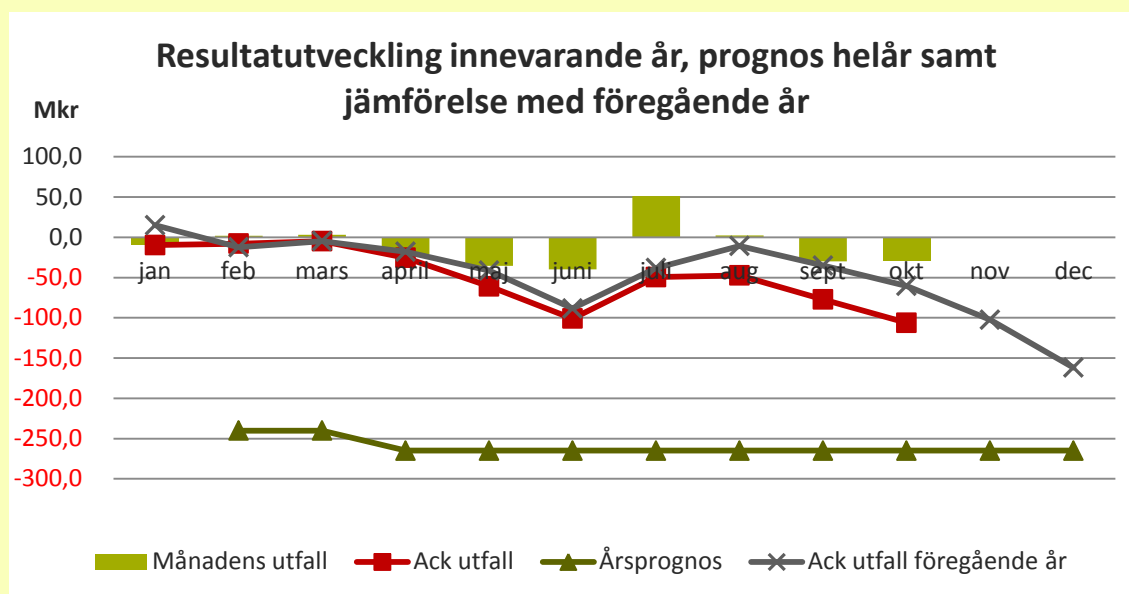


SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
REGIONSTYRELSEN
8 DECEMBER 2015

Månadsrapport oktober 2015

Region Jämtland Härjedalen



Aktuell nettokostnadsutveckling: 5,4 % Utveckling jämfört med september

Sammanfattning

Verksamhet

Arbetet med Region Jämtland Härjedalens nya tjänstemannaorganisation fortgår som planerat.

Den nya organisationen syftar till att skapa en enda kultur, en enda värdegrund och ett enda varumärke för hela organisationen. Första linjens chefer ska få tillgång till mer administrativt stöd och kunna agera med större mandat. Vid årsskiftet ska organisationen träda i kraft och stöd från administrationen vara på plats.

En ny callbacklösning har genomförts för telefon-tillgänglighet inom primärvården i Hammarstrand och Odensala med resultat att tillgängligheten har ökat, man upplever nöjdare patienter och bättre arbetsmiljö för personalen. Övriga hälsocentraler kommer att under november göra samma förändring.

Personal

Utförda tiden enligt rullande 12 månader visar på en ökning med motsvarande 56 årsarbetare.

Centrum för opererande specialiteter redovisar den största ökningen med 44 årsarbetare. Skäl som anges är införande av journalsystemet

Cosmic, inskolningar av ny personal och ökat inflöde på akutmottagningen. Nyttjandet av hyrpersonal fortsätter öka jämfört med samma tid förra året.

Sjukfrånvaron har minskat i jämförelse med tidigare år. Framförallt är det männens sjukfrånvaro som minskat.

Ekonomi

Resultatet till och med oktober är minus 135 miljoner kronor rensat för återbetalning från AFA samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel, totalt 29 miljoner. Detta ska jämföras med förra årets underskott på 60 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen är fortsatt hög men har minskat något och är nu 5,4 % jämfört med motsvarande period 2014.

Regionens totala årsprognos för 2015 ligger kvar på ett underskott på 265 miljoner kronor. Personalkostnaderna inom vården är en stor del av underskottet. Kostnaden för inhyrd personal har ökat kraftigt jämfört med 2014 och ökningen är mer än 50%.

Björn Eriksson

Regiondirektör

Tillgänglighet - specialistvården

Väntetider inom specialistsjukvårdens

akutmottagning Målet är att 80 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

I oktober var 63 % klara (dörr till dörr) inom 4 timmar, 60 % av kvinnorna och 66 % av männen.

Förbättringsarbete för ett snabbare flöde i triaget pågår och test av snabbspår för patienter med bröstsmärta utan EKG-förändring är påbörjad.

Väntetider inom 60 dagar (f d Kömiljarden)

Väntande till 1:a besök 47 %, kvinnor 48 % och män 47 %

Genomförda 1:a besök 59 %, kvinnor 59 % och män 59 %

Väntande till behandling 56 %, kvinnor 52 % och män 61 %.

Genomförda behandlingar 57 %, kvinnor 57 % och män 56 %

Kommentera från centrumen om varför de har problem att nå målnivån 70% samt vilka åtgärder som vidtas:

Opererande specialiteter:

Centrumet har fortsatt svårt att klara tillgängligheten till nybesök och behandling. Införandet av Cosmic har medfört längre modultider per besök. Varje specialitet genomför eller planerar för en rad olika åtgärder för att komma till rätta med långa väntetider. Arbetet med produktions- och kapacitetsplanering fortskrider.

Medicinska specialiteter:

En enhet klarar målet väntande till 1:a besök inom 60 dagar och två enheter klarar målet för genomförda besök inom 60 dagar

Arbete med förbättrad produktions- och kapacitetsplanering pågår

Barn, Kvinna och psykiatri:

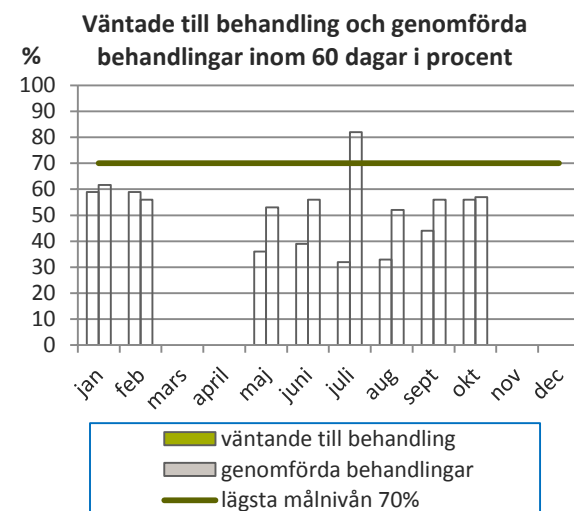
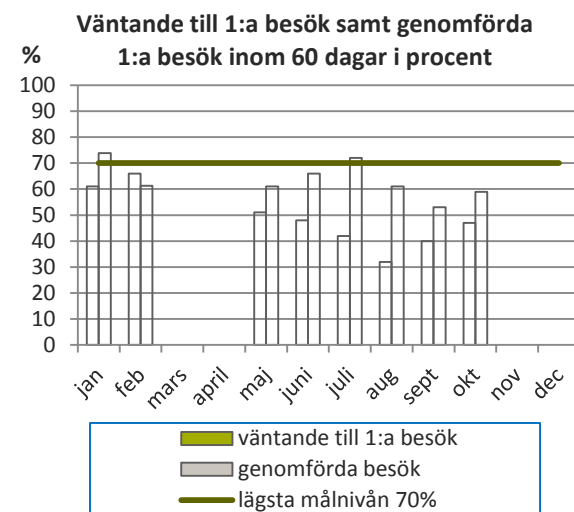
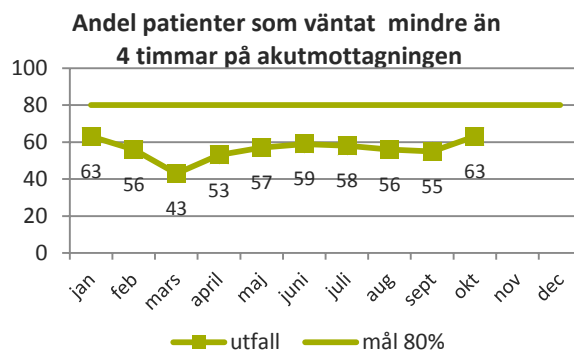
Centrum klarar inte målnivån 70% för 1:a besök men nivån förbättras för varje månad.

Det arbetas fortsatt med att komma tillrätta med felregistreringar som ger osäkra siffror.

För alla verksamheter gäller fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering.

Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mars	apr	maj	juni
1:a besök	1130	968	--	1239	1917	2100
Behandl				1426	1557	1572
Månad	juli	aug	sep	okt	nov	dec
1:a besök	2681	3247	2920	2598		
Behandl	1808	1163	894	748		



Faktisk väntetid för barn och unga med psykisk ohälsa

Målen är att minst 90% av barn och unga med psykisk ohälsa ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning samt att minst 80% ska få en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Fortfarande manuell rapportering av data till väntetidsdatabasen, då den automatiska överföringen av data från Cosmic inte fungerar.

Oktoberdata visar att 55 % får komma till ett första besök inom 30 dagar (flickor 70%, pojkar 44 %) . En fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar har 100 % (flickor 100 %, pojkar 100 %) fått.

Tillgänglighet primärvården

Telefontillgänglighet 0:an

Besvarat telefon, rådgivning/tidsbokning
Utfall per 2015-10-31 gällande tillgänglighetsgarantin för regiondriven primärvård ligger på 76 %. En ökning med 2% jämfört med september 2015. Jämfört med september så har påringda samtal minskat. Tillgängligheten varierar mellan 60-93%.

Vecka 39 driftsattes en ny callbacklösning i Hammarstrand och Odensala. Tittar man på månadsstatistiken så har tillgängligheten ökat för dessa hälsocentraler. Nöjdare patienter och bättre arbetsmiljö för personalen.
Övriga hälsocentraler kommer att under november göra samma förändring.

Utfall per 31 oktober gällande tillgänglighetsgarantin för privata hälsocentraler ligger på 96 %. En ökning med 2% jämfört med september.

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100%.

Målvärde per 2015-10.31 gällande besöksgarantin för regiondriven primärvård ligger på 82 % (kvinnor 82%, män 82%). Tillgängligheten för besök i de regiondrivna hälsocentralerna varierar mellan 53 – 99 %.

Målvärde per 2015-09.30 gällande besöksgarantin för den privata primärvården ligger på 87 % (kvinnor 87 %, män 87 %). Tillgängligheten för de privata hälsocentralerna varierar mellan 83- 91 %

Väntande totalt för både den regiondrivna och de privata hälsocentralerna under september månad var 82 % (kvinnor 82 %, män 83 %).

Oktober 2015	0:an Telefon- tillgänglighet samma dag	7:an - Läkarbesök inom 1 vecka
Närvård Frostviken	100	83
Fjällhälsan	99	91
Nya Närvården	94	85
Kälarne hc	93	75
Åre hc	93	99
Lits hc	92	81
Funäsdalens hc	91	89
Föllinge hc	91	91
Backe hc	90	92
Offerdals hc	90	85
Järpens hc	88	92
H-strands hc	87	76
Myrvikens hc	86	75
Krokoms hc	85	78
Hallens hc	84	53
S-sunds hc	82	89
Bräcke hc	81	74
Svenstavik hc	80	90
Lugnviks hc	75	73
O-sala hc	75	84
Brunflo hc	72	81
Frösö hc	71	72
Sveg hc	65	83
Z-gränds hc	60	71

Längre tidsmoduler genererar färre läkartider vilket påverkar tillgängligheten för besök. Systemutveckling och förändrade arbetssätt kan på sikt underlätta och innebära att produktionen inte påverkas i samma omfattning

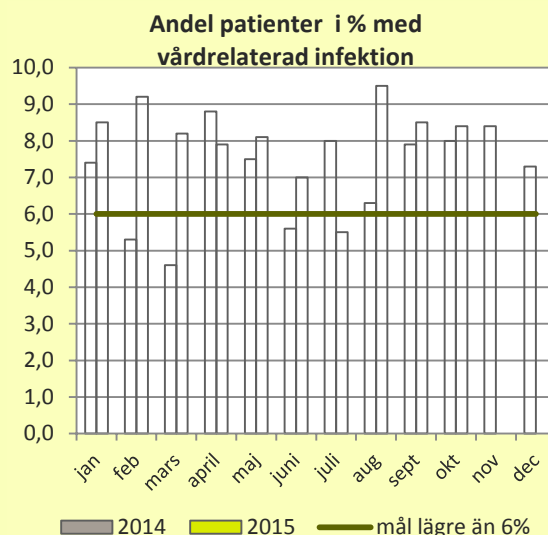
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultaten för vårdrelaterade infektioner når fortfarande inte det uppsatta målet att högst 6 % av patienterna drabbas av en vårdrelaterad infektion.

Vid mätningen inom somatiska avdelningar i oktober hade 8,4 % (21 av 249) av patienterna en vårdrelaterad infektion. Av uppdelad redovisning framgår att 10,4 % (14 av 134) män och 6 % (7 av 115) kvinnor hade en vårdrelaterad infektion. Vid detta mättillfälle hittades 7 postoperativa infektioner (infektioner som uppstått efter operationer) och sex övriga ingreppsrelaterade infektioner.

Sammantaget för året har 8 % av patienterna vid punktprevalens mätningarna haft en vårdrelaterad infektion. Det är högre andel män som drabbas av vårdrelaterade infektioner 9,2 % i förhållande till kvinnor 7,1 %.

Exempel på aktiviteter att förbättra är uppmärksamhetsvecka angående basala hygienrutiner genom föreläsning och att göra egenkontroll av händerna med "lysapparat" efter utförd handhygien. Granskning görs av journalen om patienten fått infektion efter operation.



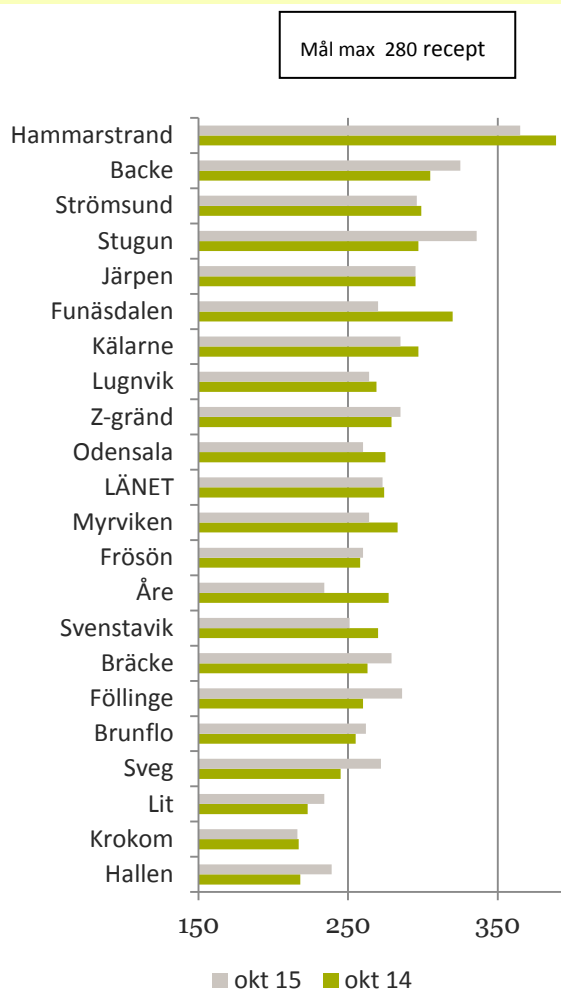
Minskad antibiotikaförskrivning

Primärvården

Värde oktober 2015: 273 recept/TIN.

Nuvarande antibiotikaförskrivning i Region Jämtland Härjedalen är 273 recept per tusen invånare, vilket är samma som föregående år mätt senaste 12 månaderna, dvs rullande tolv månader. Vid nationell jämförelse ligger Region Jämtland Härjedalen kvar på en stabil låg nivå, med näst lägst förskrivning i landet. Det är fortsatt endast Västerbottens läns landsting som har en lägre förskrivning.

Inom Region Jämtland Härjedalen kvarstår en stor skillnad mellan hälsocentraler med låg respektive hög förskrivning även om skillnaden minskat senaste året. Flertalet hälsocentraler har ökat sin förskrivning marginellt jämfört med tidigare år. Lokala STRAMA-gruppen har inte haft resurser att arbeta med hälsocentralernas förskrivning under hösten.



Medarbetare

Utförd tid t o m september

(Utförd tid 2015 i rapporten visar tiden oktober 2014 – september 2015. Eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

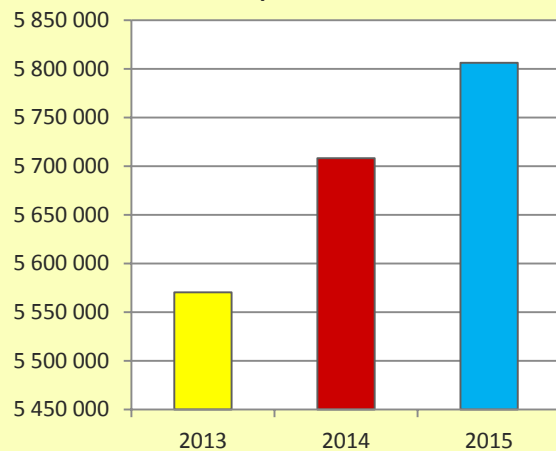
Utförda tiden enligt rullande 12 månader visar på en ökning med 98 253 timmar för perioden jämfört med 2014. Ökningen motsvarar 56 årsarbetare, på samma nivå som vid delårsbokslutet. Ingen hänsyn tagen till antal vardagar.

Centrum opererande specialiteter redovisar den största ökningen (+ 44 årsarbetare). Skäl som anges är införande av Cosmic, inskolningar av ny personal, extravak, ökad bemanning utifrån arbetsbelastning på vårdavdelningarna, ökat inflöde på akutmottagningen. Inom Centrum diagnostik, teknik och service beror ökningen på införandet av vårdnära service. Även Centrum för primärvård ökar den utförda tiden.

Centrumen medicinska specialiteter, barn, kvinna och psykiatri samt folktandvård ligger på i princip samma nivå i jämförelse med 2014.

Centrum för ledning och verksamhetsstöd minskar den utförda tiden genom vakanshållningar. Regionala utvecklingsförvaltningen minskar utförda tiden genom färre projekt inom social välfärd.

Utförd tid i timmar
Helår 2013 och 2014. Rullande 12
månaders period för 2015



Nyttjande av bemanningsföretag

Kommentarer till köpt bemanning läkare:

Svårigheter att rekrytera läkare.

Kommentarer till köpt bemanning sjuksköterskor:

Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till centrum medicin och distriktssjuksköterskor i närvårdsområdena Härjedalen.

Kommentarer till köp av övrig personal:

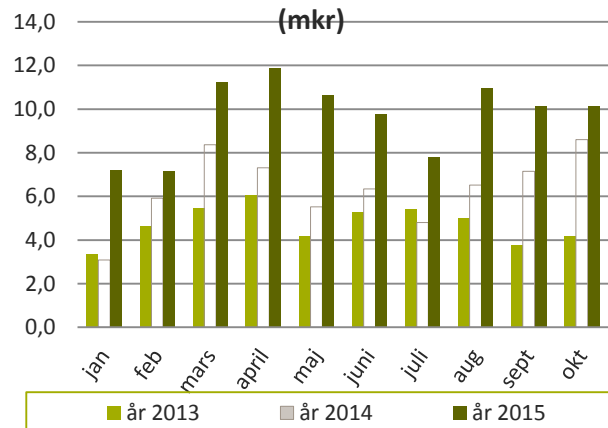
Centrum primärvård köper tjänster vad gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster från kommunerna.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:

Översyn av vårplatsstruktur, poliklinisering, vem gör vad, utbildning av ST-läkare och rekryteringsaktiviteter.

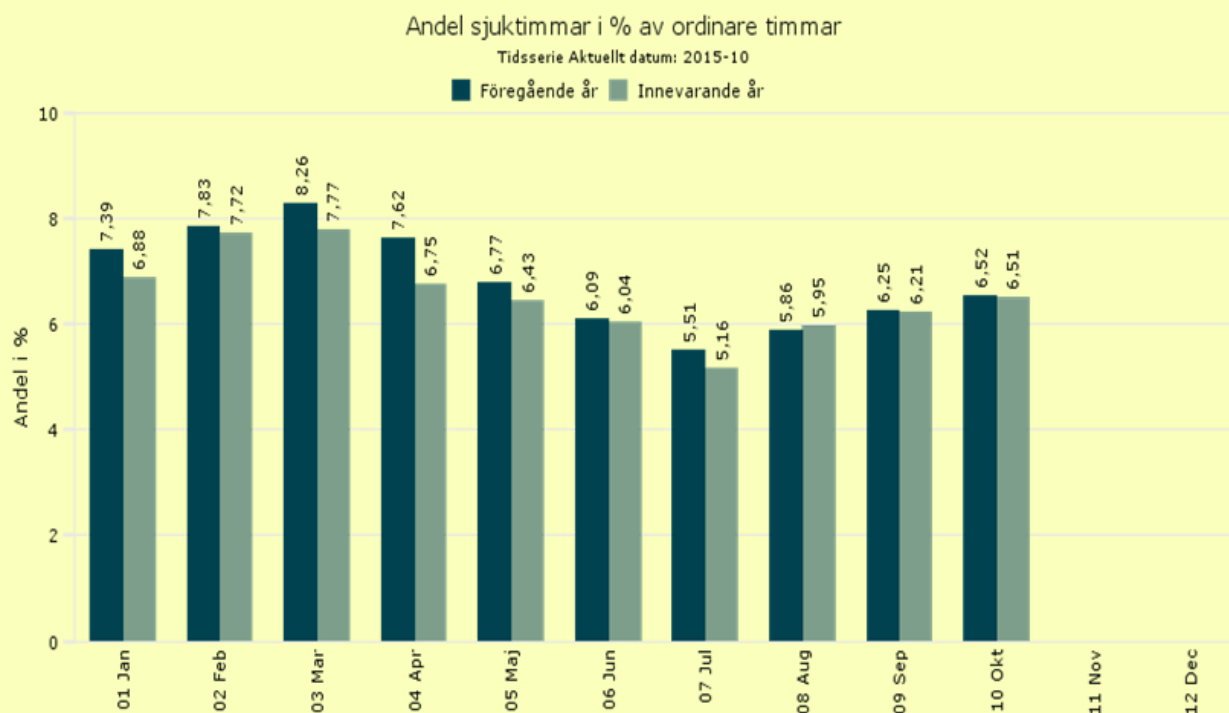
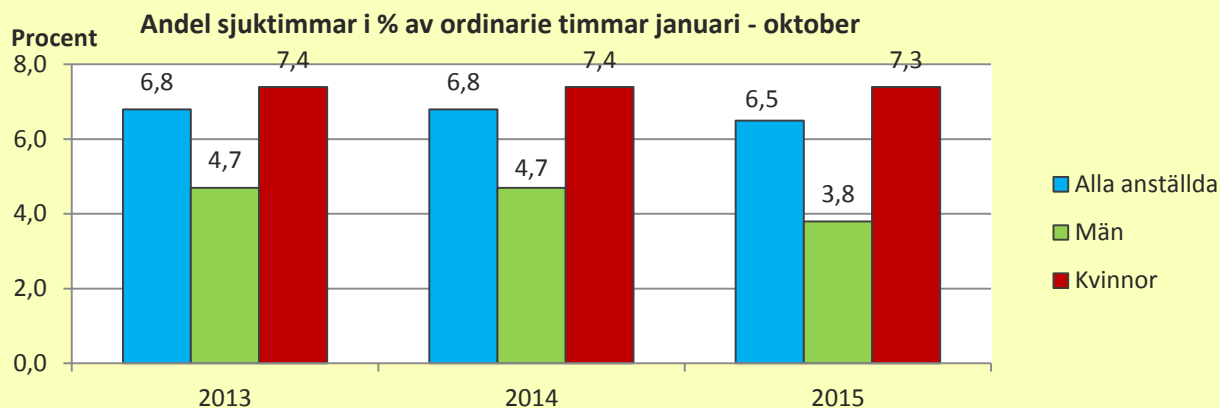
Inomcentrum diagnostik, teknik och service görs upphandling av externa granskningar.

