
	Kvinnor	35,7	32,3	23,4	22,3	21,3	32,4	18,9	22	34,1	37,8	16 år och äldre

Bilaga 4: Öppna jämförelser i överblick

Rapporten Öppna jämförelser i överblick är utformad i första hand för olika ledningsnivåer i landtingen. Syftet är att få en vy av hur egna landstinget placerar sig i rangordning i förhållande till andra landsting. Rapporten är ett komplement till huvudrapporten Öppna jämförelser 2013. Således är det samma faktaunderlag som ligger till grund för presentationen, som för huvudrapporten.

I rapporten redovisas beräkningar av landstingsindex som på olika aggregeringsnivåer ger ett sammanfattande värde av indikatorerna i Öppna jämförelser. Indexen är beräknade med en enkel formel och beskriver medelvärde för respektive landstings position i förhållande till övriga landsting för grupper av indikatorer. **Jämförelse mellan landstingens indextal måste därför göras med försiktighet och mer ses som en signal om var en djupare analys av skillnader är mest angelägen än som ett slutligt omdöme av kvalitet och resultat.**

Det landsting som har det bästa resultatet får värdet 1 och det landsting med det sämsta resultatet får värdet 0. Indexvärdet talar om var det enskilda landstingets värde för indikatorn ligger i förhållande till landstinget med högsta respektive lägsta värdet. Indexvärdet 0,5 anger att det aktuella indikatorvärdet ligger mitt emellan högsta och lägsta värde.

Fördelen med index är att det kan skapa överblick i ett omfattande datamaterial. I många sammanhang finns behov av att få en sammanfattande bild av landstingets resultat. Index ger en enkel signal om var det förbättringsarbete som Öppna jämförelser syftar till i första hand ska sättas in.

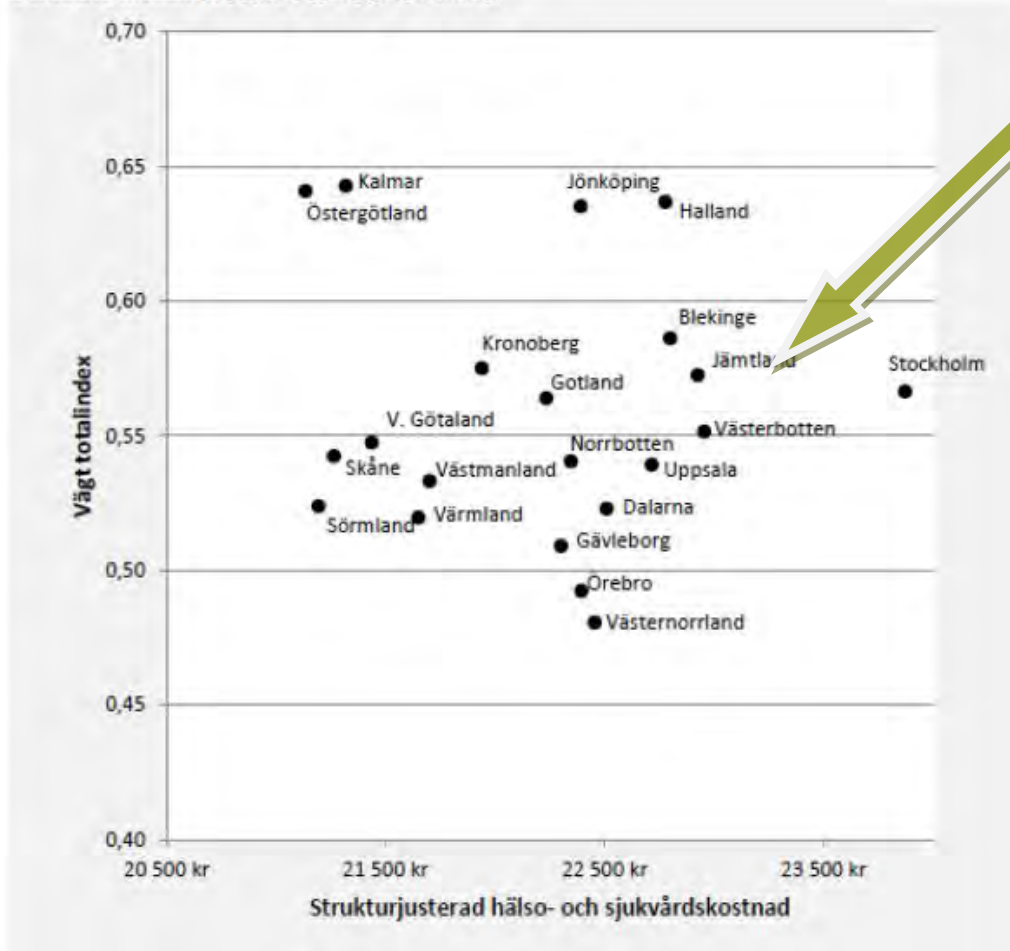
Landsting	2011*	2012*	2013*	Vägt index 2014
Kalmar	3	5	3	0,64
Östergötland	9	4	5	0,64
Halland	1	1	1	0,64
Jönköping	10	3	4	0,64
Blekinge	11	6	16	0,59
Kronoberg	2	2	2	0,58
Jämtland	18	19	18	0,57
Stockholm	14	7	9	0,57
Gotland	15	10	6	0,56
Västerbotten	7	11	12	0,55
Västra Götaland	4	9	11	0,55
Skåne	12	18	21	0,54
Norrbottn	5	13	14	0,54
Uppsala	6	17	20	0,54
Västmanland	21	21	7	0,53
Sörmland	17	12	17	0,52
Dalarna	19	20	19	0,52
Värmland	8	8	13	0,52
Gävleborg	16	14	15	0,51
Örebro	13	16	10	0,49
Västernorrland	20	15	8	0,48