Kostnad bemanningsföretag per månad
(mkr)



Kostnad bemanningsföretag ,mkr	Jan-okt 2014	Jan-okt 2015	Förändring
Kto 5551 Övrig personal	3,1	3,3	0,2
Kto 5552 Läkare	56,3	83,3	27,0
Kto 5553 Sjuksköterskor	4,2	10,2	6,0
Totalt	63,6	96,8	33,2

Sjukfrånvaro



Kommentarer till sjukfrånvaron:

Sjukfrånvaron har minskat från 6,8% till 6,5 % i jämförelse med tidigare år. Framförallt är det männens sjukfrånvaro som minskat.

Vad gäller sjukfrånvaron per månad jämfört med året innan så är sjukfrånvaron lägre alla månader utom augusti. Under augusti var det mycket korttidsfrånvaro som påverkat utfallet. Den procentuella minskningstakten per månad har nu stannat av. I kommentarerna till oktober månadsrapport från centrumen nämns stressrelaterade sjukdomar som ökande vilket också syns i siffror från Försäkringskassan. Sjukskrivningsorsakerna flyttar från rörelseorganen till de stressrelaterade diagnoserna.

Försäkringskassan kom med en analys under oktober månad som slår fast att sjukfrånvaron över riket nu ökar i nästan alla yrkesgrupper. Vård- och omsorgspersonal står för flest sjukfall i Sverige och den största ökningen sker i yrken med krav på längre utbildning. Ökningen av sjukfrånvaron härrör man i analysen till ett komplext mönster av samverkande faktorer bl.a. nämns möjligheten till sjukersättning (förtidspension) som är svårare att få nu samt det ökade inslaget av psykisk ohälsa (Yrke och sjukfall 20015:1).

Utmaningen är att möta ökningen av sjukfrånvarotimmar bland kvinnor vad gäller korttidsfrånvaron samt att arbeta för att förhindra att sjukskrivningarna blir långa genom tidiga insatser.

Ekonomiskt utfall 2015 jämfört med budget och föregående år

Verksamhet i miljoner kronor	Utfall ack okt 2015	Utfall ack okt 2014	Differens	Budget 2015	Årsprognos 2015
Diagnostik, teknik och service	13,3	12,4	0,9	3,0	8,0
Ledning- och verksamhetsstöd	17,5	9,1	8,4	0	4,0
Folktandvården	0,2	3,6	-3,4	0	0
Motsedda utgifter	35,3	20,7	14,6	-115,0	-5,9
Barn, kvinna och psykiatri	-11,2	-9,7	-1,4	0	-14,2
Landstingsövergripande verksamhet	-8,6	-11,6	3,1	0	-18,0
Primärvården	-44,6	-24,8	-19,8	0	-55,5
Medicinska specialiteter	-80,9	-49,7	-31,3	0	-97,0
Opererande specialiteter	-90,4	-56,7	-33,7	0	-105,0
Summa Hälso- och sjukvårdsnämnden	-169,4	-106,8	-62,6	-112,0	-283,6
Förtroendevalda politiker	1,7	1,8	-0,1	0	0
Patientnämnden	0,2	0,1	0,1	0	0
Regionala utvecklingsnämnden	14,0	0,0	14,0	0	2,5
Revisionskontoret	0,4	0,3	0,2	0	0
Vårdsnämnden	12,7	8,6	4,1	0	0
Summa Verksamheten	-140,4	-96,0	-44,4	-112,0	-281,1
Finansförvaltningen	34,1	35,7	-1,6	16,0	16,1
Totalt Region Jämtland Härjedalen	-106,3	-60,3	-46,0	-96,0	-265,0

Kommentarer till ekonomiskt resultat

Redogör för avvikelser mot ack utfall föregående år

Bokfört resultat till och med oktober 2015 är – 106,3 miljoner kronor . Rensat för återbetalning från AFA med 22 mkr samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel 2014 på 7 mkr är resultatet – 135 miljoner kronor vilket kan jämföras med – 60,3 miljoner motsvarande period 2014.

Större kostnadsavvikelser jämfört med 2014 (exkl den nyttillkomna regionala utvecklingsförvaltningen) är högre kostnader för personal 5,0 % (sep 5,3 %), inhyrd personal 52 % (sep 58 %) samt läkemedelskostnader 7,0 % (sep 6,5 %). Intäktssidan har ökat, framför allt beroende på återbetalningen från AFA på 22 mkr.

Redogör för årsprognosens avvikelse mot budget:

De största avvikelserna jämfört med budget består i högre kostnader för egen personal (31 mkr), inhyrd personal (45 mkr), köpt vård (13 mkr) samt läkemedel (46 mkr).

Prognos jämfört med föregående månad:

Prognosen är oförändrad jämfört med månadsrapport september – 265 miljoner kronor.

2015-11-13

Regionala utvecklingsnämnden

§ 172 Uppsiktsplikt över verksamhet som drivs i företag (RUN/1129/2015)

Ärendebeskrivning

Enligt Kommunallagens 6 kapitel § 1a och b ska regionstyrelsen i årliga beslut för varje hel- och delägt bolag pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår har varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Om styrelsen finner att så inte är fallet, ska den lämna förslag till fullmäktige om nödvändiga åtgärder. Kommunstyrelsen ska också vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att de krav som anges i Kommunallagens 3 kapitel 17 och 18 §§ är uppfyllda i hel- och delägda bolag. Dessa krav omfattar att fullmäktige i helägda bolag ska:

1. Fastställa det kommunala ändamålet med verksamheten,
2. Se till att det fastställda kommunala ändamålet och de kommunala befogenheter som utgör ram för verksamheten anges i bolagsordningen,
3. Utse samtliga styrelseledamöter, och
4. Se till att det anges i bolagsordningen att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas.

Regionala utvecklingsnämnden har enligt sitt reglemente i uppdrag att bevaka och tillvarata Region Jämtland Härjedalens intresse vid bolags- och föreningsstämmor i följande företag: Almi Företagspartner Mitt AB, Mid Sweden Science Park AB, Vattenbrukscentrum Norr AB, Naboer Aktiebolag, Torsta AB, Jämtlands Härjedalen Turistförening samt Länstrafiken i Jämtlands län AB, Norrtåg AB och AB Transitio.

Regionala utvecklingsförvaltningen tar fram underlag till regionstyrelsens uppsiktsplikt för ovanstående bolag. Innan regionstyrelsen ska utöva sin uppsiktsplikt så informeras regionala utvecklingsnämnden om hur verksamheten inom dessa bolag har bedrivits.

Beslutsunderlag

Information enligt uppsiktsplikten för delägda bolag – AB Transitio, 2015-10-23.

Förvaltningschefens förslag

Informationen om AB Transitio godkänns och lämnas över till regionstyrelsen för deras fullgörande av uppsiktsplikten

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Informationen om AB Transitio godkänns och lämnas över till regionstyrelsen för deras fullgörande av uppsiktsplikten.

Utdrag till

Regionstyrelsen; Områdeschef Infrastruktur och kommunikationer

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
------------------	--	--	--------------------

2015-11-13

Regionala utvecklingsnämnden

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande



Information enligt uppsiktsplikten för delägda bolag

Allmänt

I nedanstående information rörande delägda bolag redovisas de senaste ekonomiska uppgifterna delårsbokslut eller tertialbokslut januari – augusti 2015.

Transitio

Region Jämtland Härjedalen är en av 20 ägare till Transitio AB. Varje part äger 5 %.

Varför är vi ägare av bolaget

Bolaget ägs av landets RKM som har ansvaret för den allmänna kollektivtrafiken i länet/regionen. Transitio AB ska tillhandahålla tågfordon till de regionala tågtrafikbolagen. Norrtåg AB hyr tåg genom Transitio AB.

Vad gör bolaget

Bolagets uppdrag är att anskaffa och finansiera tågfordon och tillhandahålla tjänster som har koppling till fordonen för landets regiontågtrafik.

Hur går det i verksamheten

Bolaget är stabilt och sköter sina åtaganden. Bolaget har följande mål och utvecklingsområden att utveckla de närmsta åren.

- Leveranskvalitet på nyanskaffade fordon
- Utveckling av hyresavtal, bl a parternas respektive ansvar
- Förvaltningsplaner för resp fordonstyp
- Nyckeltal uppföljning av fordonsstatus och hyrestagare
- Leveransprojektavtal med uppdragsgivare
- Transparens vid finansiering

Hur går det ekonomiskt

Verksamheten finansieras genom uthyrning av tågfordon. Resultat per 2015-07-31 är + 6,2 mkr över budget. Det positiva resultatet förklaras av låga räntenivåer. Bolaget avser att vidta åtgärder för att årets resultat ska komma närmare budget.

Postadress	Besöksadress Org.nr	Fakturaadress	Internet	Telefon	Bankgiro
Regional Utveckling	Rådhusgatan 72 232100-0214	Box 910	www.regionjh.se	063-14 64 00	269-0071
Box 654 831 27 ÖSTERSUND		831 29 ÖSTERSUND	E-post regionalutveckling@regionjh.se		Fax 063-14 30 64

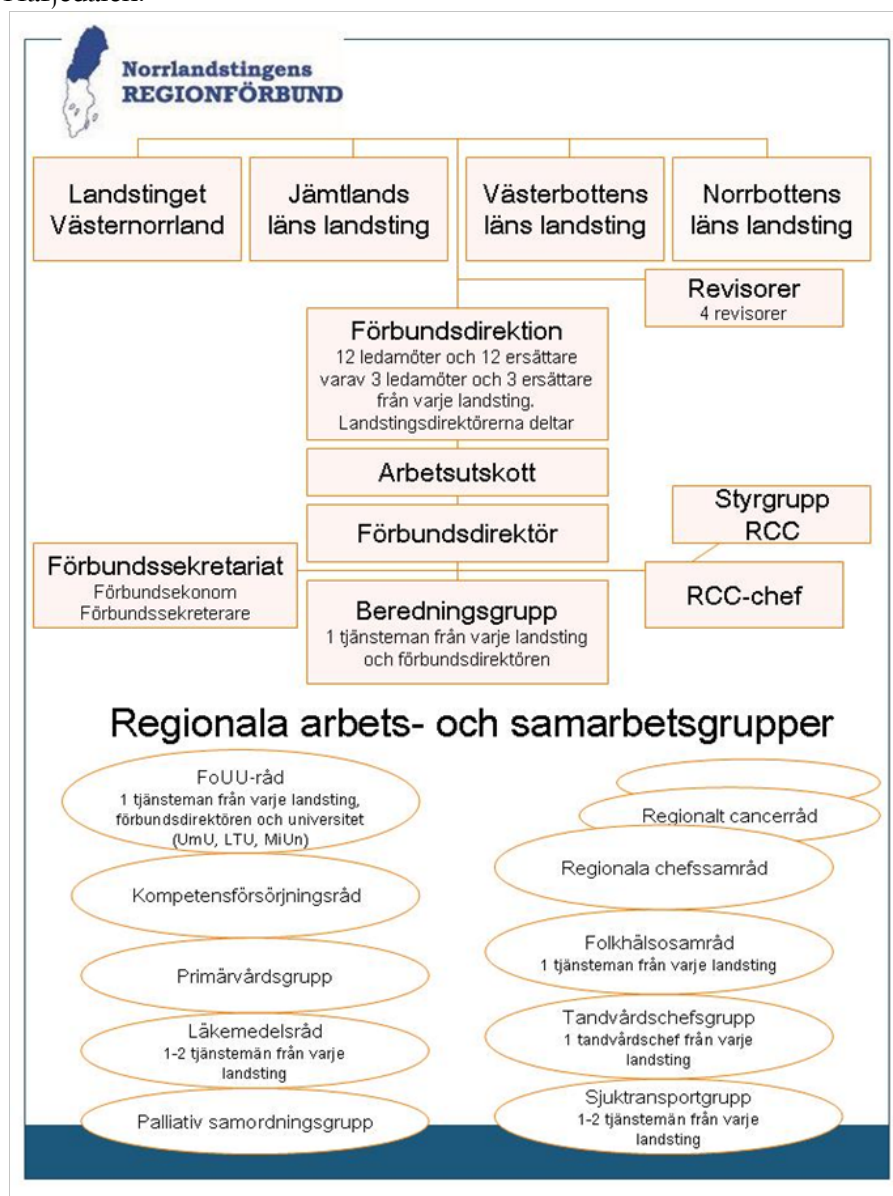
Planerings- och beställarstaben
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@jll.se

2015-11-14

RS/1583/2015

Regionstyrelsens uppsiktsplikt över Norrlandstingens Regionförbund

Medlemmar i Norrlandstingens regionförbund, NRF, är Landstinget Västernorrland, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting och Region Jämtland Härjedalen.



Enligt förbundsordningen är NRFs uppdrag att vara samverkansorgan i norra

sjukvårdsregionen för Norrlandstingen i syfte att tillvarata och utveckla gemensamma intressen inom hälso- och sjukvård, utbildning och forskning och därmed sammanhängande verksamheter. Norrlandstingen har ett gemensamt ansvar för beställning, planering och samordning av regionsjukvård, utbildning och forskning, och folkhälsa utifrån ett behovs- och befolkningsperspektiv. Regionsjukvården ska samordnas till enheter där en tillräcklig volym, hög vårdkvalitet och en kostnadseffektiv verksamhet kan garanteras.

I övrigt ska NRF tillvarata och utveckla gemensamma intressen inom hälso- och sjukvård, utbildning och forskning och därmed sammanhängande verksamheter t ex patienttransporter, läkemedel, diagnostik, IT och upphandling. NRF är också ansvarig för norra sjukvårdsregionens regionala cancercentrum.

NRF har förbundsdirection där Region Jämtland Härjedalen representeras av Ledamöterna

Ann-Marie Johansson (s), Monalisa Norrman (v), Christer Siwertsson (m), Ersättare

Bengt Bergqvist (s), Anna Hildebrand (mp) och Elin Lemon (c)

Organisationens styrning, planering och uppföljning av sin verksamhet

Förbundsdirectionen sammanträder 4 gånger per år. Inför varje möte sammanträder arbetsutskottet som består av en av ledamöterna från varje medlem, från Region Jämtland Härjedalen är det Ann-Marie Johansson (S).

NRFs förbundsdirection har en grupp beredande tjänstemän från medlemmarna (Beredningsgruppen) som tillsammans med förbundsdirectionen planerar och följer upp förbundets arbete. Region Jämtland Härjedalens representant i beredningsgruppen är planeringschef Ingela Jönsson. Beredningsgruppen sammanträder ca 10 gånger per år.

Vid varje directionsmöte deltar också beredningsgruppen och medlemmarnas landstingsdirectioner/regiondirectioner.

Se också under beskrivningen av ärenden under 2015 hur förbundsdirectionen genom information och mottagande av rapporter följer upp arbetet inom Regionalt Cancercentrum Norr, RCC Norr.

Bedömning: NRFs styrning, planering och uppföljning har en systematik och logik som gör det möjligt för Region Jämtland Härjedalens representanter att på ett aktivt sätt kunna delta i NRFs arbete som ger nytta tillbaka för Region Jämtland Härjedalen

Ärenden under 2015

Mötet mars

- Verksamhetsberättelse för RCC Nors Patientråd 2014
- Reviderade uppföljningsplanen för RCC Norr
- RCC Norr informerade om regeringens överenskommelse med SKL om stimulansmedel för införande av standardiserade vårdförlopp cancer. RCC Norr informerade om sitt stöd i arbetet till medlemmarna och NRF beslutade rekommendera landstingen att arbeta enligt intentionerna i överenskommelsen
- Resultat redovisades av den intervjuundersökning som gjorts av landstingens framtida behov av insatser från NRF under de kommande fem till tio åren. Intervjuer hade gjorts av förbundsdirektionens avgående politiker och de tjänstemän som ingår i olika samarbetsorgan inom NRF. Synpunkter ska ligga till grund för formulering av vision och verksamhetsidé för NRF. Beslut togs i maj att avvakta detta arbete tills alla nya ledamöter hunnit bilda sig en egen uppfattning av NRFs nuvarande arbete.
- Arbets- och miljömedicin har utretts och utredningen presenterades för NRF, och NRF beslutade att nästa steg är att varje medlem presenterar sitt behov inom detta område.
- Information om läget i pågående avtalsdiskussioner med Akademiska universitetssjukhuset och Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Godkände att norra sjukvårdsregionen tar ansvar för etableringen av en nationell kompetensgrupp för Strama (finansiering 2015 inom NRFs medel, 2016 i regionvårdsavtalet)
- Information om resultatet i befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor, totalt för Norrland, likheter och skillnader mellan medlemmarna
- Framställan till SKL om behovet av användande av distansteknik i större utsträckning vid möten i olika samarbetsgrupperingar.
- Godkände inlämnade av intresseanmälan om att norrlandstingens forskningssamarbete ska vara en av sex regionala noder i det nationella nätverket för klinisk forskning
- Framställan till regeringen om utökning av läkarutbildningen i Norrland

Mötet maj

- Godkände det folkhälsopolitiska programmet för Norrlandstingen 2015-2019.
- Förbundsdirektören informerade om chefssamrådets rapporter om sina planeringsuppdrag för 2014-16
- Uppföljning av årsstatistik över köpt regionvård för alla fyra medlemmarna från NUS, Akademiska, Karolinska, Sahlgrenska och Lund.
- Information om konsekvenser av reviderade nationella riktlinjer för hjärtsjukvården
- Beslut om regler för kost och logi vid patienthotellet vid Skandionkliniken i Uppsala
- Godkände anpassning av den regionala processen för ordnat införande av nya läkemedel utifrån ändringar i den nationella processen
- Revidering av regionala prislistan

Mötet augusti

- Verksamhetsplan för 2016-2018 och budget för 2016 antogs
- NRF utser /nominerar ledamöter som representanter för sjukvårdsregionen i vissa nationella organ. NRF godkände rutiner för NRFs uppsikt över dessa uppdrag, genom att bl a fastställa vilka rutiner för återrapportering som ska gälla.
- Information om läget i förhandlingarna om avtal med Akademiska universitetssjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset och Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Information om samarbetsprojektet inom laboratoriemedicin/patologi
- Lägesrapport från medlemmarna om arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp för cancer
- Uppföljningsrapport om målnivåerna inom RCCs regional utvecklingsplan 2013-2015
- Information om överenskommelse mellan staten och SKL för 2015 gällande medel för kunskapsstöd och uppföljning inom primärvården
- Information om att NUS fått tillstånd att bedriva behandling av skador i plexus brachialis (ett nätverk av nervfibrer i skuldran) som rikssjukvård.

Bedömning: Listan på ärenden som hanteras av NRF visar att NRF håller sig inom det uppdrag som anges av förbundsordningen och stämmer väl med det behov av samordning och stöd i regionsjukvård som region Jämtland Härjedalen har. Beskrivningen visar också att NRF på ett strukturerat sätt följer upp RCCs arbete liksom andra arbetsgruppers uppdrag.

NRFs ekonomi och hur tilldelade medel används i verksamheten för att nå uppsatta mål.

Under 2014 var anslaget för NRF 4 646 000 kronor, varav Jämtlands läns landstings andel var 668 600 kronor. Forskningsanslaget Visar Norr uppgick till 2 400 000 kr varav Jämtlands läns landstings andel var 330 000 kronor.

2014 års bokslut för NRF och anslaget Visar Norr redovisade ett överskott på 222 000 kronor. Totalt har NRF ett eget kapital i 2014 års bokslut på 1 905 000 kronor.

2015 års anslag för år NRF 4 767 000 kronor, varav Jämtlands läns landstings andel var 685 700 kronor. Forskningsanslaget Visar Norr uppgick till 2 400 000 kr varav Jämtlands läns landstings andel var 330 000 kronor.

Förbundets anslag finansierar ett kansli med en förbundsdirektör, en förbundsekonom och en förbundssekreterare.

Bedömning: NRFs verksamhet hanteras inom tilldelade medel
--

NRFs revisorers synpunkter under 2015

I revisionsberättelsen för 2014 säger revisorerna:

I vår granskning av förbundets verksamhet har vi uppmärksammat att direktionen under år 2014 beslutat om revidering av förbundsordningen i syfte att tydliggöra ansvarsfördelningen för RCC Norr mellan förbundet och Västerbottens läns landsting. Förbundsdirektionen har under året även fattat beslut om ny ersättningsmodell.

Vår granskning av de regionala chefssamråden visar att det finns utrymme för förbättringar vad avser förbundets styrning, kontroll och uppföljning.

- **Vi bedömer** sammantaget att direktionen i Norrlandstingens regionförbund har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt.
- **Vi bedömer** att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.
- **Vi bedömer** att direktionens interna kontroll har varit tillräcklig.
- **Vi bedömer** att resultatet enligt årsredovisningen är förenligt med de finansiella och verksamhetsmässiga mål som direktionen uppställt.

Revisorerna har särskilt granskat chefssamrådets arbete – där säger de:

Vår sammanfattande bedömning är att förbundsdirektionens styrning av chefsamråden har utvecklats men kan ytterligare förbättras. Beslutade styrdokument som exempelvis arbetsordningen, uppdragen till chefsamråden, den nya riktlinjerna för chefsamråden och liknande styrdokument ger enligt vår bedömning goda förutsättningar för förbundsdirektionen att utöva en ändamålsenlig styrning av chefsamråden.

Enkätundersökningen visar, liksom vid den undersökning som genomfördes år 2010, en i huvudsak positiv förhållanden för arbetet i chefsamråden som behandlas i enkäten uppfattning bland ledamöterna i chefsamråden, till förbundsdirektionens styrning och till de olika förhållanden för arbetet i chefsamråden som behandlas i enkäten.

Enkätundersökningen tyder även på att det har skett vissa förbättringar sedan den förra enkäten. I granskningen har noterats att förbundsdirektionen beslutat om skriftliga uppdragsbeskrivningar från landstingen enligt vår rekommendation i granskningen 2010. Drygt 60 procent av de svarande i 2014 års enkätundersökning uppger att de har skriftliga uppdrag.

Enkätsvaren tyder dock även på att det finns förhållanden för chefsamråden som kan förbättras, främst gäller detta förbundsdirektionens styrning och uppföljning samt hemlandstingens uppbackning av ledamöterna i chefsamråden.

Vi rekommenderar att förbundsdirektionen tittar vidare på följande identifierade förbättringsområden:

- o kommunikationen med medlemmarna om ledamöternas förutsättningar, behov av skriftliga uppdragsbeskrivningar med tydliggörande av ledamöternas mandat med mera.
- o om uppdragen till chefsamråden kan göras tydligare och ges med bättre framförhållning.
- o chefsamrådets förutsättningar.
- o hur olikheterna i landstingens sätt att organisera vården kan hanteras, för att minska den negativa påverkan på arbetet i chefsamråden.
- o hur chefsamrådets överenskomelser kan få bättre genomslag i landstingen.