*Index med tidigare vägning och delvis andra indikatorer

2011 -2013 har Jämtlands länslandstings resultat legat bland de sämsta i jämförelse med de andra landsting, men glädjande har landstingets resultat 2014 klättrat upp till 7:e plats.

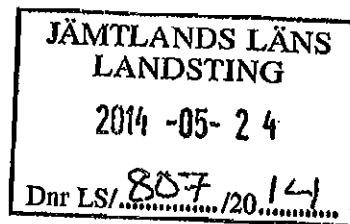
I nästa bild jämförs kvalitet i y-axeln (lodrät) med kostnad i x-axeln (vågrät)

Samband mellan kostnad och vägt totalindex



Av den här bilden kan utläsas att de landsting som har högre kvalitet än Jämtlands läns landsting också har lägre kostnader.

Medborgarförslag



Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2014-05-24

Från:

Namn. Mats E Nilsson

Gatu:

Postn

Telefo

E-pos

Förslaget i korthet:

Tjänster för specialistutbildning av sjuksköterskor bör snarast inrättas i Jämtlands län för att underlätta att rekrytera, kompetensutveckla och behålla specialistsjuksköterskor (specssk) i länet för att säkra utvecklingen av god vård. Förvisso medför detta kostnader men görs inget kommer snart bristen på specssk att medföra kostnader för rekrytering mm samt ökade vårdkostnader.

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

En satsning på specssk med tjänster som innehåller utbildning med teori och handledning på arbetsplats varvat med praktiskt arbete ligger i tiden. För att säkra god rekrytering och god vård bör Jämtlands län snarast börja med fasta tjänster där blivande specssk under t.ex. 2 år har fastlagd studieordning (med sjuklön, meritering för pensionspoäng, anställningstrygghet m.m.). Nuläget med visst lönebidrag och studielån är sämre ur social trygghetssynpunkt men även ur ekonomisk synpunkt vilket gör att den enskilda sjuksköterskan må fundera. Kostnaderna för studierna motsvaras knappast av höjd lön efter fullgjord utbildning varför det sedan 90-talet utvecklats en stor brist på specssk.. Detta är redan nu ett hinder för utvecklingen inom vården där kompetensen hos en specssk skulle kunna användas till nya uppgifter inom vården. Med tanke på kommande pensionsavgångar kommer bristen snart bli ännu större. SKL har beräknat att det behövs ca 38.000 nya sjuksköterskor på 10 års slkt. Jämtland borde rekrytera / utbilda minst 450 av dessa. Om Jämtland är tidigt ute med att inrätta särskilda tjänster för sjuksköterskor - kanske som led i en försöksverksamhet - bör detta ge en positiv effekt på rekrytering, vårdkvalitet och utveckling av en kostnadseffektiv vård både på sjukhuset och t.ex. inom äldre vården.

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

Underskrift:

Motion**ang förändringar i beviljade assistanstimmar i länet**

Under flera år har rätten till personlig assistans försämrats. Inte för att lagstiftningen i något avseende förändrats utan på grund av att Försäkringskassa och kommuner under många år drivit överklagningsärenden hårt och enträget. Det har resulterat i att domstolarnas praxis har förändrats.

Resultatet för den enskilde är att vid omprövningar har många fått sitt beviljade antal timmar sänkt. Utredningsproceduren har i allt större grad kommit att handla om att klocka, till sista halvminuten, tidsåtgången för stöd i mycket privata situationer. Det gäller intag av mat, av- och påklädning, personlig hygien och rätten till hjälp med kommunikation – att göra sig förstådd. Utredningarna kräver en beskrivning av livsvillkoren på en nivå som, inte sällan, upplevs som kränkande. Så kan man undvika att individen passerar den magiska gränsen om 20 timmars grundläggande behov i veckan.

Funktionshindrades situation har inte på något sätt blivit bättre under tiden med en borgerlig regering. Det har blivit färre möjligheter till skyddade anställningar, lika många har förtidspension – det som för åtta år sedan sades vara ett utanförskap som skulle prioriteras för insatser emot.

Funktionshindrades livsvillkor har på en rad områden faktiskt blivit snävare.

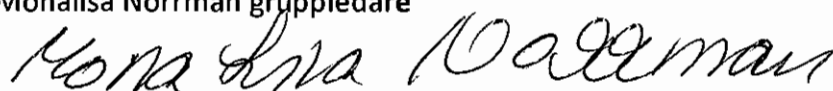
I länet genomförs under våren enkätundersökningen Hälsa på lika villkor. Där görs en fördjupad del för att få fram data om de funktionshindrades livssituation och hälsa. En motsvarande undersökning gjordes 2006. Det är bra att detta görs. Vi kommer på detta sätt att få jämförbara data och se om något förändrats, till det bättre eller till det sämre. Men det kommer inte att framgå i den undersökningen hur assistanstimmarna förändrats över tid. I sammanhanget en viktig information.

Vi menar att det vore av stort värde att veta vilka förändringar som skett i beviljat antal timmar assistans och på vilka grunder ändringar gjorts både i Försäkringskassans beslut och i de kommunala besluten. Det bör göras över en historisk tidsperiod om till exempel tre år. Det bör också framgå i vilken utsträckning minskat antal assistanstimmar ersatts med SoL-insatser av olika slag.

Vänsterpartiet föreslår:

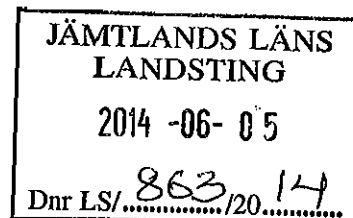
Att en utredning företas i länet som kartlägger i enlighet med ovanstående

För Vänsterpartiet genom Monalisa Norrman gruppleadare





nya
moderaterna



2014-06-04

Motion ställd till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting, angående förslag till självtest vid användning av blodförtunnande läkemedel.