I sitt svar till revisorerna skriver NRF:

Åtgärd

Förbundsdirektionen uppdrar till Förbundsdirektören att i samråd med beredningsgruppen utveckla stödet till chefsamrådets arbete och avrapportera vilka åtgärder som vidtagits/föreslås till förbundsdirektionens sammanträde i december 2015.

Bedömning: Revisorernas granskning och NRFs svar ger inte anledning till några åtgärder från medlemmarna, mer än att på hemmaplan arbeta med tydlighet i chefsamrådsrepresentanternas uppdrag

SLUTSATS

Region Jämtland Härjedalens representanter i NRF finns alla i regionstyrelsen. I regionstyrelsen avrapporteras löpande information från NRFs möten vid nästkommande styrelsemöte. Den direktkontakt som regionstyrelsen därmed har med NRF och denna genomgång av NRF utifrån regelverket för regionstyrelsens uppsiktsplikt innebär att inga åtgärder behövs från regionstyrelsen.

Patientnämndens kansli
Agneta Ingvarsson utredare/chef
Tfn: 063-14 75 84, 070-552 75 60
E-post: agneta.ingvarsson@regionjh.se

2015-11-16

Regionstyrelsen

Patientnämnden inför 2016

Patientnämnden ser i år liksom förra året att ärenden som berör kommunikation, d. v. s. bemötande och information fortsätter att ligga på en hög nivå. Det har t o m skett en ökning 2015. Det är fler patienter som hör av sig angående telefontillgänglighet väntetider och vårdgaranti. En mindre ökning ses även gällande rubriken vårdansvar. Vårdansvar kan beröra vårdplanering, vårdprocesser och samverkan mellan enheter. En bakomliggande faktor kan vara bristen på fasta läkare inom primärvården.

Patientnämnden har även noterat att det finns skillnader inom länet gällande tillgång till stöd vid psykisk ohälsa från psykosociala team. Det är allvarligt eftersom den psykiska ohälsan är den ohälsa som ökar mest. Tidiga insatser är strategiskt viktigt för att bryta den trenden.

Patientnämnden konstaterar att flera verksamheter i inte följer de tillämpningsanvisningar om vårdgarantin som beslutats i Region JH.

I tillämpningsanvisningarna står följande:

”Beräknas väntetiden till över 90 dagar, ska patienten informeras om detta och erbjudas ytterligare individuell information om så önskas för att kunna fatta ett bra beslut. Patienten skall vara välinformerad om sina olika valmöjligheter. Patienten gör sen ett aktivt val. Patienter som inte kan få tid inom 3 månader har rätt att åka till annat sjukhus. Patienten har rätt att få denna information så snart verksamheten är medveten om väntetiden.”

Många gånger är det patienten själv som får efterfråga information och det händer ibland att felaktig information ges.

Den nya patientlagen förstärker vårdgivarens ansvar att ge en god och anpassad information till patient och närstående. En välinformerad patient blir trygg och kan medverka till en säker vård. Patientnämnden har sett att flera verksamheter arbetar med att förbättra informationen till patienterna men det finns fortfarande en stor förbättringspotential.

Patientnämndens kunskap efterfrågas i allt större utsträckning både internt i regionens verksamheter och externt i patientorganisationer och liknande.

På riksplanet pågår en översyn av klagomålshanteringen som berör vårdgivaren, Inspektionen för vård och omsorg, IVO och patientnämnderna. Slutbetänkandet ska

vara klart i december. Patientnämnderna föreslås ges ett utökat uppdrag och eventuellt en resursförstärkning genom att omfördela medel från IVO.

IVOs uppdrag begränsas men huvudansvaret för klagomålen kommer vårdgivaren att ha. Patientnämndens roll blir att stödja patienterna att inhämta svar från vårdgivaren samt att i högre grad än nu analysera ärenden samt arbeta mer utåtriktat och med ett tydligare barnperspektiv. Antalet ärenden till patientnämnderna beräknas öka när möjligheten att anmäla till IVO minskas.

Under 2016 behöver patientnämnden arbeta med kompetensutveckling och omställning inför att den förändrade lagstiftningen ska träda i kraft 1 jan 2017. Vidare förväntas efterfrågan på patientnämndens medverkan i utåtriktad verksamhet fortsätta.

Patientnämndens kansli arbetar med införande av ett förnyat system för registrering av ärenden som regionen tilldelat extra medel för under 2015. Införandet går planenligt beträffande tidsram och kostnader. Systemet ska tas i bruk från årsskiftet.

Patientnämnden planerar att fortsätta bevakningen av jämlik och jämställd vård. Nämnden ser positivt på det arbete som regionstyrelsen initierat och hoppas på en fortsatt samverkan inom området.

Patientnämnden ser fram emot att komma till regionstyrelsen i början av 2016.

Agneta Ingvarsson
Kanslichef

Harriet Jorderud
ordförande



**Uppföljning av Region Jämtland Härjedalens
brukarråd 2015**

Version: 1

Beslutsinstans:



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
2	BRUKARRÅD	4
2.1	Arbetsordning för brukarråd	4
2.2	Tidigare översyn av brukarråden	4
2.3	Brukarråd i Region Jämtland Härjedalen	5
3	SAMMANFATTNING	6

1 INLEDNING

Under 2016 ska arbetet med Region Jämtland Härjedalens brukarrådsgrupper konkretiseras i verksamhetsplaner (enligt beslut i regionstyrelsen 2015-05-26—27, § 126). Inför det arbetet ska en rapportering av de nu existerande brukarråden ske. Denna rapport är en sammanställning av organisationens aktiva brukarråd. Sammanställningen grundar sig dels på den utvärdering av brukarråd som gjordes 2012 och dels på svar på riktade frågor till de tjänstemän som är ansvariga för respektive råd.

2 BRUKARRÅD

I den nuvarande Regionplanen 2016 – 2018 framgår att alla patienter ska ha möjlighet att påverka omfattning och innehåll i den vård man får. Patienters kunskaper och synpunkter ska tas tillvara, till exempel genom brukarråd.

2.1 Arbetsordning för brukarråd

Nuvarande arbetsordning för brukarråden antogs 2006. Syftet med brukarråden är:

- Att i samråd ge och få insyn i verksamheten
- Att tillsammans kunna påverka och komma med förslag som leder till verksamhetens utveckling

Brukarråd ska vara ett forum för samråd mellan representanter från handikapporganisation/-er och medarbetare från Region Jämtland Härjedalen. Handikapporganisationens inriktning ger en anvisning till vilken verksamhet som berörs inom Region Jämtland Härjedalen. Råden ska ha en rådgivande funktion och sammankomsterna ska genomföras på ett informellt sätt. Råden kan inte fatta beslut i avgörande frågor. Frågor i behov av beslut förs vidare av handikappsamordnaren¹. Brukarråden kan initieras av antingen handikapporganisationerna eller av verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen. Antalet ledmöter kan variera men bör, enligt arbetsordningen, inte överstiga nio personer. Brukarråden kan vid behov väcka ärenden i regionstyrelsen eller i Länets handikappråd.

2.2 Tidigare översyn av brukarråden

Under våren 2012 genomfördes en översyn av dåvarande landstingets samverkan med föreningar, främst brukarråd. Syftet med översynen var att ge tre förslag på arbetssätt avseende samverkan som omfattade fler samhällsaktörer och med en bredare sammansättning än före översynen. Förslagen skulle även innebära en förbättring av organisationen och arbetssätt samt ge ett ökat nyttjande av erfarenhetsbaserad kunskap än tidigare.

I översynen framkom att brukarråden hade olika funktioner och att rådets ledning och styrning fungerade olika. Brukarrådsrepresentanterna menade att det saknades tydliga förväntningar från dåvarande landstinget och att mål kring samverkan och brukarrådets arbetsordning var otydliga.

¹ Tjänsten *handikappsamordnare* existerar inte i dagens organisation.

Efter översynen togs tre förslag fram på ny samverkansmodell för brukarråden men inget beslut har fattats med stöd av den genomförda utredningen. Fram tills idag har brukarråden fortsatt sin verksamhet enligt tidigare ordning.

2.3 Brukarråd i Region Jämtland Härjedalen

I Region Jämtland Härjedalen finns för närvarande brukarråd inom:

- Tillgänglighet
- Psykiatri
- Hörsel
- Syn
- Barn- och ungdomshabilitering
- Reumatiker
- Hjälpmedel
- Taltidning

Tillgänglighet

Brukarrådet för tillgänglighet handhar fastighetsfrågor utifrån tillgänglighetssynpunkt. Rådet har två till tre möten per år, är relativt insatt i verksamheten och kan snabbt tycka till i frågor som berör gruppen. Rådet borde dock bli bättre på att inhämta synpunkter från de brukarorganisationer man representerar. Ansvarig tjänsteman anser att rådet har ett inflytande över verksamheten men att man oftast är överens om de frågor som ska prioriteras.

Psykiatri

Ansvarig tjänsteman uppger att rådet syfte är tydligt och att brukarrådet fyller sitt syfte. Rådet har tio möten per år och dessa möten har en bra närvaro och engagerande brukare som också är både ordförande och sekreterare. Området har också nyligen anställt en brukare på 25 % för att hålla i klinikens 100-årsjubileum. Rådet är med och tycker till i många viktiga frågor som rör området och har även ett nära samarbete med områdeschef. Rådet sammanställer löpande en ris och ros-lista med synpunkter från patienter och anhöriga som varit i kontakt med psykiatrin. Listan skickas därefter till berörda chefer för åtgärd och här brukar återkopplingen från chefer inte fungera optimalt.

Hörsel

Brukarrådet för hörsel sammanträder två gånger per år. Rådet dras för närvarande med dålig uppslutning från de medverkande brukarföreningarna och rådet har haft svårt att komma på frågor att arbeta med under nuvarande mandatperiod trots påstötningar från verksamheten. Ansvarig tjänsteman uppger att rådets arbete har tappat fart efter att politikerna stigit av rådet. Därtill uppfattas inte brukarrådets syfte som tydligt från verksamhetens sida.

Syn

Brukarrådet för syn har möten två gånger/år och enligt ansvarig tjänsteman finns ett klart definierat syfte med rådet. Verksamheten informerar brukarorganisationerna om vad som är på gång inom området och upplever att förändringar inom verksamheten mottas bättre och med mindre oro av brukarna om de får bra förhandsinformation kring hur förändringarna kommer att påverka patientgruppen. Det är också positivt att verksamhetsområdet kan hålla sig uppdaterad

om brukarorganisationernas pågående verksamhet för att kunna rekommendera andra brukare att ta kontakt med dem. Brukarrådet tar också upp frågor kring tillgänglighet som gäller hela sjukhuset och som syncentralen kan vidarebefordra inom organisationen. Brukarrådet har inget direkt inflytande men hänsyn tas till deras synpunkter vid verksamhetsplanering.

Barn- och ungdomshabiliteringen

Barn- och ungdomshabiliteringens brukarråd sammanträder fyra gånger per år. Ansvarig tjänsteman anser att rådets syfte är klart men att det saknas en formell skrivning om detta. Rådet har en bra dialog och ett bra informationsutbyte från båda sidor men representationen vid rådets sammanträde kunde vara bättre, både från verksamheten och från den grupp som verksamheten representerar. Verksamheten tar stor hänsyn till rådets synpunkter i sitt utförande av verksamheten men uppger samtidigt att det kan bli ännu bättre om representationen ökade.

Reumatikermottagningen

Brukarrådet för reumatiker har tre sammanträden per år. Ansvarig tjänsteman uppger att rådets uppdrag är klart och att ledamöterna förstår sitt uppdrag. Dock måste det bli tydligare att ledamöterna inte bara representerar sig själva i rådet utan även en större grupp människor. Reumatikermottagningen inhämtar information från rådet i de frågor som de anser vara relevanta för gruppen, t.ex. utformning av patientinformation.

Hjälpmedel

Brukarrådet för hjälpmedel sammanträder två gånger per år. Rådet är relativt nystartat och efter ett första möte med flertalet av Jämtland Härjedalens funktionshindersorganisationer har nio organisationer valts ut att delta i rådet. Enligt ansvarig tjänsteman har rådet haft svårigheter med att lyfta konkreta frågeställningar till verksamheten.

Taltidning

Taltidningsrådet sammanträder två gånger per år och alltid i anslutning till brukarrådet för syn. Syftet med Taltidningsrådet är dels att få in synpunkter på taltidningens innehåll men också att få uppslag till nya reportage och ur den aspekten anser ansvarig tjänsteman att rådet är värdefullt. Det finns dock svårigheter att få representation från hela länet. Rådets ledamöter väljs inte på fyra år (enligt ordinarie mandatperiod) utan kommer in i rådet på löpande basis.

3 SAMMANFATTNING

Idag finns åtta brukarråd inom Region Jämtland Härjedalen. Från verksamheten framträder en bild av att merparten av de existerande brukarråden anser sig ha ett klart syfte och väl etablerade former för sammanträden och vad rådet kan respektive inte kan påverka inom den egna verksamheten. Undantag finns och här påtalas också att rådets syfte är oklart samt att det saknas fungerande arbetsformer.

Arbetsordningen för brukarråden har varit gällande sedan 2006 och är i behov av revidering, den specifika tjänsten *handikappsamordnare* finns inte längre inom organisationen och ingen ny funktion finns utpekad för att vara länken mellan verksamheten och politiken. Värt att notera är att inget brukarråd har initierat något ärende till regionstyrelsen (tidigare landstingsstyrelsen) trots att möjligheten finns.



Daniel Nilsson
Samordningskansliet

2015-10-26

Dnr:RS/1720/2015

Liksom tidigare utredning visar denna översyn att brukarråden har olika uppgifter och att brukarrådens inflytande över verksamheterna varierar.

Brukarråden har en egen sida på Region Jämtland Härjedalens externa webbplats men denna har inte uppdaterats sedan 2010, något som gör att samtliga nu existerande brukarråd inte finns upptagna och att de kontaktpersoner som anges inte längre är verksamma inom området. Sidan innehåller en länk till brukarrådens arbetsordning men utöver detta finns ingen information om hur Region Jämtland Härjedalen arbetar med råden eller hur ett råd kan initieras.

Håkan Gadd
Centrum barn, kvinna och psykiatri
Tfn: 063-15 35 21
E-post: hakan.gadd@regionjh.se

2015-11-11

Dnr RS/1291/2015
S2015/04694/FST

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se
s.fst@regeringskansliet.se

Svar på remiss: Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU (SOU 2015:71)

Bakgrund

Socialdepartementet har den 15 juli 2015 inbjudit Region Jämtland Härjedalen att avlämna synpunkter på förslagen i ovan rubricerade betänkande. Centrumchef Håkan Gadd har varit föredragande i ärendet. Särskilda yttrande har inhämtats från överläkare Maria Holmberger, överläkare Sverker Svensson och mångfaldsstrateg Sofia Kling.

Sammanfattning

Det är en välkommen förändring till ny lag då den lyfter fram barnrättsperspektivet och ger anhöriga ett större inflytande. Nedan redovisas kapitelvis de synpunkter Region Jämtland Härjedalen har. För de förslag som synpunkter inte anges delar Region Jämtland Härjedalen utredningens förslag.

Kapitel 4

Det föreslås att Staten ska bidra till kommunernas implementering av den nya LVU och de andra författningsändringar som föreslås. Ett sådant åtagande från Statens sida bör även omfatta landstingen då vårdprocessen ofta omfattar hälso- och sjukvården antingen för barnet eller barnets föräldrar. Därför bör en strävan efter helhet prägla implementeringen.

Kapitel 5

Utredningen förslår (sid 223) ett nytt i kapitel i nya LVU med bestämmelser om vilka krav barn och unga kan ställa på vården. Vår uppfattning är att utbildning är en basal rättighet för barn och unga som är viktig att den kommer till stånd och anpassas efter barnet eller den unga, därför bör den uttryckas som ett rättighetskrav. Att information ska kunna ges individuellt anpassat till barn och unga är bra, men eventuellt informationsmaterial bör tas fram tillsammans med barn och unga. Det är viktigt att säkerställa att vårdnadshavare med funktionsnedsättning får anpassad information.

Angående förslaget om regionala barnombud är vår uppfattning att IVO ges i uppdrag att utveckla barnombudsfunktionen då myndigheten även har mandat att inleda tillsyn. En sådan funktion inom IVO har bättre möjlighet till enhetlighet i tilltal och hantering än att utveckla en sådan funktion i landets alla socialtjänster.

Kapitel 6

Utredningen föreslår att nuvarande bestämmelse i 22§ LVU får en annan placering i nya LVU för att markera att öppna insatser utan samtycke är mindre ingripande än omhändertaganden och att den öppna insatsen som inte är behandling görs med en kvalificerad kontaktperson (sid 275). Utredningen föreslår att nya LVU ska ge socialnämnden rätt att besluta att utse en kontaktperson för barn under 15 år. Här används inte ordet kvalificerad. Vår uppfattning är att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utfärda rekommendationer för vilken kompetens kontaktpersoner ska ha.

Kapitel 7

Utredningen föreslår att rekvisitet ”något annat socialt nedbrytande beteende” ska ändras till ”något annat i sig självt socialt nedbrytande beteende”. Bakgrunden är flera domar i HFD där andra uppreppande beteenden har bedömts kunna vara socialt nedbrytande. En sådan förändring, som är samhällsbetingad, och går mot olika beroendeformer bör medföra att socialnämnden åläggs att bilägga medicinska utlåtanden till utredningen innan beslut om tvångsvård beslutas.

Det betonas vidare att gränsdragning mellan LVU och LPT ibland är flytande och att i vissa fall barn och unga på så vis kan falla mellan stolarna. Det poängteras i samband med detta att vård enligt LPT kan ges samtidigt som den unge vårdas med stöd av LVU men också riskerna, bl. a. till följd av ett antal HFD-domar där vård enligt LVU förkastats då man ansett att beteendestörningen som låg till grund för LVU-ansökan i sig berodde på psykisk sjukdom. Detta visar på behov av allmänna råd från t ex Socialstyrelsen som hjälp vid tolkning av lagen. Det är dock tveksamt om allmänna råd kan minska glappet mellan LVU och LPT.

En brist kan ses i det att utredningen inte tar ställning till hantering av barns vård enligt LVU som är aktuella för utvisning men detta ingick inte heller i utredningens uppdrag. Man betonar dock att frågorna kring LVU och bestämmelser i utlänningslagen skall ges ökad uppmärksamhet och att tillämpningen av bestämmelserna skall följas fortlöpande.

Kapitel 9

Barns delaktighet i utredningen behöver utvecklas konstaterar utredningen i avsnitt 9.16.2. Utredningen menar att frågan ska hanteras i ett utvecklingsarbete mellan staten och SKL. Ett sådant arbete är viktigt men för att försäkra sig om att barn och unga har inflytande bör lagen istället kompletteras med att Socialtjänsten ska dokumentera i utredningen hur barnet har fått komma till tals. Utredningen föreslår att landstinget enligt en särskild lag ska erbjuda barnet eller den unge en hälsoundersökning som vårdas utanför hemmet. Utredningen föreslår i kapitel 15 att kommuner och landsting ska bli skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete kring placerade barn och unga. Frågan om hälsoundersökningar bör kunna regleras inom ramen för en sådan överenskommelse. Vi föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utarbeta rekommendationer vad hälsoundersökningar ska omfatta. Som SKL har påtalat nyligen avseende hälsoundersökningar av flyktingar fångar inte alla undersökningar psykisk ohälsa trots att man vet att minst 30 procent har sådana problem.

Kapitel 12

Utredningen föreslår att socialnämnden är skyldiga att ge vårdnadshavare rätt till information och delaktighet när barn vårdas enligt LVU. Vi vill framhålla vikten av att syskon (framför allt äldre) också ges denna rätt då de kan vara viktiga i vården av den unge, men att relationen till vårdnadshavarna kan variera.

Kapitel 13

I relationen till långsiktigt placerade barn vill vi fästa uppmärksamheten på artikel 30 i Barnkonventionen, som fastslår den särskilda rätt till språk, kultur och religion som barn tillhörande urfolk eller nationella minoriteter har. När barn som tillhör ett urfolk eller en nationell minoritet långsiktigt placeras utanför den egna kulturen riskerar en påtvingad förlust av språk och kultur att äga rum, vilket står i motsats till Barnkonventionens intentioner.

Med anledning av samiska barn bör särskild hänsyn tas till renskötselrätten i en viss sameby. Denna erhålls när barnet föds, men tas i besittning vid 18 års ålder. För att kunna ta den i besittning på ett bra sätt är det en förutsättning att barnet kunnat delta i samebyns renskötselaktiviteter och har en naturlig plats i gruppen. Detta förutsätter gemensamt språk och gemensamma värderingar/gemensam kultur. I relation till urfolksbarn bör också Sveriges historia som kolonisationsatör av Sápmi stämma till särskild eftertanke vad gäller långsiktiga placeringar av samiska barn. Detta är särskilt viktigt att beakta utifrån de förändringar som föreslås för vårdplanen, att den ska beskriva vilka förändringar som krävs för att barnet ska kunna återvända hem och vilket stöd nämnden kan erbjuda vårdnadshavarna. Vi vill även framhålla generellt om vårdplanerna att det är som utredningen skriver komplex problematik vilket gör det svårt att beskriva vad som ska leda fram till en återförening. Nämnden bör därför regelmässigt rådfråga expertis om man inte har egen kompetens.

Utredningens förslag att inrätta ett nationellt centrum för utveckling av familjehemsvården bör istället vara ett uppdrag för Socialstyrelsen. Arbetet kan komma igång snabbare genom att använda befintlig myndighetsstruktur.

Kapitel 14

Utredningen föreslår att LVU tydliggörs så att det framgår att socialnämnden övertar vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Förslaget innebär ett stort ingripande i vårdnadshavarnas bestämmanderätt över barnet varför det är viktigt att socialnämnden i ett placeringsbeslut motiverar utifrån lagförändringens andra del *i den utsträckning det behövs för att genomföra vården* varför nämnden övertar bestämmanderätten. Det är nödvändigt för framtida uppföljning av lagförändringen och att det visar att nämnden har försökt på olika sätt att samarbeta med vårdnadshavarna.

Kapitel 16

Förslaget om att regeringen bör överväga att ge IVO i uppdrag att bedöma tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB. Förslaget bör kompletteras med att ge Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera sina allmänna råd med en rekommendation om vilken omfattning av medicinsk och psykologisk kompetens som behövs för att god vård ska kunna ges. Det är oftast omfattningen som är problemet inte tillgången.

Kapitel 17

Det är positivt att avskiljning som åtgärd föreslås begränsas avsevärt jämfört med nu gällande lagstiftning. Samtidigt bör både Barnombudsmannens och, i synnerhet, Barnrättskommitténs ställningstaganden i frågan tas på största allvar. När barn och unga själva beskriver hur avskiljning används som straff eller hur personal på boenden provocerar fram situationer som leder till avskiljning för barnet/den unge är detta tydliga signaler på hur en lagstiftning som tillåter avskiljning riskerar att missbrukas.

Det är anmärkningsvärt att barnet eller den unge får lämnas ensam under en avskiljning med låst dörr, men inte när avskiljning genomförs med öppen dörr, i synnerhet i fall som rör barn. Ett barn som avskiljs bör inte lämnas ensam, en personal bör alltid finnas i rummet med barnet, och detta i synnerhet när avskiljningen sker med låst dörr.