Patienter med koagulationsrubbningar behandlas med blodförtunnande läkemedel för att förhindra uppkomst av blodproppar. För att kontrollera effekten av läkemedlet behövs det regelbundna kontroller som i dag görs på vårt sjukhus och/eller hälsocentraler. Sedan en tid tillbaka finns utrustning för att patienten själv ska kunna göra dessa tester i hemmet, så kallade Waranmätare.

Vid bland annat Stockholms läns landsting är det nu möjligt för patienter att själva utföra tester, vilket ger många fördelar;

- Patienten slipper vara bunden till sjukvården i lika stor utsträckning som innan
- Med detta ökar patientens förutsättningar till en högre livskvalitet och arbetsförmåga
- Kostnaderna för sjukvården minskas genom att färre patientbesök och provtagningar behövs

Undertecknad föreslår därför att motionen förs vidare till Beredningen för Vård och Rehabilitering i syfte att utreda möjligheten till självtester i hemmet och även presentera förslag till avgift och/eller finansiering av utrustningen.



Christer Siwertsson, ledamot landstingsfullmäktige



Motion

till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting

KARRIÄRTJÄNSTER

I landstinget finns chefer med olika yrkesbakgrund. Tyvärr tycks det för de flesta yrkeskategorierna vara det enda sättet att göra karriär. För att landstinget ska vara en bra arbetsgivare och samtidigt ta vara på all den kompetens som finns hos personalen måste vi införa någon typ av karriärmöjligheter i yrket. Några landsting har infört en löneförhöjning för vissa med en specifik summa per månad. Det kan dock vara ett alltför enkelt och inte långsiktigt sätt att arbeta på. Exempelvis är det viktigt att med erfarenhet och visad skicklighet följer mera kvalificerade arbetsuppgifter, vilka i sin tur påverkar anställningsvillkoren i övrigt. Detta kan preciseras i arbetsbeskrivningar som matchar respektive persons särskilda kompetens.

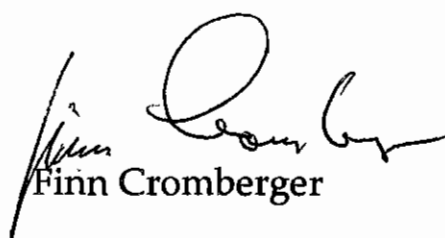
Det kan vara fråga om att sjuksköterskor får delegation på arbetsuppgifter som tidigare bara utförts av läkare som exempelvis endoscopy av grovtarm och urinvägar, att de är arbetsplatsinstruktörer till nyutexaminerade sjuksköterskorvid eller handledare klinisk del av specialistutbildningen för sjuksköterskor, eller undersköterskor som delegation på lymfödemterapi och kanske framförallt oavsett yrkesgrupp medarbetare som utmärker sig på ett positivt sätt utöver vad som kan förväntas. Möjligheten till karriär ska finnas inom samtliga yrkesgrupper i landstinget/regionen.

Syftena med motionen är flera. – Inspiration och motivation till att bli skickligare. - Få skicklig personal att stanna i landstinget. – Större anledning att ta anställning i landstinget - Använda respektive personalkategori på ett mera effektivt sätt och därmed avlasta andra personalkategorier för att på så sätt nå en mera kostnadseffektiv verksamhet.

” – Ett mera hållbart och jämlikt lönesystem. – Och sist men inte minst att öka kvalitén i vården.

Vi motionerar om att Jämtlands läns landstings fullmäktige beslutar att tillsätta en utredning i syfte att inom ett år utarbeta och presentera en handlingsplan för införande av karriärtjänster/karriärmöjligheter i Region Jämtland Härjedalen.

17 juni 2014



Finn Cromberger



Kia Carlsson



Mats El Kott