Om det inte är möjligt att i lag avskaffa avskiljning bör det istället säkerställas att personal på boenden får utbildning i barnkonventionen och barnets mänskliga rättigheter samt i metoder som syftar till icke-våld och icke-tvång. På sikt bör Barnrättskommitténs rekommendationer till Sverige följas och avskiljning förbjudas.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-07-15

S2015/04694/FST

Socialdepartementet

Enheten för familj och sociala tjänster

Karin Hjelmer

Telefon 08-405 44 81

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -07- 22

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

**Slutbetänkandet Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU
(SOU 2015:71)**

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Svea hovrätt
4. Helsingborgs tingsrätt
5. Stockholms tingsrätt
6. Varbergs tingsrätt
7. Kammarrätten i Göteborg
8. Kammarrätten i Sundsvall
9. Förvaltningsrätten i Malmö
10. Förvaltningsrätten i Uppsala
11. Förvaltningsrätten i Linköping
12. Förvaltningsrätten i Stockholm
13. Förvaltningsrätten i Umeå
14. Justitiekanslern
15. Domstolsverket
16. Åklagarmyndigheten
17. Polismyndigheten
18. Kriminalvården
19. Migrationsverket
20. Datainspektionen
21. Försäkringskassan
22. Socialstyrelsen
23. Inspektionen för vård och omsorg
24. Folkhälsomyndigheten
25. Statens institutionsstyrelse
26. Myndigheten för vårdanalys
27. Myndigheten för delaktighet
28. Myndigheten för internationella adoptionsfrågor
29. Barnombudsmannen
30. Skatteverket

31. Länsstyrelsen i Dalarnas län
32. Länsstyrelsen i Jönköpings län
33. Länsstyrelsen i Stockholms län
34. Länsstyrelsen i Östergötlands län
35. Statskontoret
36. Statens skolverk
37. Statens skolinspektion
38. Specialpedagogiska skolmyndigheten
39. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

40. Uppsala universitet
41. Lunds universitet
42. Göteborgs universitet
43. Stockholms universitet
44. Linköpings universitet
45. Örebro universitet

46. Alingsås kommun
47. Borgholms kommun
48. Borlänge kommun
49. Botkyrka kommun
50. Eslövs kommun
51. Falkenbergs kommun
52. Forshaga kommun
53. Gotlands kommun
54. Göteborgs kommun
55. Helsingborgs kommun
56. Kalix kommun
57. Karlshamns kommun
58. Kungsbacka kommun
59. Leksands kommun
60. Lindesbergs kommun
61. Ljusdals kommun
62. Luleå kommun
63. Malmö kommun
64. Sollentuna kommun
65. Stockholms kommun
66. Strängnäs kommun
67. Strömsunds kommun
68. Sunne kommun
69. Södertälje kommun
70. Trosa kommun
71. Uppsala kommun
72. Växjö kommun
73. Ystads kommun
74. Älvdalens kommun
75. Ängelholms kommun
76. Örebro kommun

77. Stockholms läns landsting
78. Uppsala läns landsting
79. Södermanlands läns landsting
80. Östergötlands läns landsting
81. Jönköpings läns landsting
82. Kronobergs läns landsting
83. Kalmar läns landsting
84. Blekinge läns landsting
85. Skåne läns landsting
86. Hallands läns landsting
87. Västra Götalands läns landsting
88. Värmlands läns landsting
89. Örebro läns landsting
90. Västmanlands läns landsting
91. Dalarnas läns landsting
92. Gävleborgs läns landsting
93. Västernorrlands läns landsting
94. Jämtlands läns landsting
95. Västerbottens läns landsting
96. Norrbottens läns landsting
97. Akademikerförbundet SSR
98. Autism- och Aspergerförbundet
99. Barnens Rätt i Samhället
100. Barnrättsbyrån
101. Familjehemmens Riksförbund
102. Familjerättssociomomernas Riksförening
103. Familjevårdens Centralorganisation
104. Famna
105. Forum för familjevård
106. Fryshuset
107. Föreningen Sveriges Socialchefer
108. Goda Företagare för Barn och Unga
109. Handikappförbunden
110. Kommunala Företagens Samorganisation
111. Kvinnors Nätverk
112. Majblommans Riksförbund
113. Makalösa Föräldrar
114. Maskrosbarn
115. Maskrosföräldrar
116. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
117. Organisationen för vuxna adopterade och fosterbarn
118. Riksförbundet Attention
119. Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning
120. Riksförbundet för Familjers Rättigheter
121. Riksförbundet för Förstärkt Familjehemsvård
122. Riksförbundet Gode män och Förvaltare

123. Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling
124. Riksförbundet för Samhällets Styvbarn
125. Riksföreningen för skolsköterskor
126. Rädda Barnen
127. Röster för Barn
128. Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige
129. Stiftelsen Allmänna Barnhuset
130. SUF-Kunskapscentrum
131. Svenska Barnläkarföreningen
132. Svenska Skolläkarföreningen
133. Svenska Vård
134. Sveriges advokatsamfund
135. Sveriges akademikers centralorganisation
136. Sveriges Kommuner och Landsting
137. Sveriges läkarförbund
138. Trygga Barnen
139. UNICEF Sverige
140. Vision
141. Vårdförbundet
142. Vårdföretagarna Almega

Remissvaren ska vara inkomna till Socialdepartementet
senast den 30 november 2015.

Svaren ska skickas i elektronisk form och då både i word- och pdf-format. Vänligen ange diarienumret S2015/04694/FST och remissinstansens namn i rubriken på e-postmeddelandet.

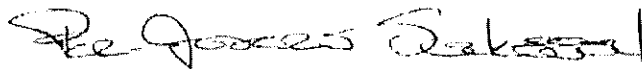
Remissvaren skickas till följande e-postadresser:
s.registrator@regeringskansliet.se och s.fst@regeringskansliet.se

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

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

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

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se (<http://www.regeringen.se/sb/d/242/a/3652>).



Per-Anders Sunesson
Departementsråd

Kopia till

Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

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

2015-11-11

RS/1291/2015

Sammanfattning av remiss Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU (SOU 2015:71)

[Del A - Remiss: Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU \(SOU 2015:71\)](#)

[Del B - Remiss: Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU \(SOU 2015:71\)](#)

Utredningens uppdrag och arbete

Regeringen beslutade den 12 juli 2012 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Av direktiven framgår att även vissa frågor som rör socialtjänstlagen (2001:453, SoL) ingår i uppdraget (dir. 2012:79). Syftet med utredningen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga samt bidra till kvalitetsutveckling inom den sociala barn- och ungdomsvården, med särskilt fokus på tvångsvård. Utredningen antog namnet Utredningen om tvångsvård för barn och unga.

Genom tilläggsdirektiv, beslutade den 19 juni 2013, fick utredningen i uppdrag att se över olika placeringsalternativ för barns och ungas boende, vård och fostran enligt SoL och LVU och att lämna förslag till flera alternativ än vad som finns i dag (dir. 2013:74). I denna del lämnade utredningen ett delbetänkande (SOU 2014:3) i februari 2014. Förutom förslag i enlighet med tilläggsdirektiven behandlades i delbetänkandet vissa frågor som ingår i utredningens ursprungliga direktiv. Det gällde bl.a. om kraven på familjehems- och jourhemsföräldrars lämplighet bör skärpas, om privata verksamheter inom familjehemsvården i vissa fall bör vara tillståndspliktiga samt hur kraven bör utformas för verksamheter som befinner sig i gränslandet mellan familjehem och hem för vård eller boende (HVB).

Den 12 juni 2014 beslutade regeringen att komplettera utredningens uppdrag med att göra en översyn av hur långsiktighet och stabilitet i större utsträckning kan säkerställas för barn som är eller bedöms bli långvarigt placerade (dir. 2014:87).

Utredningen har lagt stor vikt vid att inhämta synpunkter från barn och unga som har erfarenhet av att vara i samhällets vård samt ta del av rapporter och studier som beskriver samhällsvården ur ett barnperspektiv. Förutom kontakt med enskilda ungdomar har utredningen samtalat med grupper av ungdomar som har ingått i olika projekt hos Barnombudsmannen (BO) och ungdomar som är ambassadörer för Knas hemma, ett projekt som syftar till att stärka rättigheterna för barn och unga i familjehem och HVB. Utredningen har också via en brevlåda på BO:s webbplats tagit emot synpunkter från barn och unga med erfarenhet av vård enligt LVU. Utredningen har hämtat in information från professionellt verk-samma, forskare, familjehemsföräldrar, personal vid HVB, barn-rättsorganisationer, andra organisationer, myndigheter samt från enskilda föräldrar som kontaktat utredningen. Utredningen har i behandlingen av olika delområden, i redo-görelser, analyser och förslag eftersträvat att utgå från bästa till-gängliga kunskap. Mot den bakgrunden har i översynen lagts stor vikt vid att redovisa relevant forskning i olika delar.

Barnrättsperspektivets grunder

Utredningens huvuduppgift har varit att stärka barnrättsperspektivet i tvångsvården för barn och unga och i vissa andra delar av den sociala barn- och ungdomsvården. Det dokument som särskilt formulerar barns mänskliga rättigheter är barnkonventionen. Barn-konventionen kan sägas vara vår tids samhälleliga barnperspektiv som ska genomsyra alla beslut som rör barn. De förändringar som föreslås har därför framför allt sin grund i barnkonventionens normer och principer. För att samhället ska kunna tillförsäkra barn och unga skydd och god vård även utan samtycke måste tvångsvården vara legitim och utföras med höga krav på rättssäkerhet och kvalitet. Det krävs vidare etiska analyser och överväganden både på en principiell nivå och i den dagliga tillämpningen av lagen.

En ny lag med barnet som rättighetsbärare

Utredningen anser att barnrättsperspektivet behöver stärkas i tvångsvården för barn och unga och att det kräver en omarbetning av dagens LVU. Utredningen föreslår en ny lag om tvångsvård för barn och unga, i betänkandet kallad den nya LVU. Med barn ska i den nya LVU avses varje människa under 18 år och med ung person, eller den unge, varje människa mellan 18 och 20 år.

Den nya LVU är mer pedagogisk och överskådlig jämfört med dagens LVU, vilket underlättar för barn och unga att förstå vilka regler som gäller, vilka rättigheter de har och vad de kan förvänta sig av insatserna. Den kunskapen är nödvändig för att barn och unga ska vara aktörer med egna rättigheter inom tvångsvården. Det samlade förslaget till ny LVU innebär att kraven på vården blir tydligare också för de som ska tillämpa lagen och ge insatser med stöd av den. Därmed stärks barns och ungas rätt till skydd och vård på likvärdiga villkor i hela landet. För att den nya LVU ska tillämpas på ett sådant sätt att barn-rättsperspektivet får genomslag för varje barn och varje ung person som behöver skydd och vård krävs utöver en reformerad lagstiftning kunskapsstöd och kunskapsutveckling samt systematisk uppföljning på alla nivåer. Utredningen lämnar därför flera förslag som syftar till en samlad satsning på förbättringar av samhällsvården, i synnerhet tvångsvården.

Barns och ungas rätt till skydd och god vård

Det är en brist ur barnrättssynpunkt att det inte av nuvarande lag framgår vad vården syftar till och vad barn och unga och deras föräldrar kan förvänta sig av den. Utredningen föreslår att den nya LVU ska innehålla ett inledande kapitel som anger syftet med lagen samt vilka grundläggande rättigheter barnet eller den unge har under vårdens genomförande. Genom en inledande rättighetslista blir det lättare för berörda barn och unga att ställa krav på insatserna. Det förbättrar också möjligheterna att genom tillsyn, uppföljning och utvärdering fortlöpande följa att insatser med stöd av LVU motsvarar kraven.

Syftet med nya LVU är att tillförsäkra barn och unga skydd och en god vård. Följande krav ska gälla för vården:

- Vården ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i vården ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- Vården ska särskilt vara trygg, säker, ändamålsenlig och präglad av kontinuitet.
- Vården ska ges med omtanke och bygga på respekt för barnets eller den unges människovärde och integritet samt med aktning för barnets eller den unges person och egenart.
- Vården ska ges utifrån en helhetssyn på barnet och bedrivas i samverkan med andra berörda samhällsorgan och myndigheter.
- Ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hem-met har rätt till samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

- Ett barn eller en ung person som vårdas utanför det egna hemmet ska ges möjlighet till en fritid som är anpassad till hans eller hennes ålder och intressen.

Andra grundläggande rättigheter som utredningen anser ska lyftas fram och tydliggöras i den nya LVU är rätten till information och delaktighet. Utredningen föreslår därför att dessa bestämmelser ska samlas i ett eget kapitel i den nya LVU. Nuvarande bestämmelse om barnets rätt till relevant information ska förtydligas med att barnet eller den unge återkommande ska få relevant information. Det ska även införas en ny bestämmelse om att informationen ska anpassas till den enskildes ålder, mognad, erfarenhet och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Bestämmelsen gäller inte enbart den information som ges till barn och unga. Även den information som ges till vuxna, dvs. unga över 18 år och barnets vårdnadshavare, omfattas av kraven på att informationen ska vara anpassad och att den som ger informationen försäkras sig om att den blir förstådd.

Öppna insatser utan samtycke

Ett barnrättsligt perspektiv kan innefatta tidigare och mindre ingripande åtgärder än vård utanför det egna hemmet. Tillämpningen av den nuvarande bestämmelsen i 22 § LVU om förebyggande insatser på grund av den unges beteende har kartlagts av Socialstyrelsen. Denna möjlighet till öppna insatser utan samtycke används i mycket liten utsträckning. Kommunerna uppger att det bl.a. beror på att det går att få till stånd insatserna med samtycke, insatsen anses otillräcklig för att förändra den aktuella problematiken eller det saknas vägledning. Utredningen bedömer att det finns ett fortsatt behov av bestämmelsen och välkomnar att Socialstyrelsen överväger att ta fram nya allmänna råd och ett kunskapsstödande material. Utredningen föreslår också att det ska bli möjligt för socialnämnden att besluta om öppna insatser utan samtycke även i samband med upphörande av en placering, om barnet eller den unge bedöms vara i uppenbart behov av fortsatta insatser för att hindra ett sådant beteende som föranledde placeringen. Utredningen bedömer att öppna insatser utan samtycke i detta skede kan komma att fylla en viktig funktion att vidmakthålla positiva förändringar som uppnåtts under placeringstiden och förebygga återplacering.

Barn som fyllt 15 år kan med dagens regler få öppna insatser enligt SoL utan vårdnadshavarens samtycke. Utredningen föreslår att socialnämnden vid brister i hemmiljön, om det är lämpligt, också ska kunna besluta om kontaktperson för barn under 15 år utan vårdnadshavarens samtycke. En förutsättning för att det ska anses vara lämpligt är att barnet är positivt inställt till en sådan insats. Socialnämnden ska också vid lämplighetsprövningen beakta förutsättningarna för att insatsen kan ges på ett sådant sätt att dess förebyggande och kompenserande möjligheter tas tillvara utan att barnets situation i hemmet försvåras.

Öppna insatser till vårdnadshavare utan samtycke vid brister i barns hemmiljö innebär att krav ställs på att vårdnadshavaren ska ta emot stöd och ändra sitt beteende. Utredningen bedömer att sådana insatser skulle kunna fylla en funktion, men att det i dagsläget saknas tillräcklig kunskap om metoder och arbetssätt. Utredningen föreslår att regeringen ska ge en lämplig myndighet i uppdrag att under en fyraårsperiod följa utvecklingen av kunskapsläget bl.a. utifrån erfarenheter i Norge och Danmark. Med detta som underlag föreslås regeringen bedöma om det är motiverat med en lagändring som öppnar upp för denna typ av insatser utan samtycke.

Förutsättningar för tvångsvård utanför det egna hemmet

Utredningen anser att nuvarande förutsättningar för vård enligt LVU i princip bör behållas oförändrade. Rekvisiten är väl inarbetade och det har över tid utvecklats rättspraxis som bidrar till ökad förutsägbarhet och likvärdighet. Miljörekvisiten och prognosrekvisitet för vård enligt LVU utanför det egna hemmet ska behållas oförändrade i sin helhet. När det gäller beteenderekvisiteten föreslås att "missbruk av beroendeframkallande medel" ersätts med "missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel". Till skillnad från nuvarande LVU ska således dopningsmedel omfattas.

Utredningen föreslår vidare att rekvisitet "något annat socialt nedbrytande beteende" ändras till "något annat i sig självt socialt nedbrytande beteende". Förändringen motiveras av att samhället måste ha ett tydligt ansvar för att bistå barnet eller den unge oavsett vilka bakomliggande orsaker som kan finnas till beteendet.

Förtydligandet görs med anledning av domar i Högsta förvaltningsdomstolen som innebär att ett beteende som närmast kan betraktas som symtom på en psykiatrisk störning inte utgör ett sådant socialt nedbrytande beteende som avses i nuvarande 3 § LVU. Domarna avsåg unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Utredningen föreslår att vård enligt LVU ska beredas om det finns grundad anledning att anta att behövlig vård inte kan ges med samtycke. Tillägget "grundad anledning" i bestämmelsen om samtycke tydliggör att det, med stöd av ett uttalande i Socialutskottet, har ansetts finnas ett visst utrymme för att tillämpa LVU trots ett lämnat samtycke. Det rör situationer då samtycket inte anses tillförlitligt och inte kan garantera barnets trygghet. Utredningen föreslår att det uttryckligen ska framgå av nya LVU att det finns ett sådant utrymme för undantag. Denna tydlighet är viktig av rättssäkerhetsskäl, men också ur ett barnrättsperspektiv eftersom vård enligt LVU i vissa fall kan ge barnet en stabilare tillvaro.

Omedelbart omhändertagande

Utredningen har identifierat behov av vissa förändringar i syfte att stärka rättssäkerheten vid beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVU.

Utredningen föreslår därför att det i beslut om omedelbart omhändertagande ska anges om det grundas på sådana omständigheter som avses i 2 § (miljö) eller 3 § (beteende) i nuvarande LVU eller om beslutet grundas på båda dessa paragrafer. Grunden för beslutet kan nämligen ha betydelse för vilka tvångsåtgärder som får vidtas mot barn och unga under tiden för det omedelbara omhändertagandet.

Utredningen föreslår också att det ska tydliggöras i nya LVU vilka befogenheter socialnämnden har under verkställigheten av ett omedelbart omhändertagande.

Ur rättssäkerhetssynpunkt är det angeläget att ett så ingripande beslut som omedelbart omhändertagande blir rättsligt prövat så snart som möjligt. Enligt dagens regler ska socialnämndens beslut om omedelbart omhändertagande samt handlingarna i ärendet underställas förvaltningsrätten inom en vecka. Utredningen föreslår att bestämmelsen kompletteras med tillägget "utan dröjsmål" som innebär snabbast möjliga handläggning med hänsyn till omständigheterna. Bestämmelsen som reglerar domstolens tidsfrist för prövning av nämndens beslut om omedelbart omhändertagande föreslås ändras så att veckofristen räknas från den dag då socialnämndens beslut kom in till rätten.

Utredningen föreslår vidare att rättens slutliga beslut om vård ska gälla omedelbart för att undvika att vården ibland måste avbrytas på grund av att rätten förbisett att särskilt förordna om att beslutet ska gälla omedelbart.

Ärenden och mål enligt LVU omfattas av den s.k. Bryssel II-förordningen. Artikel 20 i Bryssel II-förordningen medger att myndigheter och domstolar i brådskande fall vidtar interimistiska åtgärder avseende en person som vistas i landet även om en myndighet eller domstol i en annan medlemsstat är behörig att pröva målet i sak. I svensk lagstiftning är beslut om omedelbart omhändertagande en sådan

interimistisk åtgärd. Ett beslut omedelbart omhändertagande förutsätter dock fortsatt LVU-vård vilket kolliderar med Bryssel II-förordningen som utgår ifrån att den fortsatta vården ska beslutas och ges i hemlandet. Utredningen föreslår därför att det ska införas bestämmelser i den nya LVU som möjliggör ett omedelbart omhändertagande enligt Bryssel II-förordningen.

Socialnämndens utredning och planering av vården

Socialnämnden har ett långtgående utredningsansvar när det gäller barn som kan vara i behov av stöd eller skydd. En utredning ska ha fokus på barnet och vid behov leda fram till insatser som blir till hjälp i barnets situation. Barnet har rätt till delaktighet i en utredning som rör hans eller hennes förhållanden. Ett fortsatt utvecklingsarbete om former för barns delaktighet kan, enligt utredningen, lämpligen ske inom ramen för överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till en evidensbaserad praktik för en god kvalitet inom socialtjänsten. Utredningen vill också framhålla betydelsen av att föräldrar och i vissa fall familjens nätverk involveras i utredningsprocessen för att öka förutsättningarna för hållbara lösningar.

Att utreda barns och ungas behov av stöd och skydd samt tillgodose behovet av insatser är ett kvalificerat arbete som kräver hög kompetens och stabila organisatoriska förutsättningar. Utredningen vill betona nödvändigheten av att komma tillrätta med den brist på stabilitet och därmed kompetens som i dag generellt sett präglar barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövning. Utredningen anser också att andra professionellas kompetens behöver tas tillvara på ett bättre sätt i utredningen och planering av vården. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att stärka det tvärprofessionella arbetet när det gäller utredning och placering av barn och unga. I uppdraget ska ingå att, i samverkan med Skolverket, sprida information till hälso- och sjuk-vården, tandvården, förskolan och skolan om det samverkansbehov som följer av regelverket.

En liten andel av utredningar om barn och unga ligger till grund för vård enligt LVU. Utredningen föreslår att en ny bestämmelse förs in i nya LVU om vad en ansökan om vård enligt LVU ska innehålla. Det innebär att nuvarande bestämmelse i LVU omarbetas och att nuvarande bestämmelse i socialtjänstförordningen (2001:937, SoF) tas bort. Vårdplanen föreslås få en tydligare roll när det gäller såväl möjligheten till återförening som den långsiktiga planeringen för barnet i ett annat hem.

Utredningen föreslår vidare att det ska framgå av den nya LVU att den obligatoriska läkarundersökningen inför en ansökan om vård enligt LVU syftar till att vara en del av underlaget för bedömningen av barnets eller den unges behov av vård och planeringen av vården.

Kunskapen om att placerade barn och unga som grupp har sämre fysisk och psykisk hälsa jämfört med genomsnittet bland barn har ökat. Forskare, praktiker och verksamma på nationell nivå har samstämt framfört att det är angeläget med en initial hälsoundersökning i anslutning till en placering, oavsett om den görs med stöd av SoL eller LVU. Syftet är att upptäcka tecken på ohälsa och säkerställa att barnet får den hälso- och sjukvård och tandvård som alla barn har rätt till. Utredningen delar denna uppfattning och föreslår att socialnämnden, om det inte är obehövligt, ska begära en hälsoundersökning i anslutning till att vård i familjehem eller HVB för barn och unga inleds. Landstinget ska därefter vara skyldigt att erbjuda barnet eller den unge en hälsoundersökning. Landstingets skyldighet ska regleras i en särskild lag: lagen om hälsoundersökning av barn och unga vid beslut om vård utanför det egna hemmet.

Dagens beslutsordning i LVU-ärenden liksom i ett antal ärenden enligt SoL, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och föräldrabalken innebär att flera beslut fattas av förtroendevalda. Ordningen har en lång historik i Sverige. Samtidigt har det skett en ökad professionalisering inom socialtjänsten och höjda ambitioner att åstadkomma en mer kunskapsbaserad verksamhet. Beslutsordningen kan påverka förutsättningarna för kvalitetsutveckling och är även en viktig fråga ur rättssäkerhetssynpunkt. Utredningen anser därför att regeringen bör ta initiativ till en särskild översyn av de nuvarande delegationsbestämmelserna inom socialtjänstens område.

Den rättsliga processen

I syfte att stärka barns och ungas möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda i rättsprocessen i ärenden enligt LVU föreslår utredningen att det ska finnas möjlighet till offentligt biträde i mål om begränsning av umgänge och hemlighållande av barnets vistelseort.

Enligt utredningen är det viktigt att den som företräder barnet i rättsprocessen är lämplig och har kunskap om barn för att kunna sätta sig in i barnets situation och kommunicera med barnet. Utredningen föreslår särskilda lämplighetskrav och att det tydligt ska framgå att det offentliga biträdet ska ta tillvara barnets eller den unges rätt.

Kunskapen om barns behov och barns rättigheter behöver också stärkas i domstolen. Utredningen anser att de jurister som handlägger mål om tvångsvård för barn och unga bör ha särskild inriktning och utbildning samt intresse för den särskilda måltypen. Domstolsverket behöver erbjuda utbildning för att bl.a. kunna bedöma barnets bästa och barnets utsagor. Även om utgångspunkten i LVU-mål är att det primära ansvaret för utredningen ligger på parterna anser utredningen att domstolen i högre grad på eget initiativ ska begära in ytterligare utredning om underlaget behöver kompletteras. Utredningen föreslår därför att det införs en bestämmelse i den nya LVU som stadgar att förvaltningsrätten, om det behövs, ska höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling, t.ex. expert inom barn- och ungdomspsykiatri eller barnmedicin. Sakkunskap kan också behövas i en specifik fråga, exempelvis hedersrelaterat våld och förtryck.

Utredningen anser att barns och ungas möjligheter att delta i den muntliga förhandlingen i domstolen behöver uppmärksammas mer. Det lämpliga i att barn och unga medverkar måste bedömas i varje enskilt fall utifrån barnets bästa. Domstolarna behöver dock göra sig mer tillgängliga för barn så att även yngre barn kan ges en möjlighet att vara med under den muntliga förhandlingen under trygga former.

Placering enligt SoL utan vårdnadshavarens samtycke

Utredningen har uppmärksammat en grupp ungdomar som lever i en utsatt situation, men som har svårt att få hjälp inom ramen för dagens regler. Det är ungdomar nära myndighetsåldern som far illa på grund av förhållandena i hemmet eller djupgående konflikter med sina föräldrar. Socialtjänsten har med hänsyn till vårdnadshavarens bestämmanderätt och försörjningsansvar små möjligheter att hjälpa barnet till ett annat boende så länge vårdnadshavaren inte samtycker till en placering och LVU inte anses tillämplig. Utredningen anser att ett starkt barnrättsperspektiv och hänsyn till barnets ökade beslutskompetens i takt med stigande ålder och mognad motiverar att äldre barn ska få större bestämmanderätt när det gäller frivilliga insatser enligt SoL. Därför föreslås socialnämnden kunna besluta om placering av barn som fyllt 16 år, även utan vårdnadshavarens samtycke om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det. Det ska inte bara gälla möjligheten att inleda en placering utan också att kunna fortsätta en pågående frivillig placering.

Föräldrarnas rättsliga ställning och behov av stöd

Att barn och föräldrar om möjligt ska återförenas är en grundläggande princip i sociallagstiftningen. Hur socialnämnden planerar för och stödjer föräldrarna för att detta ska vara möjligt är en viktig rättsäkerhetsfråga. Utredningen föreslår att en vårdplan som avser barn, om det inte möter särskilda hinder, även ska beskriva vilka förändringar som krävs för att barnet ska kunna återvända hem och vilket stöd nämnden kan erbjuda vårdnadshavarna för att det ska vara möjligt.

Socialnämnden har redan med dagens lagstiftning ett generellt ansvar för att föräldrar till placerade barn får råd, stöd och annan hjälp som de behöver under vårdens genomförande. Utredningen föreslår att nämnden därtill aktivt ska erbjuda vårdnadshavare till barn som omhändertas enligt LVU på grund av miljön i hemmet stöd som kan bidra till att de blir delaktiga i vården och utvecklas i sitt föräldraskap. Stödet bör vara fristående från handläggningen av ärendet och behöver inte ges som bistånd. Att föräldrarna uppmuntras att vara delaktiga och får stöd kan ha stor betydelse för att de ska finnas kvar i barnens liv. Det kan också avlasta barnet, förbättra kontakten mellan barn och föräldrar och öka stabiliteten och tryggheten för barnet. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att stödja implementeringen av den nya bestämmelsen om stöd till vårdnadshavare och i det arbetet ta tillvara svenska och nordiska erfarenheter.

Utredningen anser att rättssäkerheten för vårdnadshavaren under vårdens genomförande i vissa avseenden behöver förstärkas. En bestämmelse föreslås i nya LVU om att barnets vårdnadshavare, så långt det är möjligt och lämpligt, ska få information om och ges möjlighet att vara delaktiga i genomförandet av vården. Vårdnadshavare föreslås också få rätt till offentligt biträde vid ärenden om umgängesbegränsning och hemlighållande av barnets vistelseort.

Umgängesrätten ska utgå från barnets behov och vilja. Bedömningarna av barnets behov av kontakt med föräldrarna på kort och lång sikt är ofta svåra att göra och kan få långtgående konsekvenser. Socialstyrelsen föreslås därför få i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd som kan bidra till mer rättssäkra och kunskapsbaserade bedömningar när det gäller omfattningen och utformningen av umgänget mellan barn som har omhändertagits med stöd av LVU och deras föräldrar.

Tryggheten för långsiktigt placerade barn

Enligt tilläggsdirektiven ska utredningen göra en översyn av hur långsiktighet och stabilitet i större utsträckning kan säkerställas för barn som är eller bedöms bli långvarigt placerade. Utredningen anser sammantaget att lagstiftningen i högre grad måste ta hänsyn till vissa barns behov av stabilitet i sin uppväxt. Förslagen i denna del ska samtidigt ses mot bakgrunden av de förslag som utredningen lämnar i kapitlet om föräldrarnas rättsliga ställning och behov av stöd. Barnets behov av långsiktighet kan i många fall tillgodoses genom att föräldrarna, med adekvat stöd, kan förändra sin situation så att barnet inom rimlig tid kan återförenas med ursprungsfamiljen.

Om möjligheten till återförening ter sig avlägsen är det viktigt att bedöma barnets framtida behov utifrån det perspektivet. Om det finns en fortlöpande dialog och ett bra samarbete mellan föräldrar, familjehemsföräldrar och socialsekreterare kan barnets långsiktiga boende relativt odramatiskt föras på tal. Utredningen anser dock att det behövs lagstöd för ett sådant arbetssätt och att vårdplanen behöver få en tydligare roll när det gäller den långsiktiga inriktningen för barnets boende. Därför föreslås att en vårdplan som avser barn ska revideras senast när barnet varit placerat i två år och särskilt avse barnets långsiktiga boende.

Socialnämnden har skyldighet att överväga vård som ges med stöd av SoL eller med stöd av LVU på grund av förhållandena i hemmet. Såväl begreppet

övervägande som förfarandet i sig är otydligt då det uppfattas som en omprövning och därmed kan bidra till otrygghet för barnet. Utredningen föreslår därför att kravet på övervägande ersätts med en skyldighet för barnets särskilda social-sekreterare att minst var sjätte månad rapportera till socialnämnden om hur barnets behov tillgodoses, hur vårdnadshavarnas förhållanden utvecklar sig och, om vården bör fortsätta, hur den bör inriktas och utformas.

Utredningen anser att det är angeläget ur rättssäkerhetssynpunkt att det förs in en bestämmelse i den nya LVU om rätt för part att begära att vården ska upphöra. Samtidigt föreslås att en begäran från en vårdnadshavare om att vård enligt nuvarande 2 § LVU ska upphöra inte behöver prövas av socialnämnden om frågan om vård har prövats av nämnden eller rätten de senaste tolv månaderna. Återkommande rättsprocesser utan att förhållandena som har föranlett omhändertagandet har förändrats skapar oro och otrygghet för det placerade barnet. Tidsgränsen innebär inte att nämnden är förhindrad att vid nya omständigheter pröva frågan trots att ett år ännu inte förflutit.

Nuvarande regler om vårdens upphörande innebär att två rättsprocesser kan uppstå, en som prövar föräldrarnas lämplighet och en annan som prövar om barnet tar skada av en hemflyttning (flyttningsförbud). Utredningen anser inte att denna ordning är förenlig med ett barnrättsperspektiv. Utredningen föreslår därför att en bestämmelse ska föras in i den nya LVU om att barnets bästa ska vara avgörande vid prövningen av om vård enligt nuvarande 2 § LVU ska upphöra. Vid bedömningen ska det fästas särskilt avseende vid barnets inställning, om barnet sedan låg ålder eller under lång tid vårdats i familjehemmet, barnets umgänge med och relation till vårdnadshavarna samt om barnet har en nära relation till familjehemsföräldrarna och en god förankring i den sociala miljön.

Med ovanstående förslag bedömer utredningen att det inte kommer att finnas behov av flyttningsförbud i samband med att vård enligt LVU upphör. Utredningen anser dock att bestämmelserna om flyttningsförbud behöver finnas kvar för att förhindra skadliga hemtagningar av barn som är frivilligt placerade.

Antalet vårdnadsöverflyttningar till familjehemsföräldrar har stadigt ökat, men förekommer ändå i relativt liten utsträckning sett till antalet barn som är långvarigt placerade i familjehem. Efter tre år i samma familjehem ska socialnämnden överväga om en ansökan om vårdnadsöverflyttning till familjehemsföräldrarna ska göras, dvs. bedöma om det är uppenbart bäst för barnet att det rådande förhållandet får bestå. Utredningen uppfattar att det finns en osäkerhet om vad som ska vägas in i en sådan bedömning. Därför föreslås att skälen som ska ligga till grund för socialnämndens ansökan om vårdnadsöverflyttning till familjehemsföräldrar ska förtydligas. Vid övervägande ska särskilt beaktas barnets och familjehemsföräldrarnas inställning till en vårdnadsöverflyttning, barnets relation till familjehemsföräldrarna och deras förmåga att tillgodose barnets behov av en trygg och god uppväxt samt deras inställning till och förmåga att tillgodose barnets behov av kontakt med föräldrar och andra närstående.

Utredningen anser också att regeringen bör ta initiativ till en översyn av om handläggningen av beslut om vårdnadsöverflyttning på talan av socialnämnden ska flyttas från allmän domstol till förvaltningsdomstol.

Vidare anser utredningen att socialtjänsten behöver ha kunskap om reglerna om adoption för att kunna bidra till samförståndslösningar när adoption bedöms vara till barnets bästa. Socialstyrelsen har en viktig roll att i relevanta sammanhang uppmärksamma adoption som en möjlighet inom ramen för dagens lagstiftning.

Ansvar och befogenheter under vårdens genomförande

Det finns en oklarhet i hur långt vårdnadshavarens bestämmanderätt sträcker sig vid vård enligt LVU. Utredningen föreslår därför ett förtydligande i den nya LVU om att socialnämnden övertar bestämmanderätten i den utsträckning det behövs för att genomföra vården. Den aktuella bestämmelsen (nuvarande 11 § LVU) ska också ändras så att bestämmelsen enbart reglerar socialnämndens ansvar och befogenheter. I samband med att barnet eller den unge placeras får socialnämnden ta ställning till vilket ansvar och vilka befogenheter som ska överlåtas till den som får i uppdrag att utöva den faktiska vården av barnet eller den unge.

Ett annat område där det råder viss oklarhet är vilka gränssättande åtgärder som får vidtas inom ramen för det dagliga omsorgs- och tillsynsansvaret för barn som är placerade vid HVB. Utredningen anser att det angeläget, inte minst med hänsyn till rättssäkerheten för de barn som berörs, att öka kunskapen och samsynen i dessa frågor. Socialstyrelsen föreslås därför få i uppdrag att leda ett arbete för en gemensam kunskapsgrund och samsyn bland verksamhetsansvariga och personal i HVB. Inom ramen för uppdraget ska befintlig kunskap om olika typer av gränssättande åtgärder, effekter av att använda dem samt etiska aspekter sammanställas. Utifrån underlaget ska Socialstyrelsen ta fram ett vägledande stödmaterial som ska kunna användas för utbildningar på olika nivåer inom HVB-vården. Utredningen föreslår att det ska införas en bestämmelse i SoF om att den som förestår verksamheten vid ett HVB ansvarar för att det finns ordningsregler för de dagliga rutinerna på boendet. Ordningsreglerna ska syfta till att skapa trygghet och trivsel för alla som vistas i boendet. De ska utarbetas under medverkan av de boende och följas upp regelbundet. Reglerna ska vara kända för både boende och personal och vara anslagna inom enheten så att de är väl synliga för de boende. På de särskilda ungdomshemmen och på kommunalt drivna HVB är det möjligt att besluta om förbud mot innehav av alkohol och andra berusningsmedel samt, vid en överträdelse av förbudet, beslagta och förverka sådana medel. Ett privat HVB har ingen motsvarande befogenhet. Utredningen föreslår en ny lag: lagen om förbud mot berusningsmedel m.m. på hem för vård eller boende. Den nya lagen ska även kunna tillämpas vid HVB som drivs av enskilda.

Samverkan om hälsa och utbildning under en placering

Samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola är centralt för att barn och unga som är placerade i familjehem och HVB ska få ett samlat stöd när det gäller möjligheter till utveckling, god hälsa och utbildning. Det krävs inför en placering, under vårdens genomförande, i utslussningsskedet och sedan vården har upphört. Det finns ett regelverk som påbjuder samverkan kring målgruppen placerade barn och unga. För framgångsrik samverkan krävs dock även tydliga strukturer på regional och lokal nivå, stöd av ledningsnivå och kontinuerlig uppföljning och utvärdering.

Ett sätt att skapa en tydligare struktur och tydliggöra ansvarsfördelningen för samverkan är att träffa överenskommelser. Utredningen föreslår att det i SoL och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) införs likalydande bestämmelser om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete i fråga om vård utanför det egna hemmet av barn och unga. Kravet avser överenskommelser om samarbete såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att den avslutas. Formerna för samverkan mellan landstingen och de särskilda ungdomshemmen bör särskilt uppmärksammas i anslutning till arbetet med dessa överenskommelser.

Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att ta fram ett vägledande kunskapsstöd till huvudmän och verksamheter om ansvarsfördelningen för vård och stöd vid psykisk ohälsa hos barn och unga i samhällsvård. Kunskapsstödet bör utformas så att det leder till ökad tydlighet om vad som är

respektive huvudmans, verksamhets och professions ansvar inom området. Kunskapsstödet ska bl.a. kunna användas vid arbetet med de samverkansöverenskommelser som utredningen föreslår.

Utredningen anser att regeringen bör överväga att, inom ramen för fortsatta statliga satsningar inom området psykisk ohälsa avsätta särskilda medel för utveckling av tvärprofessionell samverkan mellan huvudmän i fråga om verksamheter som möter placerade barn och unga med psykisk ohälsa.

Utredningen anser vidare att det är angeläget att det nationella stödet till arbetet med att stärka skolresultat för placerade barn och unga kan fortsätta. När resultaten av den pågående effektutvärderingen av SkolFam är klara bör regeringen överväga behovet av fortsatt stöd för att stärka skolresultaten för barn och unga i samhällsvård.

Vårdinnehåll av god kvalitet – med fokus på HVB

Institutionsvården bör bygga på bästa tillgängliga kunskap och utformas så att barn och unga är delaktiga och att deras erfarenheter tas tillvara. Vården bör vara evidensbaserad och ha ett tydligt barnrättsperspektiv. Utredningen bedömer att det finns flera hinder och risker för att institutionsvården inte ska motsvara dessa krav och behov. Det finns brister särskilt när det gäller kompetens, tillgång till kunskap om behandlingsmetoder och annat stöd, systematiskt arbete för att följa upp och utveckla vården och samverkan kring hälsa och utbildning. Att säkerställa tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid enskilt och kommunalt drivna HVB är särskilt angeläget när vården sker med tvång, i synnerhet om verksamheten har en inriktning mot barn och unga med psykiska funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa. Eftersom psykisk ohälsa är vanligare bland flickor än bland pojkar vid HVB är dessa frågor också viktiga i ett jämställdhetsperspektiv.

Utredningen anser att regeringen bör överväga att ge Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i uppdrag att utifrån sin tillsyn bedöma tillgången till medicinsk och psykologisk kompetens vid HVB om frågan inte aktualiseras i IVO:s egen planering och aktiviteter de närmaste åren.

Utredningen föreslår att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för en eftergymnasial grundutbildning för personal vid HVB, vilken annan utbildning som kan vara lämplig för arbete med behandling av barn och unga i HVB och vilka författningsändringar som kan behövas för stärkta krav på kompetens hos föreståndare och personal inom institutionsvården.

Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd av LVU och hälso- och sjukvård, främst psykiatrisk vård. I uppdraget bör även ingå att analysera förutsättningarna för differentiering och specialisering i övrig institutionsvård med stöd av LVU.

Utredningen anser att det behövs ett program för forskning och utveckling om innehåll och kvalitet i samhällsvård för barn och unga. Ett sådant program bör särskilt omfatta stöd till praktisknära forskning. Det ligger inom ramen för Fortes möjligheter till fortsatta initiativ inom området att ta fram ett sådant program. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bör, inom ramen för sitt utvidgade uppdrag inom socialtjänstområdet, överväga möjligheterna att ta fram en systematisk kunskapsöversikt om stöd till familjehem.

Verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen

Utredningen lämnar ett antal förslag som gäller verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen och i synnerhet de bestämmelser som reglerar de s.k. särskilda

befogenheterna. Bestämmelserna om de särskilda befogenheterna medger att vissa tvångsåtgärder får vidtas om det bedöms nödvändigt för att kunna genomföra vården. Dessa bestämmelser innebär att de ungas fri- och rättigheter starkt begränsas och måste därför vara förenliga med både regeringsformen och internationella regler om mänskliga rättigheter såsom t.ex. Europakonventionen och barnkonventionen. I nuvarande lagstiftning benämns dessa tvångsåtgärder som särskilda befogenheter. I den nya LVU bör dessa, för att markera barnperspektivet i lagen, benämnas skyddsåtgärder.

Utredningens förslag medför att möjligheten till skyddsåtgärder i vissa avseenden görs mer restriktiva och i andra avseenden att de utvidgas. Det senare handlar bl.a. om att modernisera regelverket (t.ex. på grund av nya former för kommunikation) och att reglera sådant som i dag är oreglerat. Syftet med förslagen är att åstadkomma ökad rättssäkerhet för barn och unga genom att bestämmelserna preciseras och tydliggörs. Den differentiering av skyddsåtgärderna som förslagen innebär syftar till att säkra att mer ingripande åtgärder än vad som är nödvändigt aldrig ska vidtas, dvs. i linje med vad proportionalitetsprincipen föreskriver.

Förslagen innebär bl.a. att åtgärden avskiljning differentieras i två olika nivåer: avskiljning med öppen dörr och avskiljning med låst dörr. Utredningen föreslår att tiden för hur länge en avskiljning får pågå minskas kraftigt. En avskiljning med låst dörr ska, enligt förslaget, som längst få pågå två timmar (i dag 24 timmar) och en avskiljning med öppen dörr som längst tre timmar. En avskiljning med låst dörr får följas av ett beslut om avskiljning med öppen dörr, men en sammanhängande avskiljning får, enligt utredningens förslag, aldrig överstiga tre timmar.

Dessutom föreslås att rätten att överklaga skyddsåtgärder utvidgas och att barn och unga ska ha rätt till offentligt biträde vid överklagande av beslut om skyddsåtgärder. Vidare föreslås en ny bestämmelse som innebär att Statens Institutionsstyrelse (SiS) kvalitetssäkringsarbete särskilt ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av skyddsåtgärder.

Utslussning och stöd efter avslutad vård

Utredningen anser att utslussning från vård utanför det egna hemmet samt stöd och hjälp efter avslutad placering är viktiga delar av samhällets åtagande för placerade barn och unga. Dessa delar behöver stärkas och utvecklas. Detta åtagande ska vara långsiktigt och bl.a. underlätta övergången till självständigt vuxenliv för unga som avslutar en placering.

Utredningen föreslår ett tillägg i bestämmelsen om genomförandeplan i SoF om att den också ska beskriva hur barnet eller den unge ska förberedas för tiden efter det att en placering i ett familjehem eller HVB har avslutats.

Utredningen föreslår också att en ny bestämmelse förs in i SoL som kompletterar det nuvarande kravet på att socialnämnden ska tillgodose det behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet har upphört. Kompletteringen förtydligar inriktningen på stödet och hjälpen, dvs. fortsatt kontakt med hemmet där barnet eller den unge har varit placerad och personligt stöd. För unga som ska ha en egen bostad sedan vården upphört bör stödet och hjälpen inriktas på frågor om ekonomi, boende, studier eller arbete.

Hur länge det tidigare placerade barnet eller den unge behöver stöd och hjälp varierar efter individuella behov. Socialnämndens särskilda ansvar för stöd och hjälp för dem som ska ha egen bostad föreslås gälla tills den unge fyller 22 år. Samma förutsättningar ska gälla oberoende av om vården getts med stöd av SoL eller LVU. Utredningen föreslår att regeringen avsätter särskilda medel för ett systematiskt utvecklingsarbete med målet att ta fram användbar kunskap om stöd och hjälp för

en successiv övergång från placering till vuxentillvaro. Utvecklingsarbetet bör omfatta en forskningsanknuten försöksverksamhet med bl.a. användning av kontaktpersoner för stöd efter avslutad placering.

Styrning med kunskap och systematisk uppföljning

Styrning med kunskap och systematisk uppföljning berör praktiskt taget alla frågor som behandlas i detta betänkande och alla aktörer som har någon del i ansvaret inom området. Det förutsätter arbete på flera nivåer. Ytterst handlar det om att barnrättsperspektivet ska få genomslag i det dagliga arbetet inom samhällsvården för barn och unga.

Utredningen anser att SiS bör bli en resurs i den statliga styrningen med kunskap inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i frågor som gäller institutionsvård för barn och unga. Det nationella utvecklingscentrumet för familjehemsvård som utredningen föreslagit i sitt delbetänkande (SOU 2014:3) bör också ses som en resurs i den statliga styrningen med kunskap i frågor om familjehemsvård.

Utredningen föreslår att Myndigheten för vårdanalys ska ges i uppdrag att utarbeta ett system för uppföljning av vård i familjehem och HVB. Systemet ska göra det möjligt att följa måluppfyllelsen i vård med stöd av LVU, men avse samhällsvården i stort för barn och unga. Barns och ungas erfarenheter av vården ska fångas upp i systemet och vara en viktig utgångspunkt för beskrivningar och analyser. I uppdraget bör ingå att bedöma hur dagens underlag kan användas på ett systematiskt och samordnat sätt, vilka kompletteringar som behövs och vilka regeländringar som detta kan kräva.

IVO behöver se över och utveckla arbetet med tillståndsgivning och tillsyn om utredningens förslag till en ny LVU genomförs. En fortsatt systematisering av det som framkommer vid IVO:s samtal med placerade barn och unga är angelägen. Som exempel på ytterligare insatser som behövs för förbättrad styrning med kunskap och uppföljning anser utredningen att det är angeläget att regeringen går vidare med Socialstyrelsens förslag om en utredning av förutsättningarna för ett familjehemsregister. Regeringen bör också initiera ett fortsatt och systematiskt arbete för att lyssna på barn och unga i familjehem utifrån resultat och slutsatser från Socialstyrelsens och BO:s pågående uppdrag inom det området.

Konsekvenser av utredningens förslag

Av barnkonsekvensanalysen framgår bl.a. att den nya LVU, tillsammans med vissa andra författningsändringar, stärker barnrättsperspektivet i samhällets insatser för barn och unga. Det gäller både rätten till skydd och vård i vissa situationer och rätten till god vård när ett beslut om insats är fattat. Samhällets åtagande för stöd och hjälp efter en placering förtydligas också i utredningens samlade förslag. Utöver författningsändringarna bidrar utredningens förslag om nationellt kunskapsstöd och fortsatt kunskapsutveckling till att barn och unga tillförsäkras skydd och att vården förbättras.

Erbjudanden om hälsoundersökningar till barn och unga i samband med placering kan bidra till att hälsoproblem hos både flickor och pojkar kartläggs på likvärdiga villkor. Förslagen om innehåll och kvalitet i vård vid HVB bör på sikt leda till förbättrat stöd för bl.a. flickor med psykisk ohälsa, vilket är en viktig jämställdhetsfråga. Sammantaget kan förslagen om socialnämndens beslutsunderlag, samverkan under en placering och innehållet i institutionsvården bidra till att barn och unga som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck tillförsäkras skydd och en god vård.

Ett stärkt stöd och skydd till barn och unga i tvångsvård och annan samhällsvård kan leda till bättre framtidsutsikter för dem när det gäller hälsa, utbildning, personlig utveckling och yrkesliv. På sikt är detta också gynnsamt för samhällsekonomi.

Flera av de föreslagna åtgärderna syftar till att undvika en ökning av nuvarande problem, vilket skulle kräva ytterligare kostsamma samhällsinsatser. Sammantaget torde de föreslagna förbättringarna på sikt leda till minskade kostnader för både kommunerna och staten.

Av den ekonomiska konsekvensbeskrivningen framgår sammanfattningsvis följande:

- Staten beräknas få nya temporära kostnader under en period på fyra år med 32 miljoner kronor det första året, 26,5 miljoner kronor det andra året, 13 miljoner kronor det tredje året och 2 miljoner kronor det fjärde året. Kostnaderna avser uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys och stöd till implementeringen av den nya LVU. Staten beräknas vidare få ökade permanenta kostnader med 5 miljoner kronor per år till följd av förslag om rätt till offentligt biträde i vissa mål samt rätt att överklaga beslut om skyddsåtgärder vid de särskilda ungdomshemmen.
- Kommunerna beräknas få ökade kostnader med 43–48 miljoner per år till följd av utökade arbetsuppgifter och ambitionshöjningar i lagstiftningen.
- Landstingen beräknas få ökade kostnader med 8 miljoner kronor per år till följd av utökade arbetsuppgifter.

Utredningen bedömer således att det kommer att uppstå kostnadsökningar för staten, kommunerna och landstingen om förslagen genomförs. Utredningen förfogar dock inte över förslag till finansiering, som kräver effektiviseringsvinster inom samhällsvården för barn och unga. På sikt kan sådana vinster vara möjliga, men utredningen måste konstatera att underlaget för att analysera förutsättningarna för effektiviseringsvinster är bristfälliga och att frågorna griper över större delar av den sociala barn- och ungdomsvården än vad som motsvaras av utredningens direktiv. I förhållande till den kommunala självstyrelsen innebär förslagen till ny LVU och andra lagändringar vissa utökade och förtydligade krav på kommunernas och landstingens verksamhet. Utredningen anser att detta är nödvändigt med hänsyn till rättssäkerheten och intresset av att placerade barn och unga tillförsäkras skydd och en god vård.

När det gäller konsekvenser för att nå de integrationspolitiska målen är en reformerad tvångsvård för barn och unga angelägen. Bland annat bör förslaget om tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering kunna bidra till förbättrade förutsättningar för ensamkommande barn som avslutar en placering för övergång till självständigt vuxenliv.

En reformerad tvångsvård för barn och unga bidrar positivt till det brottsförebyggande arbetet. En tydligare inriktning på stöd och hjälp efter avslutad placering bör bidra till förbättrade förutsättningar även för de unga som omhändertagits till följd av brottslig verksamhet.

I fråga om konsekvenser för små företag kan konstateras att ungefär hälften av HVB för barn och unga bedrivs i enskild regi och många i form av små företag. Dessa företag åläggs inga nya uppgifter genom utredningens förslag. Förslagen om insatser för att uppnå ökad tydlighet i fråga om ansvar och befogenheter för personal på HVB och om vilka frågor som får omfattas av ordningsregler på HVB ger klarare förutsättningar för arbetet också på de institutioner som drivs av små företag.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att den nya LVU och övriga författningsändringar ska träda i kraft den 1 juli 2017.

Särskilt yttrande



Ett särskilt yttrande har avgivits av experten Anna Karin Hildingson Boqvist.

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

2015-11-18

Dnr RS/1507/2015
Ert dnr N2015/5090/EF

Näringsdepartementet

103 33 Stockholm
n.registrator@regeringskansliet.se

Svar på remiss En förvaltning som håller ihop, SOU 2015:66.

Region Jämtland Härjedalen har fått möjlighet att lämna synpunkter på betänkandet En förvaltning som håller ihop, SOU 2015: 66.

Region Jämtland Härjedalen instämmer i de rekommendationer och ställningstaganden som utredningen lämnar.

Region Jämtland Härjedalen vill också uppmana regeringen till att ta ett samlat grepp kring frågorna om digitalisering av förvaltningen. Åtgärderna bör framförallt inriktas på att genom lagstiftning skapa ett regelverk som ger praktiska möjligheter till utveckling, inte bara av den statliga förvaltningen, utan även de kommunala förvaltningarna. Framför allt är det reglerna för hantering av personuppgifter som behöver anpassas till en digital hantering under säkra former, men även regelverket för samverkan mellan myndigheter. Om det behövs bör staten också medverka till finansiering av åtgärder som behövs för att förbättra förvaltningen.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-09-15

N2015/5090/EF

Näringsdepartementet

Enligt sändlista

Enheten för e-förvaltning

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -09- 2 1

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

Remiss av SOU 2015:66 En förvaltning som håller ihop

Remissvaren ska ha inkommit till Näringsdepartementet **senast den 15 december 2015**. Vänligen skicka även en elektronisk kopia i både word- och pdf-format till följande e-postadress:
n.registrator@regeringskansliet.se

Vi skulle uppskatta om filnamnet är Regeringskansliets diarienummer (utan snedstreck), N2015-5090-EF, följt av remissinstansens namn. I remissvaret anges Regeringskansliets diarienummer N2015/5090/EF.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. **Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta. För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

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

Med vänlig hälsning

Christina Henryson
Departementsråd



Näringsdepartementet

**Remisslista E-delegationens slutbetänkande En förvaltning som håller ihop
(SOU 2015:66)**

1. Arbetsförmedlingen
2. Arbetsmiljöverket
3. Arbetsgivarverket
4. Bolagsverket
5. Boverket
6. Centrala studiestödsnämnden
7. Datainspektionen
8. Ekonomistyrningsverket
9. E-hälsomyndigheten
10. E-legitimationsnämnden
11. Finansinspektionen
12. Folkhälsomyndigheten
13. Försvarets materielverk
14. Försäkringskassan
15. Havs- och vattenmyndigheten
16. Inspektionen för socialförsäkringen
17. Inspektionen för vård och omsorg
18. Kammarkollegiet
19. Kommerskollegium
20. Konkurrensverket
21. Konsumentverket
22. Kronofogdemyndigheten
23. Kustbevakningen
24. Lantmäteriet
25. Linköpings universitet
26. Livsmedelsverket
27. Luftfartsverket
28. Läkemedelsverket
29. Länsstyrelsen i Kronobergs län
30. Länsstyrelsen i Västernorrland

31. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
32. Länsstyrelsen i Örebro län
33. Migrationsverket
34. Myndigheten för delaktighet
35. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
36. Myndigheten för tillgängliga medier
37. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
38. Naturvårdsverket
39. Pensionsmyndigheten
40. Polismyndigheten
41. Post- och telestyrelsen
42. Regelrådet
43. Riksantikvarieämbetet
44. Riksarkivet
45. Riksgäldskontoret
46. Sjöfartsverket
47. Skatteverket
48. Skogsstyrelsen
49. Socialstyrelsen
50. Statens jordbruksverk
51. Statens kulturråd
52. Statens servicecenter
53. Statens skolinspektion
54. Statens skolverk
55. Statens tjänstepensionsverk
56. Statskontoret
57. Stockholms universitet
58. Sveriges Domstolar
59. Säkerhetspolisen
60. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
61. Tillväxtverket
62. Trafikanalys
63. Trafikverket
64. Transportstyrelsen
65. Tullverket
66. Umeå universitet
67. Upphandlingsmyndigheten
68. Universitets- och högskolerådet
69. Verket för innovationssystem
70. Åklagarmyndigheten
71. Arvidsjaur kommun
72. Borås kommun
73. Botkyrka kommun
74. Falkenbergs kommun

75. Falu kommun
76. Gnosjö kommun
77. Gotlands kommun
78. Höganäs kommun
79. Jönköpings kommun
80. Karlshamns kommun
81. Karlstads kommun
82. Kiruna kommun
83. Kramfors kommun
84. Linköpings kommun
85. Malmö kommun
86. Motala kommun
87. Norrköpings kommun
88. Skellefteå kommun
89. Smedjebackens kommun
90. Stockholm kommun
91. Södertälje kommun
92. Trollhättans kommun
93. Trosa kommun
94. Täby kommun
95. Uddevalla kommun
96. Uppsala kommun
97. Åre kommun
98. Älmhults kommun
99. Örebro kommun
100. Östhammars kommun
101. Jämtlands läns landsting
102. Norrbottens läns landsting
103. Skåne läns landsting
104. Stockholms läns landsting
105. Västra Götalands läns landsting
106. Östergötlands läns landsting
107. Sveriges Kommuner och Landsting
108. Dataföreningen i Sverige
109. Företagarna
110. Inera
111. IT & Telekomföretagen
112. Teknikföretagen

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

2015-11-17

RS/1507/2015

Sammanfattning av remiss En förvaltning som håller ihop

[Länk till remiss En förvaltning som håller ihop](#)

E-delegationen har i snart sex år drivit på den förvaltningsgemensamma utvecklingen för att skapa förutsättningar att nå regeringens övergripande mål för e-förvaltningen.¹ För att kunna utveckla kvalitativa sammanhållna e-tjänster med hög användningsgrad är det viktigt att utgå från medborgarnas och företagarnas behov. Den svenska förvaltningen står därmed inför ett antal utmaningar för att lyckas nå målen. Offentlig sektor har hittills ofta varit fragmentarisk i sättet att utveckla e-tjänster till medborgare och företag, då myndigheter oftast utgått från det egna uppdraget och inte sett vikten av att samverka över organisationsgränser för att tillgodose medborgares och företagens behov av sammanhållna e-tjänster. En förklaring till detta kan vara att den svenska förvaltningsmodellens fördelar med att snabbt kunna ställa om till ett digitaliserat samhälle, upplevs bli problematisk när det gäller förvaltningsövergripande samverkan. Frivilligheten och självständigheten kan upplevas som hinder för samverkan.

I detta sammanhang kan det slås fast att det goda engagemanget och tilliten hos myndigheterna som byggts upp inom E-delegationen har varit en framgångsfaktor för utvecklingen av förvaltningsgemensamma e-tjänster. Statskontoret har även konstaterat att delegationen har förmått att tillvarata driv- och utvecklingskraften hos de myndigheter som ingår i delegationen.²

Sverige har tidigare varit föregångsland inom e-förvaltningsutvecklingen. De senaste årens internationella mätningar visar dock att denna position håller på att försämrats, då den offentliga sektorns digitalisering har börjat halka efter. Vad detta beror på kan diskuteras men trenden är stark och går inte att bortförklara. I dag går digitaliseringen snabbare i många andra länder än i Sverige. De komparativa fördelarna av självständiga myndigheter att snabbt komma till beslut kring digitalisering är inte längre tillräckligt. Mycket av den utveckling som realiserats i andra länder bygger på gemensamma identifieringslösningar, säker infrastruktur för kommunikation, registerhantering och lagstiftning kopplad till denna samt inte minst gemensamma sammanhållna kundmöten i

¹ Näringsdepartementet (2012), *Med medborgaren i centrum. Regeringens strategi för en digitalt samverkande statsförvaltning* (N2012.37). Målbild: En enklare vardag för medborgare, Öppnare förvaltning som stödjer innovation och delaktighet, Högre kvalitet och effektivitet i verksamheten.

² Statskontoret (2014), *Delegerad digitalisering En utvärdering av E-delegationen* (2014:12).

livshändelser. Oavsett vilka vägval som görs i den offentliga sektorn behöver samverkan mobiliseras. För detta krävs centrala inriktningsbeslut och en nationell styrning och samordning.

Förutsättningar för att nå målen för e-förvaltningsutvecklingen

Regeringen behöver fortsätta driva på en utveckling som syftar till att lösa de samverkanshinder som motverkar de övergripande målen med e-förvaltningen. Delegationen lämnar därför följande rekommendationer och ställningstaganden:

- Digitala tjänster ska, så långt det är möjligt och där det är relevant, vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med medborgare och företag. Regeringen behöver därför driva en utveckling som leder till att digitala tjänster införs som förstahandsval i offentlig sektor.
- Regeringen behöver vidta åtgärder för att möjliggöra ett avgiftsfritt informationsutbyte mellan myndigheter. Utgångspunkten ska vara att myndigheternas samlade informationsmängder ska ses som en myndighetsgemensam resurs och att lösningen ska bidra till en effektivare förvaltning.
- En långsiktig hållbar finansieringsmodell för utveckling, förvaltning och drift av förvaltningsgemensamma lösningar är en förutsättning för att nå regeringens mål för e-förvaltningen. Därför behöver regeringen gå vidare med att utreda finansieringsmodeller enligt de överväganden som görs i Budgetpropositionen för 2015.
- Regeringen behöver stärka sin förmåga att omhänderta och driva på nödvändiga författningsändringar för att skapa bättre förutsättningar för förvaltningsgemensam e-utveckling. Det ställer krav på samverkansförmågan hos myndigheterna under regeringen, Regeringskansliet, regeringen och riksdagen. En förutsättning för detta är att regeringen förbättrar den interdepartementala samordningen av juridiska frågor.
- Det finns brister i regleringen av förutsättningarna för en effektiv e-förvaltning och ett välavvägt integritetsskydd när det gäller automatiserad behandling av uppgifter om enskilda. Det påverkar även enskildas tilltro till myndigheterna. Det är angeläget att regeringen har ett helhetsperspektiv när resultaten av tillsatta utredningar bereds.
- Det behövs en ny genomgång av regler som kräver egenhändig underskrift eller fysiska originalexemplar så att onödiga hinder mot elektroniska rutiner kan undanröjas.
- Det finns behov av att utländska medborgare ska kunna få Svensk e-legitimation eller kunna legitimera sig med en utländsk e-legitimation i svenska e-tjänster.
- Det finns kvarvarande utmaningar för elektroniskt informationsutbyte mellan socialnämnder och andra myndigheter vid handläggning av ärenden avseende försörjningsstöd. Det medför att ärenden delvis måste hanteras manuellt.
- Onödiga hinder i författningsregleringen mot elektronisk

hantering av bygglov och planhantering vid informationsutbyte mellan kommuner och länsstyrelser behöver undanröjas.

Analys av sekretess vid outsourcing

Frågan om sekretess utgör hinder för outsourcing av drift till en privat utförare har uppmärksammats till följd av JO:s kritik mot en offentlig vårdgivare för att ha lämnat ut sekretesskyddade uppgifter till en privat utförare. E-delegationen har av denna anledning genomfört en förstudie. Förstudien syftar dels till att klarlägga rättsläget om i vilken mån sekretess utgör ett hinder för outsourcing, dels skapa underlag för en bedömning av om det finns anledning för delegationen att överväga författningsåtgärder inom området.

På sikt är det önskvärt att regelverket kan förtydligas i syfte att förenkla förfarandet vid utlämnande av uppgifter till en tjänsteleverantör. Delegationen bedömer dock inte att förstudien ger tillräckligt stöd för slutsatsen att behovet av författningsändringar för närvarande är så stort att delegationen borde ha initierat ett sådant arbete. Däremot kan myndigheter behöva en vägledning i dessa frågor.

E-delegationens erfarenheter

Förverkligandet av regeringens strategi har kommit att präglade E-delegationens arbete. Att utgå från medborgares och företagens behov, ofta uttryckt som livshändelser, ställer stora krav på att utveckling av tjänster sker i samverkan över organisatoriska gränser inom offentlig sektor och ofta med privata aktörer. E-delegationen har särskilt uppmärksammat kritiska framgångsfaktorer för digital samverkan och försökt skapa förutsättningar och stöd till samverkande aktörer. Delegationen har valt att förstärka möjligheten till samordning genom att fokusera på koordinering, digital samverkan och behovsdriven utveckling. Arbetet har resulterat i vägledningar och metoder för hur samverkan kan organiseras, ledas och styras, följas upp samt vilka överenskommelser eller avtal som kan behövas.

Uppföljning av E-delegationens uppdrag utifrån direktiven

I delegationens första betänkande, Strategi för myndigheternas arbete med e-förvaltning (SOU 2009:86), presenterades ett förslag till genomförandeplan. Delegationen har sammanställt uppdraget och de resultat som uppnåtts utifrån kommittédirektiven. I E-delegationens tidigare betänkanden går det att följa det arbete som gjorts genom alla år som delegationen verkat.

Ett forskarperspektiv om e-förvaltningsutveckling

Några av utmaningarna för ökad samordning och ökat samutnyttjande av tjänster är hur man kan organisera och finansiera såväl utvecklingsarbete som förvaltning av e-tjänster. Erfarenheten har visat att det blir särskilt stora utmaningar då samverkan sker över organisatoriska gränser i den offentliga sektorn. I avsnitt 6–10 finns ett forskarperspektiv om e-förvaltningsutveckling sett över en längre period som bygger på underlag från forskningsresultat. Syftet är att bidra med kunskap som kan användas för framtida utveckling och styrning av svensk e-förvaltning samt ge perspektiv på vikten av att kunna samverka.



Indelningskommittén

Fi 2015:09

Samtliga landstings- och regionstyrelser

Arbetet med ny läns- och landstingsindelning

Indelningskommittén ska på regeringens uppdrag föreslå en ny läns- och landstingsindelning. Förslaget ska vara förankrat med berörda parter, bl.a. SKL, landsting, kommunala samverkansorgan och kommuner. Ett första möte mellan kommittén och den samrådsgrupp som alla landsting har utsett kontaktpersoner till hölls den 21 oktober. På mötet hölls en inledande diskussion kring arbetet. Inför detta möte fick samrådsgruppen ett brev med frågor som kommittén önskade synpunkter kring.

Indelningskommittén önskar nu, efter denna inledande diskussion, ha skriftliga svar på de frågor som ställdes i brevet.

I detta hänvisades bland annat till Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) slutsatser och förslag. Ansvarskommittén ställde i sitt slutbetänkande upp ett antal kriterier för en framtida regionindelning och vad en ny region ska kunna ansvara för. Dessa kan i korthet beskrivas omfatta folkmängd, regionsjukhus, forskningsmiljöer, sammanhållna arbetsmarknadsregioner samt regional identitet.

- Är dessa kriterier alltför relevanta?

Om kriterierna är relevanta, vilken betydelse har respektive kriterium för en framtida regionindelning? Finns det något ytterligare kriterium som bör läggas till? Kommittén har för avsikt att använda de kriterier som bedöms relevanta som en utgångspunkt för arbetet, inte som absoluta krav.

Kommittén ska även analysera om det behövs en samordnad regional indelning för vissa statliga myndigheter och för vilka myndigheter en sådan i så fall skulle vara relevant.

- Vilka myndigheter är i detta sammanhang relevanta utifrån ett landstings, regions- och kommunperspektiv?

Vi skulle vilja ha ert svar senast den 20 december 2015, till adressen fi.indelningskommitten@regeringskansliet.se. Svaren bör vara förankrade med berörda kommunala samverkansorgan och kommuner.

Indelningskommittén

Barbro Holmberg

Kent Johansson

Kopia till
samrådsgruppen
samtliga landstings- och regiondirektörer

Revisionskontoret

2015-11-04

Dnr

Revisionsdirektör Majvor Enström
063-14 75 28

Frågor att diskutera vid revisorernas träff 4 november 2015

Syftet med revisorernas träff med regionstyrelsen är främst att, inför slutrevisionen för år 2015, få en bild av styrelsens styrning, ledning, kontroll och uppföljning av regionens verksamheter. Med hänsyn till den mycket bekymmersamma ekonomiska situationen i regionen har frågorna ett starkt fokus kring styrelsens åtgärder för att få ordning på ekonomin.

Styrmodellen

I ansvarssystemet, som har sin utgångspunkt i kommunallagen, har styrelsen att på fullmäktiges uppdrag besluta om och verkställa åtgärder som leder till att fullmäktiges mål uppnås. Det är detta ansvarstagande som efter årets slut kommer att prövas av revisorerna och slutligen fullmäktige. I delårsbokslutet per augusti konstaterar vi att återredovisningen, med utgångspunkt i styrelsens verksamhetsplan, saknades. De mål och mått som redovisades i delårsbokslutet härrör sig till regiondirektörens verksamhetsplan som dock inte är politiskt behandlad/godkänd..

- Hur planerar styrelsen att återrapportera måluppfyllelsen mm för 2015 till fullmäktige?
- Hur har man tänkt att rent praktiskt återredovisa alla 70 mål?

Nya regionstyrelsens roll och arbetssätt

- Vilka förändringar i styrelsens arbetssätt har genomförts/planeras att genomföras?
- Vilken roll har man planerat för de nya utskotten?

Ekonomistyrning

Regionens ekonomiska situation är mycket allvarlig med ett prognostiserat underskott för år 2015 på 265 mkr (103 mkr sämre än utfall år 2014) och en skuld från tidigare år på .ca 350 mkr.

- Hur ser styrelsen på möjligheterna att för den tid som återstår av år 2015 få kontroll på kostnaderna? Vilka åtgärder har genomförts/återstår att genomföras? Resultatet av genomförda åtgärder?
- Hur ser styrelsen på möjligheterna att utkräva ansvar i en situation med en underbalanserad budget redan i ingången av året? Vad planerar styrelsen att vidta för åtgärder för att förbättra budgetstyrningen?

. Månadsrapporter för september månad visar på en ytterligare försämrad ekonomi.

- Vad är förklaringen till de ökade kostnaderna?
- Vilka ytterligare konkreta åtgärder kommer att behövas för att ekonomin inte ska försämrats ytterligare?
- Vad visar det ekonomiska utfallet tom oktober 2015?

Ekonomi i balans

Målet för 2016 är enligt regionplanen en ekonomi i balans. LUP:en förväntas ge besparingar på 46 mkr till och med 2016 och större delen av de övriga beslutade resultatförbättrande åtgärderna har inte beräknats.

- Vilka konkreta åtgärder har planerats för en ekonomi i balans 2016?

För 2016 uppges att ekonomin ska klaras genom kostnadssänkningar och ökade intäkter.

- Hur förbereder styrelsen för de åtgärder som ska kunna ge tillräckliga effekter redan år 2016 ?
- När planeras avstämning av att insatta åtgärder fått avsedd effekt?
- Vad är styrelsens alternativa plan om ekonomi i balans för år 2016 inte uppnås trots alla tänkbara åtgärder för att sänka kostnaderna och öka intäkterna?

Resultatförbättrande åtgärder

Flera parallella resultatförbättrande åtgärder pågår och fler planeras.

- Hur bedömer styrelsen omfattningen av de arbetsinsatser från verksamheten som krävs för att genomföra de olika parallella utvecklingsprojekten?

Beskriv arbetsläget, tidplan och exempel på erhållna väsentliga resultat i följande specifika aktiviteter:

- LUP:en,
- Produktions – och kapacitetsplanering
- Lean
- Beslutade handlingsplaner

Tillgängligheten i vården visar stora brister. Våra granskningar visar att detta förutom telefonköer även beror på brister i planeringen av arbetstider.

- Vilka konkreta åtgärder planeras för att förbättra tillgängligheten i vården?

Omorganisation, neddragningar i verksamheten mm kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön.

- Hur bevakas dessa frågor i det utvecklingsarbete som pågår och planeras?

2015-11-30

Dnr RS/1833/2015

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar på frågor från revisorerna

Styrmodellen

I ansvarssystemet, som har sin utgångspunkt i kommunallagen, har styrelsen att på fullmäktiges uppdrag besluta om och verkställa åtgärder som leder till att fullmäktiges mål uppnås. Det är detta ansvarstagande som efter årets slut kommer att prövas av revisorerna och slutligen fullmäktige. I delårsbokslutet per augusti konstaterar vi att återredovisningen, med utgångspunkt i styrelsens verksamhetsplan, saknades. De mål och mått som redovisades i delårsbokslutet härrör sig till regiondirektörens verksamhetsplan som dock inte är politiskt behandlad/godkänd.

Svar:

Regionstyrelsen har behandlat Regiondirektörens verksamhetsplan 2014-11-05 § 250 ”Landstingsstyrelsen tar emot information om regiondirektörens verksamhetsplan för 2015-2017 samt ingående handlingsplaner och lägger informationen till handlingarna.” Regionstyrelsen kommer att inför behandling av Regiondirektörens verksamhetsplan för 2016 att överväga hur beslutet ska formuleras utifrån revisorernas synpunkt.

Regionstyrelsen har gjort uppföljning av sin verksamhetsplan vid två tillfällen under 2015, dels 2015-05-27 § 126, där ett flertal revideringar gjordes utifrån uppföljningen, och dels 2015-09-30 § 190 under regiondirektörens rapport där återredovisning av uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan gjordes. Utifrån revisorernas påpekande kommer delårsboksluten och årsboksluten i fortsättningen att kompletteras med uppföljning av regionstyrelsens verksamhetsplan.

Hur planerar styrelsen att återrapportera måluppfyllelsen mm för 2015 till fullmäktige?

Svar:

I samband med årsbokslut kommer regionstyrelsens verksamhetsplan att återredovisas då också med en tydlighet gentemot regionplanen. Här måste man dock komma ihåg att regionstyrelsens plan har ett ettårsperspektiv, medan regionplanen har ett treårsperspektiv. Det innebär att regionstyrelsens plan kan utgöra delmål gentemot regionfullmäktiges mål. Regionstyrelsen har att fokusera på vad som kan utföras under nästkommande år, men i linje med vad fullmäktige har beslutat.

Hur har man tänkt att rent praktiskt återredovisa alla 70 mål?

Svar:

- Eftersom det är första verksamhetsplanen som regionstyrelsen har gjort så kommer sannolikt samma modell som uppföljningarna har gjort i regionstyrelsen att användas. Det innebär en visuell överblick samt med åtföljande kommentarer. Vid avvikelser ska en utförligare återredovisning ske med under året vidtagna åtgärder.
- Verksamhetsplanen för regionstyrelsen 2016 kommer baserat på erfarenheter att bli mer konkret och med färre mål. Regionstyrelsen kommer att lägga mycket arbete på planen och därefter fokusera på uppföljning och avvikelser från planen, för att slippa belasta organisationen med särskilda beslut och uppdrag.

Nya regionstyrelsens roll och arbetssätt

- Vilka förändringar i styrelsens arbetssätt har genomförts/planeras att genomföras?
- Vilken roll har man planerat för de nya utskotten?

Svar:

Vid tidpunkten för träffen den 4 november var det för tidigt att informera om detta. Den nya majoriteten var bara 3 veckor gammal. Nu när det skriftliga svaret avges hänvisas till de beslut som finns i form av:

- Ny politisk organisation med förändrade reglementet för regionstyrelse, nämnder och utskott
- Reviderad regionplan 2016-2018

Ekonomistyrning

Regionens ekonomiska situation är mycket allvarlig med ett prognostiserat underskott för år 2015 på 265 mkr (103 mkr sämre än utfall år 2014) och en skuld från tidigare år på ca 350 mkr.

- Hur ser styrelsen på möjligheterna att för den tid som återstår av år 2015 få kontroll på kostnaderna? Vilka åtgärder har genomförts/återstår att genomföras? Resultatet av genomförda åtgärder?

Svar:

Nya majoritetens företrädare har samtalat med Regiondirektörens ledningsgrupp och bett om omtag när det gäller besparingsförslag. Resultatet av detta är att underlag begärts in skriftligt från varje centrum till 30/10. Ledningsgruppen förstärkt med områdeschefer hade "brainstorming" 28/10 och den 11/11 är alla chefer och MLU inbjudan till heldag på OSD för att arbeta med det ekonomiska läget. Realistiska förväntning är dock att detta INTE löser 2015 års resultat – ansatsen för arbetet 11/11 är att söka efter åtgärder som kan börja ge effekt under 2016.

Under 2015 har några åtgärder gjorts som regionstyrelsen vill lyfta fram:

- en extern genomlysning för att se om ytterligare inspiration till åtgärder kan erhållas. Den genomlysningen har därefter värderats mot pågående/beslutade åtgärder och kompletteringar har gjorts av den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning liksom uppmaningar till att fortsätta och intensifiera pågående arbeten.

– Cosmic-införandet följs noga av regionstyrelsen, dels utifrån den stora förändring som det är som inneburit produktionsbortfall under utbildningstid, införandetid och upplärningstid, och dels utifrån hur lösningen av de inkörs problem som rapporterats går och slutligen hur Cosmic kan ge nya förbättrade möjligheter till uppföljning.

– utskotten för folkhälsa, jämlik/jämställd vård har gått till grunden med vad Region Jämtland Härjedalen bör göra inom dessa områden.

– en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar har tagits fram. Där finns åtgärder som berör både regionens ansvar för våra anställda och regionens ansvar att samla hela Jämtland Härjedalens arbetsgivare och myndigheter kring åtgärder för alla medborgares sjukskrivning.

Hur ser styrelsen på möjligheterna att utkräva ansvar i en situation med en underbalanserad budget redan i ingången av året? Vad planerar styrelsen att vidta för åtgärder för att förbättra budgetstyrningen?

Svar:

I det ekonomiska läge som regionen befinner sig i är det inte möjligt att utkräva ansvar utifrån budget. Däremot utkrävs ansvar för chefers resultat av förbättringsarbete och i engagemang kring att lägga fram förslag till kostnadsminskningar samt ett ledarskap som främjar god arbetsmiljö och hög patientsäkerhet.

Ett utvecklat arbetssätt med verksamhetsuppföljningar och budgetdialoger har införts under 2015.

Månadsrapporter för september månad visar på en ytterligare försämrad ekonomi.

Svar:

Det finns centrum som både redovisar försämrade som förbättrade prognoser. Dock är den samlade bedömningen för hela regionen ett oförändrat prognostiserat resultat (-265 mkr)

- Vad är förklaringen till de ökade kostnaderna?

Svar:

Kostnaderna för sommarpaket och övertid ökade jämfört med 2014, totalkostnaden blev cirka 17 miljoner kronor vilket är 7 miljoner mer än året innan – och fortsatt höga stafettläkarkostnader (10 mkr i sept)

- Vilka ytterligare konkreta åtgärder kommer att behövas för att ekonomin inte ska försämras ytterligare?

Svar:

Prognosen på -265 mkr ligger fast

- Vad visar det ekonomiska utfallet tom oktober 2015?

Svar:

Regionstyrelsen hänvisar till månadsrapporterna som redovisas i regionstyrelsen varje månad.

Ekonomi i balans

Målet för 2016 är enligt regionplanen en ekonomi i balans. LUP:en förväntas ge besparingar på 46 mkr till och med 2016 och större delen av de övriga beslutade resultatförbättrande åtgärderna har inte beräknats.

- Vilka konkreta åtgärder har planerats för en ekonomi i balans 2016?

Svar:

1. Den nya majoriteten förutsätter att ytterligare besparingsförslag kommer fram från de aktiviteter som cheferna just nu genomför 30/10 och 11/11
2. Under våren har en genomlysning genomförts av extern konsult. Konsultrapporten visar på ett antal möjliga områden till resultatförbättringar. Förslagen har utvärderats. Den fortsatta hanteringen har redovisats i särskilt ärende för styrelsen i november.
3. LUP-paket om sjukresor kommer att presenteras för styrelsen i december. Besparingspotentialen beräknas till ca 10 mkr/ år om det faller väl ut men kanske 5-7 mkr 2016.
4. Ytterligare LUP-paket kommer att presenteras under 2016.

För 2016 uppges att ekonomin ska klaras genom kostnadssänkningar och ökade intäkter.

- Hur förbereder styrelsen för de åtgärder som ska kunna ge tillräckliga effekter redan år 2016?

Svar:

Bildandet av en stabilare majoritet.

När planeras avstämning av att insatta åtgärder fått avsedd effekt?

Svar:

Månadsrapporterna samt löpande krav på redovisning från regiondirektören vid varje styrelsemöte och varje fredagsmorgon när majoritetsråden träffar regiondirektören.

Vad är styrelsens alternativa plan om ekonomi i balans för år 2016 inte uppnås trots alla tänkbara åtgärder för att sänka kostnaderna och öka intäkterna?

Svar:

Medlemskapet i Kommuninvest innebär möjligheter till fördelaktiga lån. Skattehöjning är också en möjlighet när alla andra vägar är stängda.

Resultatförbättrande åtgärder

Flera parallella resultatförbättrande åtgärder pågår och fler planeras.

- Hur bedömer styrelsen omfattningen av de arbetsinsatser från verksamheten som krävs för att genomföra de olika parallella utvecklingsprojekten?

Svar:

Nya majoriteten har startat med att gå igenom regionplanen och styrelsens verksamhetsplan för att sänka ambitionerna så att kraven står i proportion till den ekonomiska situationen. Även uppdragen i anslutning till aprilöverenskommelsens partiförslag har analyserats och ambitionerna/önskemålen har sänkts och vissa uppdrag avslutas.

Beskriv arbetsläget, tidplan och exempel på erhållna väsentliga resultat i följande specifika aktiviteter:

- *LUP:en,*

Svar:

- Under 2015 har 3 paket beslutats (Folktandvård 5 mkr, Administration/ övergripande kostnader 10 mkr och Primärvård 30 mkr)
- Ytterligare 2 paket är på god väg mot beslut (sjukresor troligen december och akut omhändertagande i början av 2016)
- I juni 2015 beslutade fullmäktige om revidering av LUP:en så att den kompletterats med ytterligare åtgärds paket (nu finns 17 paket). Under höstens omorganisation har ansvariga för de nya paketen inte kunnat utses. För att nu snabba på hanteringen har en särskild styrgrupp för LUP ekonomis genomförande utsetts med regiondirektören som ordförande.
- I oktober beslutade regionstyrelsen om kompletteringar av LUP ekonomis åtgärds paket utifrån den externa genomlysning som gjordes i maj-juni.
- Ekonomiutskottet har arbetat med förslag på nya och enhetliga patientavgifter, förslaget kommer att bli klart innan årsskiftet 2015/2016.

- Produktions – och kapacitetsplanering

Svar:

- Produktions- och kapacitetsplanering pågår enligt en utarbetad modell som flera verksamheter just nu genomgår. Klara är bland annat fysiologen samt barn. Uppföljning ska ske om modellen har haft önskad effekt vad gäller tillgänglighet, produktion samt arbetsmiljö.
- Regionstyrelsen följer också arbetet med den utredning som regeringens nationella samordnare Göran Stiernstedt just nu slutför, som handlar om hur vi kan få effektivare resursutnyttjande inom hälso-och sjukvården, och flöden i vården.
- I beslutet om primärvårdens struktur finns också inriktning mot bättre flöden och produktions- och kapacitetsplanering inom primärvården.

- Lean

Svar:

Arbetet med lean pågår på många olika sätt och inom många verksamheter. Daglig styrning, visuell uppföljning och värdeflödesanalyser börjar bli ett standardiserat arbetssätt i verksamheterna. Det finns många goda exempel som bland annat sprids via Leanfrödagen. Utbildning i lean och dess verktyg kommer alla nya chefer att genomgå och har redan startat (program för leanfrödagen bifogas).

Regiondirektören beslutade 29/10 om en strategi/plan för 2016-2018 vad avser systematiskt förbättringsarbete (lean och kvalitet). Målet med lean har fram till 2015 varit att utbilda samt skapa en stabil grund att gå vidare med. Strategin 2016-2018 ska utgöra fortsättningen från denna grund och ta arbetet till nästa nivå. Särskild uppföljning om arbetet och resultat är särskilt viktigt för styrelsen då det handlar om en förändrat arbetssätt och ett förändrat tankesätt.

Det finns en mängd exempel på förbättringsarbeten som har genomförts, som pågår och ska startas. Ett konkret exempel är minskade ledtider för colorectal cancer där bland annat fyra besök blivit ett samt även minskade ledtider i strokekedjan.

- Beslutade handlingsplaner

Svar:

Region Jämtland Härjedalen har ett antal övergripande handlingsplaner som regiondirektören beslutar om. De har sitt ursprung i bland annat politisk viljeinriktning i regionplanen, särskilt angelägna områden eller utifrån externa krav (miljö som exempel).

Uppföljning av handlingsplanerna sker två gånger per år samt i årsbokslutet. Uppföljningarna sker genom en enkel sammanställning där den som är ansvarig för handlingsplanen redovisar måluppfyllelse och/eller väsentliga avvikelser. Om det är stora avvikelser eller att målen inte ser ut att nås kan regiondirektören kräva en särskild redovisning om och varför det ser ut som det gör. Till detta skriftliga svar bifogas uppföljning/avstämning som skedde till styrelsen i augusti 2015.

Tillgängligheten i vården visar stora brister. Våra granskningar visar att detta förutom telefonköer även beror på brister i planeringen av arbetstider.

- Vilka konkreta åtgärder planeras för att förbättra tillgängligheten i vården?

Svar:

- Se ovan angående produktions- och kapacitetsplanering
- Telefontillgängligheten i primärvården prövar just nu ett nytt sätt att hantera tekniken som ser lovande ut.
- Akuten har på gång att pröva sköterskemottagning som ett snabbspår
- Standardiserade vårdförlopp inom cancer är också exempel på tillgänglighetsarbete, liksom utskrivningsmeddelande för att göra informationen tydligare så att patienten inte behöver återkomma pga. brister i kommunikationen

Omorganisation, neddragningar i verksamheten mm kan påverka patientsäkerheten och arbetsmiljön.

- Hur bevakas dessa frågor i det utvecklingsarbete som pågår och planeras?

Svar:

- Genom att göra riskanalyser. Viktigt också att ha en aktiv patientsäkerhetsenhet som bevakar och följer upp.
- Det är ett tydligt krav från regionstyrelsen att regionens chefer ska ha ett bra samarbete med de fackliga organisationerna.
- Regionstyrelsen och regionens chefer på olika nivåer har dialog med patientnämnden för att få information om de ärenden som hamnar där.

Övriga kommentarer från regionstyrelsen:

- Det är mycket som pågår. Regionstyrelsen uppdrag är att väga uppföljning/kontroll mot resurser för utförande och viktigare aktiviteter. Regionstyrelsens nya majoritet ser ett behov av att rensa i uppdrag för att få fokus på produktions- och kapacitetsplanering, lean/ständiga förbättringar och LUP ekonomi. Andra utvecklingsplaner måste läggas åt sidan ett tag.
- Trots det akut svåra ekonomiska läget är det ändå viktigt att fortsätta vara långsiktiga.
- Budgetprocessen är omgjord under 2015, vilket innebär att planeringen nu är fem månader tidigare. Några av regionstyrelsens ledamöter funderar över om budgetdialoger enligt tidigare former kanske borde återinföras.
- Första prognos för 2016 kommer efter februari. Regionstyrelsen kräver realistiska prognoser. Regionstyrelsens första prioritet är att få stopp på nettokostnadsökning helst under 2 % för 2016. Då skulle en ekonomi i balans kunna uppnås 2018.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Samordningskansliet
Mikael Ferm
Tfn: 063147612063-147509
E-post: mikael.ferm@regionjh.se

2015-05-18

RS/1833/2015

Avstämning handlingsplaner 2015(137070) 3 2

Instruktioner: Välj symbol enligt nedan. Kommentera sedan kort det aktuella läget med planen. Syftet med rapporterna är att kanslichef ska kunna ge en kort avstämning till ledningsgruppen den 3/6 om hur planerna rullar på i förhållande till uppsatta mål. Det underlaget blir också en utgångspunkt i arbetet med regiondirektörens verksamhetsplan 2016 och kommer delvis att ligga till grund för beslutet om vilka handlingsplaner som ska ingå i den planen och alltså revideras inför 2016.

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

 Arbetet går bra Alla eller de flesta av målen ser ut att kunna vara uppfyllda till årets slut.	 Arbetet går delvis bra Målen ser delvis ut att kunna vara uppfyllda till årets slut.	 Arbetet går dåligt Inga eller väldigt få mål ser ut att kunna vara uppfyllda till årets slut.
--	--	---

Ärende	Beslut	Dnr	Ansvarig	Rapport / Uppföljning
Övergripande handlingsplan för arbete med en jämlik och jämställd verksamhet 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1300/2014	Anna Ebenmark och styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet	Aktuellt läge:  Kommentar / Förklaring: De aktiviteter som är planerade för året ser ut att till största delen vara genomförda vid årets slut. Utbildningen för chefer avseende "Att leda för en jämställd och jämlik verksamhet" kommer inte att vara genomförd under 2015. Anledningen är att arbetet nu istället försöker samordnas med de flertalet ledarskapssatsningar som påbörjats inom organisationen. Syftet med samordningen är ökad effektivisering, jämställdhetsintegrering och att motverka stuprör. (Anna E)
Övergripande handlingsplan Barnkonventionen 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1293/2014	Sofia Kling	Aktuellt läge:  Kommentar / Förklaring: Arbetet med att inrätta barnombud fortskrider som planerat (mål 1). Ett metodmaterial kring barnkonventionen har tagits fram, men vi avvaktar med att utbilda tills vi har barnombud på plats (mål 2). Implementering av rutin för

Ärende	Beslut	Dnr	Ansvarig	Rapport / Uppföljning
				barn som anhöriga går trögt men en ny satsning planeras till hösten (mål 5). Arbete med att förbättra informationen på webben pågår (mål 4). (Sofia K) Inför 2016 föreslås handlingsplaner om barnkonventionen, våld i nära relation och nationella minoriteter att slås ihop.
Övergripande handlingsplan mot Våld i nära relation 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1301/2014	Anna Ebenmark	Aktuellt läge: ➔ Kommentar / Förklaring: Flera aktiviteter är försenade men flertalet utbildningssatsningar förväntas kunna genomföras under hösten (mål 1). I Cosmic finns mall för våldsutsatthet och frågor om våld ställs enligt rutin (mål 2). Väntrumsinfo kommer att införas efter sommaren (mål 2). En organisation för att arbeta förebyggande med förövare håller på att byggas upp (mål 3). (Sofia K)
Övergripande handlingsplan för arbetet med nationella minoriteter 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1292/2014	Sofia Kling	Aktuellt läge: ➔ Kommentar / Förklaring: Kompetenshöjande insatser inom ramen för avtalet med SANKS görs som planerat (mål 4). Tolk tjänster har upphandlats (mål 5). Information på externa webben, samt extern informationssatsning kring rättigheterna, planeras till hösten (mål 5). Mål 6, som främst rör HC Strömsund, går framåt lite långsammare än planerat men är på gång. Utbildningsmaterial samt interna utbildningar om de nationella minoriteternas rättigheter är försenat (mål 1). Implementering av integrerad samiska inom BHV är försenat (mål 5). (Sofia K)
Övergripande handlingsplan för Tillgänglighet 2014	LD 2014-10-16	LS/1303/2014	Kerstin Andersson Thorell	Aktuellt läge: ↓ Kommentar / Förklaring: Visserligen finns inte helt tillförlitliga data ännu – men Region Jämtland Härjedalen klarar inte av målen i Vårdgarantin och i jämförelse med övriga landet redovisar regionen ett försämrat resultat jan – mars. Finns inga nationella data för april ännu. (Kerstin)
Övergripande handlingsplan Läkemedel 2015	LD 2014-10-28	LS/1393/2014	Karin Lindgren	Aktuellt läge: ➔ Kommentar / Förklaring: Verksamheten genomför både läkemedelsberättelse och läkemedelsgenomgångar, men i olika omfattning. Trots sökord för att underlätta uppföljning, så går det inte att ta ut data ur COSMIC. Tidigare har verksamheten levererat pinnstatistik på detta, men den tiden har inte funnits nu att föra den typen av statistik. När det gäller uppföljning av förskrivningsmönster ute i

Ärende	Beslut	Dnr	Ansvarig	Rapport / Uppföljning
				verksamheten, har COSMIC: s införandet inverkat på resurserna för att hinna detta – både resursbrist hos verksamheten och Läkemedelskommittén. Övriga aktiviteter kommer troligtvis till stor del att nås under året. (Karin L)
Bilaga 1 till handlingsplan läkemedel: 10-punktsprogrammet för minskad antibiotikaresistens	LD 2014-10-28	LS/1393/2014	Lars-Erik Olofsson	Aktuellt läge (välj symbol):    Kommentar / Förklaring:
Övergripande handlingsplan Suicidpreventivt arbete 2013-2015	LD 2014-11-03	LS/1562/2013	Håkan Gadd/Nina Fållbäck Svensson	Aktuellt läge:  Kommentar / Förklaring: Majoriteten av de aktiviteter som finns i handlingsplanen som berör 2013-2015 är genomförda. Särskild uppföljning av Lex Maria ärenden med vidhängande journalgranskning är avrapporterad i februari. Särskilda utbildningsinsatser planeras för område psykiatri på basis av den rapporterade uppföljningen. Planering pågår för att upphandla och genomföra MHFA utbildning. Planering pågår också för att upphandla utbildning i suicidprevention av Region Skåne som producerat en webbaserad utbildning. Översyn av överenskomelse om missbruk och beroende mellan Regionen och Kommunerna kommer avslutas våren 2015. Kvarstår att göra under 2015 är en regionövergripande uppföljning avseende vapenansökan. (Håkan)
Övergripande handlingsplan Patientsäkerhet utifrån nationella överenskommelser samt uppföljning av vissa rutiner	2013-07-24 (Beslutad av HS-chef. Ny kommer under 2015.)	LS/409/2013	Anna Kerstin Lejonklou	Aktuellt läge:  Kommentar / Förklaring: Den här handlingsplanen är inaktuell eftersom den byggde på nationella överenskommelsen. En ny övergripande handlingsplan för patientsäkerhet inom Region Jämtland Härjedalen är under framtagande och kommer att baseras på viktiga områden för patientsäkerhet, såväl ur lednings- och medarbetarperspektiv. (Anna Kerstin)
Landstingsövergripande handlingsplan Lean 2014	LD 2013-11-13 (Nu ska upprättas under 2015)	LS/1637/2013	Mikael Ferm	Aktuellt läge: Kommentar / Förklaring: Arbete pågår med en ny handlingsplan för 2015. Komplettering från Marie A inkommer under onsdag

Ärende	Beslut	Dnr	Ansvarig	Rapport / Uppföljning
Övergripande handlingsplan Återinskrivning inom 30 dagar 2014-2015	LD 2014-10-16	LS/391/2014	Lisbet Gibson	Aktuellt läge: ➡ Kommentar / Förklaring: HÖK fokuspatienter finns. Geriatriskt team pågår. Identifiering av fokuspatienter är klar att använda. Utskrivningsmeddelande används fortfarande på CMS. Ringaren "vilar". Inga utbildningsåtgärder gjorda under 2015. Nyligen klart med SIP i Meddix. Patientens delaktighet arbetas det med på olika sätt bland annat bedsiderapport och i SKL-projektet (COS). Handlingsplanen bör tas bort som övergripande inför 2016. (Lisbet)
Övergripande handlingsplan Miljö 2015	LD 2014-10-16	LS/1304/2014	Åsa Paletun	Aktuellt läge: ⬇➡ Kommentar / Förklaring: Avfallsmängderna ökar istället för att minska, vi var så pass långt ifrån målet för koldioxidutsläpp från tjänsteresor & transporter 2014 att vi troligen inte når målet för 2015. Energimålet är svårt att säga på delår, ser ok ut för de första fyra månaderna. Livsmedelsmålen ser ut att nås. Implementeringen av kemikaliehanteringssystemet fortsätter, men det finns ingen strategi för att arbeta med minskad risk för hormonstörande ämnen i material och produkter som används i miljöer/verksamheter där barn och unga vistas. Regler för hållbara inköp är beslutade av koncernledning. (Åsa)
Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2014-2015	LD 2014-10-28	LS/1398/2014	Anna-lena Alfreds/ Sanna Othman	Aktuellt läge: ➡ Kommentar / Förklaring: Flertalet aktiviteter är påbörjade och vissa avslutade. Måluppfyllelse kommer inte att kunna nås till 100% på grund av resursbrist. Planen är tvåårig och avser 2014-2015. Troligt behov av ny tvåårig plan för 2016-2017, då detta är ett område som kräver fortsatt, långsiktigt strukturerat förbättringsarbete. (Anna-lena)
Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2015-2017	LD 2014-10-16	LS/1363/2014	Annika Sörensdotter/ Anni Åsén	Aktuellt läge: ⬆ Kommentar / Förklaring: Flera aktiviteter pågår. Bland annat har modell för karriärvägar tagits fram och är under våren 2015 ute på remiss i organisationen. För att medarbetaren ska arbeta på toppen av sin kompetens har det startat en arbetsgrupp "Vem gör vad i vården". Flera aktiviteter för chefer är också på gång bl a uttagning till chefsaspirantutbildning, ny som chef och kunskapstorget. Inom lönebildning har arbetet med att tydliggöra och utveckla lönebildningsprocessen startats. Det har också gjorts en gemensam introduktion för alla nya anställda i Region Jämtland Härjedalen och det har också tagits

Ärende	Beslut	Dnr	Ansvarig	Rapport / Uppföljning
				fram en broschyr om att vara anställd i organisationen. (Annika)
Landstingsövergripande handlingsplan E-hälsa 2014	2013-05-28 (Beslutad i LS Ska omarbetas 2015)	LS/678/2013	Marit Nilsson/ Gun Kjellerstrand	Aktuellt läge: ➡ Kommentar / Förklaring: Arbetet med handlingsplanens aktiviteter har avvaktat införandet av COSMIC. Integrationer till invånartjänster kommer att starta upp successivt. Distansoberoende tjänster fokuserar på Hälsorum och kreativa team. Tidsbokning mfl tjänster har också väntat på införandet av Cosmic men har nu påbörjats. Antalet användarkonton är något lägre än beräknat men stiger hela tiden trots nollbudget för marknadsföring. 99% av samtliga mottagningar anslutna till Mina Vårdkontakter, folktandvården undantagen. Omarbete av planen påbörjas efter sommaren. (Gun och Marit)
Handlingsplan för cancervården i Jämtlands läns landsting 2013-2015	2013-01-23 (Beslutad i LS. Arbeta pågår med att se över planen)	LS/1907/2014	Ingela Jönsson/ Nina Fållbäck-Svensson	Aktuellt läge: ➡ Kommentar / Förklaring: Planen kommer att stämmas av under våren i samverkan inom RCC Norr. (Nina F)
Handlingsplan för samverkan i Jämtlands läns landsting kring psykiska funktionsnedsättningar 2014-2016	2014-09-29 Beslutad i SWOM	LS/1365/2014	Håkan Gadd	Aktuellt läge: ➡ Kommentar / Förklaring: Formering av ett mobilt team mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna pågår och en utredning kring ett särskilt boende ska sättas igång liksom aktiviteter för att involvera anhöriga. Det svåra för att kunna genomföra handlingsplanen är finansieringsfrågorna. En arbetsgrupp med representanter från alla parter har arbetat med att revidera handlingsplanen och gå igenom respektive målområde för att följa upp tidigare planerade aktiviteter. Revideringen kommer att vara klar i augusti och överlämnas därefter till L-IFO och Fredagsgrupp och slutligen till SVOM. (Håkan)
Bättre liv för mest sjuka äldre – strategi och handlingsplan 2012-2014	2014-02-21 (Framtagen av Ledningskraft.	LS/536/2013	Nina Fållbäck Svensson	Aktuellt läge: ↑ Kommentar / Förklaring: Arbetsgruppen från Ledningskraft fortsätter sitt arbete trots att projektet är avslutat. Gruppen arbetar nu med en revidering av handlingsplanen som ska förankras i

Ärende	Beslut	Dnr	Ansvarig	Rapport / Uppföljning
	Reviderad av SVOM)			Fredagsgruppen och SVOM. (Nina F)
Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd – Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd	2014-05-21 (Beslut i norrlandstingens förbundsdirection. Uppdrag i LS till LD om att samverka med övriga norrlandsting så att ambitionerna i inriktningsdokumentet kan uppfyllas)	LS/821/2014	Anna Kerstin Lejonklou/ Ingela Jönsson	Aktuellt läge: ➔ Kommentar / Förklaring: Ett virtuellt hälsorum har startat i Bräcke. Denna handlingsplan är gemensam med de norra landstingen. Samisk hälsa nämns i handlingsplanen. Det har slutits ett avtal mellan Sanks i Norge, som är ett kompetenscenter inom området och Region Jämtland Härjedalen. (Anna-Kerstin) Ska kompletteras av Ingela J



Leanfrödag 5 november

– LÄR OCH INSPIRERAS AV DINA KOLLEGOR

Alla medarbetare är varmt välkomna till Leanfrödagen. Samma program ges både på förmiddagen och på eftermiddagen.

Tid: 5 november klockan 09:30-12:00 (FM) eller klockan 13:00-15:30 (EM)
Plats: Hörsalen, Östersunds sjukhus, ingång 6
Moderator: Förmiddag – Gun Råberg Kjellerstrand, kommunikationschef
Eftermiddag – Roger Olsson, MLA Ortopeden

PROGRAM

FM	EM	PRESENTATIONER
09:30	13:00	Inledning av Björn Eriksson, regiondirektör.
09:40	13:10	Fyra besök har blivit ett – bättre flöde för kolorektalcancerpatienter. Emma Backman, sjuksköterska endoskopienheten och Sara Hagström, sjuksköterska avd 213 kirurgen.
10:00	13:30	Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Elin Wassdahl Nilsson, projektledare.
10:10	13:40	Triaget i Funäs – inga köer. Maria Carlund, verksamhetschef hälsocentralen i Funäsdalen.
10:20	13:50	Teamarbete på akuten. Ingela Gillberg, enhetschef akutmottagningen.
10:30	14:00	Bra kommunikation med patienterna via 1177 Vårdguidens e-tjänster (tidigare Mina vårdkontakter). Pernilla Johansson, enhetschef neurologmottagningen.
10:40	14:10	Löneöversynsprocessen – förbättrat flöde. Jessica Eriksson, personalstrateg.
10:50	14:20	Bensträckare och mingel.
11:05	14:35	Eksemskola – snabbare vård och minskade besvär. Anna Bernholm, allergisjuksköterska på barnmottagningen.
11:15	14:45	Kreativa teamet – Smidig kommunikation via videolänk för patienter och dietister. Bo Karlsson, IT-strateg.
11:25	14:55	"Stark för kirurgi – stark för livet" Levnadsvanor – minskad sjuklighet och minskade komplikationsrisker. Roger Olsson, MLA ortopeden.
11:35	15:05	Vilka interna utbildningar och informationskällor har vi kring lean? Marie Andersson, leansamordnare.
11:45	15:15	Sammanfattning och avslutning.
12:00	15:30	Slut.

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

2015-08-03

LS/1399/2014

Landstingsstyrelsen

Skrivelse från Länets handikappråd och Landstingets pensionärsråd om införande av Tillgänglighetsdatabasen

I samband med landstingsfullmäktiges sammanträde den 11 februari 2014 bjöds fullmäktiges ledamöter på ett föredrag av företrädare för Tillgänglighetsdatabasen – TD, en databas som erbjuder information till invånare och besökare om tillgänglighet i vardagen. Idag vill många människor delta i samhällets utbud men alla har inte samma förutsättningar att göra det. Målet med Tillgänglighetsdatabasen är att varje verksamhet inom en kommun eller region beskrivs så väl att man som besökare själv kan värdera möjligheten till delaktighet i kommunernas och regionens verksamheter. Jämtland Härjedalen Turism arbetar redan idag med Tillgänglighetsdatabasen som verktyg.

Att införa Tillgänglighetsdatabasen är en satsning där även länets kommuner kan delta och innebär en årlig kostnad på 40 000 kronor som kan delas mellan de olika medfinansierarna. Enligt det avtal som då tecknas kan regionen/kommunerna inventera de verksamheter som önskas. Möjlighet finns också att på ett enkelt sätt få tillgång till data för att mäta tillgänglighet vilket skulle ge både politiken och vården tillgång till en ökad insyn i den egna verksamheten.

Länets handikappråd och landstingets pensionärsråd vill med denna skrivelse föreslå att Region Jämtland Härjedalen verkar för ett införande av Tillgänglighetsdatabasen i regionen och att detta sker i samråd med regionens kommuner.

Länets handikappråd
Landstingets pensionärsråd

Hälso- och sjukvårdsstaben
Sofia Kling
Tfn: 063-147622
E-post: sofia.kling@regionjh.se

2015-11-05

RS/1308/2015

Utredning gällande Skrivelse från Länets handikappråd och Landstingets pensionärsråd om införande av Tillgänglighetsdatabasen

Bakgrund

Länets handikappråd har tillsammans med tidigare Landstingets pensionärsråd i en skrivelse föreslagit att Region Jämtland Härjedalen ska ansluta sig till Tillgänglighetsdatabasen (www.t-d.se). Tillgänglighetsdatabasen (TD) samlar information om hur tillgängliga olika platser är. Målet med TD är att olika verksamheter beskrivs så väl att man som besökare själv kan värdera möjligheten till delaktighet i respektive verksamhet.

TD drivs av Västra Götalandsregionen och samlar just nu 4386 anläggningar spridda över landet (varav drygt 3000 återfinns inom VG-regionen). För att ansluta sig till databasen ingås ett samarbetsavtal med VG-regionen. För närvarande har TD ca 70 avtalsparter. Från Jämtlands län har Jämtland Härjedalen Turism (JHT) valt att ansluta sig.

I dagsläget betalar JHT för en licens som omfattar hela länet. I samtal med Anne Adsten på JHT har det framkommit att JHT förordar att licensen tas över av Region Jämtland Härjedalen, i den händelse att Region Jämtland Härjedalen också ansluter sig.

Kostnader och uppskattad tidsåtgång

En årlig kostnad baserad på invånarantal tas ut. I skrivelsen anges att kostnaden för Region Jämtland Härjedalen skulle bli 40 000 SEK per år. Denna kostnad kan eventuellt delas med andra aktörer i länet, såsom Jämtland Härjedalen Turism. I skrivelsen föreslås också att länets kommuner går in i arbetet och delar på licenskostnaden. Under den tid som förslaget har utretts har kontakt tagits med Östersunds kommun, Krokoms kommun och Åre kommun. Östersunds kommun är inte intresserad av anslutning och i Krokoms kommun verkar kunskap om TD saknas. Från Åre kommun uppger ordföranden för Tillgänglighetsrådet att frågan är intressant men behöver utredas. Länets övriga kommuner har inte kontaktats.

Förutom licenskostnaden är utbildning för inventerare, områdesadministratör och avtalsadministratör obligatorisk. Utbildning sker i Vänersborg och kostar 500 kr/person. Dessutom erbjuds årliga administrations- och inventerarträffar som avtalsparter rekommenderas att delta i. (Marianne Salén, som är enhetschef på TD, berättar att de

håller på att ta fram en webbutbildning. Den förväntas vara klar i början av 2016 och kan vara ett alternativ till att åka till Vänersborg för utbildning.)

Kontakt har tagits med både Åsa Kågeson som är utvecklingsledare för TD och Marianne Salén som är enhetschef. De rekommenderar att inventerare arbetar två och två och att en arbetsledare anställs för att handleda inventerarna. (I VG-regionens fall har en arbetsledare på heltid handlett 15 inventerare.) Inom VG-regionen har man använt sig av långtidsarbetslösa ungdomar, för vilka AF har subventionerat lönen. Ett alternativ till detta kan vara att anställa personer med funktionsnedsättning, som ev. har rätt till lönebidrag, eller att Fastighetsenheten själva sköter inventeringen. Åsa Kågeson uppger att det tar cirka en vecka att inventera två hälsocentraler. Då inkluderar det den tid det tar att lägga in data och bilder i TD.

TD kräver att det förutom inventerare finns en intern organisation för TD, bestående av åtminstone områdesadministratör och avtalsadministratör. Detta bedöms vara ett mindre tidskrävande uppdrag. Dock behöver information i TD regelbundet uppdateras. Det är rimligt att en person har detta ansvar i sin tjänst. Uppskattningsvis omfattar ansvaret cirka 10% av en heltid på årsbasis, möjligen mer tid i inledningsskedet.

För Region Jämtland Härjedalen gäller följande. Länets samtliga hälsocentraler inventerades under sommaren 2015 och resultatet finns samlat hos Fastighetsenheten. Det är ett omfattande arbete som dessvärre bara delvis lever upp till "TD-standard". Delar av arbetet kommer att kunna användas medan annat behöver revideras.¹ Delar av sjukhusets lokaler är också inventerade, främst entréer, men inte på samma grundläggande sätt som hälsocentralerna. Även i dessa fall gäller att data inte uppfyller "TD-standard".

Engångskostnader i inledningsskedet

Utbildning inkl. resa och boende för sex personer (exkl. lön)	20 000 SEK
Lön i 6 mån. för 4 inventerare på heltid (exkl. ev. anställningsstöd ²)	652 080 SEK
Arbetsledning i 6 mån. på 50%	115 839 SEK

Återkommande kostnader

Licens (årlig kostnad som ev. kan delas)	40 000 SEK
Uppdatering av info i TD på 10% (kostnad per månad)	4 290 SEK

¹ TD har färdiga formulär där det exempelvis ska uppges hur bred gångvägen fram till entrén är. TD utvärderar de ifyllda formulären och avgör om inventeringen är godkänd. I en rapport från TD uppges vilka förbättringar av tillgängligheten som behöver göras. I den befintliga inventering av hälsocentraler som genomförts av Fastighetsenheten anges inga exakta mått och det går inte att svara på frågan om hur bred gångvägen är. Istället är frågan ställd enligt följande: "Är gångvägens bredd på allmän plats minst 2 m eller 1,8 m med vändzoner?" där inventeraren markerat "ja", "nej" eller "ej relevant". Utifrån detta exempel kan vi i TD uppge att gångvägen är 2 meter, även om den i verkligheten är bredare. Uppgiften skulle på sikt behöva revideras.

² Lönebidrag täcker max 80% av lönen upp till 16700 kr. Yrkesintroduktionsanställning för ungdom måste omfatta minst sex månaders anställning. Ersättning ges för arbetsgivaravgiften (31,42%) samt för 15-25% av handledartiden (dvs den kostnad som redovisas under Arbetsledning). Skattningen ovan är beräknad på 19 000 kr i bruttolön.

För- och nackdelar med TD

TD:s främsta fördel ur ett användarperspektiv ligger i möjligheten att en stor mängd besöksmål ansluter sig till databasen, vilket skulle skapa en samlad plats för tillgänglighetsinformation oavsett var man befinner sig i landet och vilket det tänkta besöksmålet är. I och med att JHT redan har anslutit sig skulle det naturligtvis innebära en betydande skillnad för boende i Jämtlands län om också Region Jämtland Härjedalen anslöt sig.

En fördel med TD som kommer Region Jämtland Härjedalen som organisation till del är att all data kan hämtas ut i en excelrapport. Denna kan sedan användas som kunskapsunderlag, åtgärdslista för t.ex. enkelt avhjälpna hinder och uppföljning av tillgängligheten inom regionen.

Den främsta nackdelen med TD är att databasen skapar en särlösning för en enskild grupp av besökare. Det bör ifrågasättas om Region Jämtland Härjedalen, som hälso- och sjukvårdsorganisation och del av offentlig förvaltning, aktivt ska inrätta särlösningar för personer med funktionsnedsättning. Särlösningar riskerar att ytterligare förstärka ojämlikheter mellan personer med, respektive utan, funktionsnedsättning. Särlösningar riskerar också att befästa föreställningar om funktionsnedsatta som ”annorlunda”, på ett sätt som kan motverka en långsiktig inkludering i samhället.

En annan nackdel med TD är att det blir ytterligare ett system att hålla ordning på. Under förutsättning att ansvaret för att hålla TD uppdaterad blir tydliggjort och tilldelas procent av tjänst behöver inte detta vara något problem. Det är ändå värt att ta i beaktande.

Alternativa lösningar

Det är viktigt att komma ihåg att TD inte förbättrar tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning. TD skapar kunskap om tillgänglighet, vilket kan vara nog så viktigt för en person med funktionsnedsättning, men TD förbättrar inte själva tillgängligheten. Målet för Region Jämtland Härjedalen bör vara att undanröja alla hinder för tillgänglighet och våra resurser bör därför främst fokuseras mot att uppnå detta mål.

Samtidigt är det självklart rimligt att Region Jämtland Härjedalen tillhandahåller information om hur tillgängliga våra lokaler är. Ett alternativ till TD är att behandla tillgänglighetsinformation som en del av den ordinarie besöksinformationen. Personer med funktionsnedsättning är besökare, varken mer eller mindre. Det finns dessutom andra grupper av besökare som kan dra nytta av tillgänglighetsinformation, men som inte naturligt skulle söka sig till en tjänst som TD. I detta fall är det ingen tvekan om att det som är bra för personer med funktionsnedsättning är bra för hela befolkningen.

Region Jämtland Härjedalen bygger för närvarande en ny webb. Besöksinformation kommer att tillhandahållas via www.1177.se med åtkomst direkt från www.regionjh.se. Ett alternativ till TD är att tillgänglighetsinformation placeras tillsammans med övrig besöksinformation på www.1177.se. Detta bör göras på ett sätt som är lättnavigerat för personer med olika typer av funktionsnedsättningar, såsom synnedsättning och kognitiv funktionsnedsättning.

Region Jämtland Härjedalen erbjuder sedan ett par år tillbaka digitalt stöd för att hitta i sjukhusets lokaler via Vägvisaren, som finns på regionens webb samt fysiskt i sjukhusets entréhall. Att integrera tillgänglighetsinformation i Vägvisaren kan vara ett annat alternativ till TD. Vägvisaren omfattar dock enbart sjukhusets lokaler och det är i skrivande stund oklart hur väl Vägvisaren fungerar för personer med funktionsnedsättning.

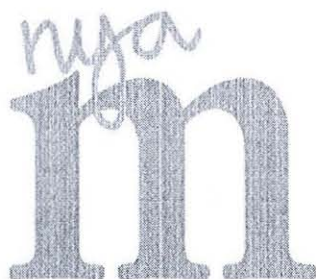
En fördel om Region Jämtland Härjedalen själv skapar strukturer för att tillhandahålla tillgänglighetsinformation är att det möjliggör ett vidare helhetsgrepp på frågan. Ytterligare stöd för hur besökare orienterar sig i sjukhusets lokaler, exempelvis tillgänglighetsanpassade kartor och vägbeskrivningar, skulle då kunna bli aktuella.

Alternativet att skapa en egen struktur för tillhandahållande av tillgänglighetsinformation är inte kostnadsfritt. Dock är bedömningen att det genomförda inventeringsarbetet av länets hälsocentraler inte behöver göras om. Kostnader som tillkommer rör främst arbetstid, dels för att fortsätta inventeringen av sjukhusets lokaler och dels för att skapa förutsättningar för att integrera tillgänglighetsinformation i den ordinarie besöksinformationen. Dessa kostnader antas främst belasta Fastighetsenheten och Kommunikationsstaben.

Förslag

Framför allt i syfte att undvika särlösningar för personer med funktionsnedsättning föreslås att Region Jämtland Härjedalen inte ansluter sig till Tillgänglighetsdatabasen.

Istället bör Kommunikationsstaben och Fastighetsenheten undersöka hur tillgänglighetsdata bäst kan tas tillvara och integreras i Region Jämtland Härjedalens ordinarie besöksinformation, med syftet att långsiktigt tillgodose besökares behov av tillgänglighetsinformation.



2015 -05- 27

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

Datum: 2015-05-27

Till: Regionstyrelsen, 2015-05-27

Initiativärende:

• Uppgradering av personalpolitiska utskottets uppdrag

Bakgrund

En politisk organisation är alltid under förändring och kräver därmed ett visst underhåll gällande reglemente och delegering. Region Jämtland Härjedalens situation med prognosierat underskott på 265 miljoner kronor under 2015 – och personalpolitiska brister är uppgradering extra viktig.

Ärende

Initiativärendet syftar till att ge mer tid för regionstyrelse och regionfullmäktige till att intensifiera arbetet med att styra regionen mot målet om god ekonomiskhushållning– och kompetensförsörjning.

Eftersom regionstyrelsen valt att använda sig av utskott för att bereda ärenden och till viss del också besluta om åtgärder är det önskvärt att det finns styrdokument som anger regionstyrelsens bemyndigande till utskottet.

I uppdraget som vice ordförande i personalpolitiska utskottet ser jag det som min plikt att informera regionstyrelsen när jag ser förbättringsmöjligheter gällande utskottets uppdrag och roll för att påverka medarbetarskapet mot målet–”attraktiv arbetsgivare”. När jag jämför utskottets uppdragsbeskrivning med andra regioner och större kommuners uppdragsplan, finns en markant skillnad gällande antal delegeringar, uppdrag och uppgifter. Jag ser fördelar och vinster med en fördjupad uppdragsplan i arbetet för att stärka regionens personalpolitik. Därför bifogar jag ett förslag/utkast på uppdragsplan för att spara tid.

Östersund den 27 maj 2015

Hans Wessén (M)

Ersättare regionstyrelsen, vice ordförande personalpolitiska utskottet

Förslag för beredning

Uppgiftsområden för regionstyrelsens personalpolitiska utskott i Region Jämtland Härjedalen

Gemensamma bestämmelser för regionstyrelsens utskott

Regionstyrelsens personal- och ägarutskott fullgör uppgifter enligt regionstyrelsens reglemente. Utskotten bereder ärenden till regionstyrelsen. I vissa ärenden beslutar utskotten enligt delegering från regionstyrelsen. Utskotten ska bevaka och ta initiativ i frågor som berör utskottens uppgiftsområden.

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över övriga nämnder och styrelser och vakar över att Region Jämtland Härjedalen fullgör sina åligganden inom olika verksamheter utifrån fullmäktiges beslut samt enligt lag och andra författningar.

Regionstyrelsen utövar även ägarskap för produktion i egen regi, inklusive rollen som vårdgivare. Ansvar innebär att regionstyrelsen har ett samordningsansvar för att verksamheter i egen regi bedrivs ändamålsenligt och effektivt.

Sammansättning och mandattid

Personalutskottet består av 3 ledamöter och 3 ersättare. Mandattiden följer regionstyrelsens. Regionstyrelsen väljer för mandattiden bland utskottets ledamöter en ordförande och en vice ordförande.

Samråd

I utskottens uppdrag ligger att beakta om styrelsens övriga utskott och beredningar eller andra centrala nämnder och styrelser ska behandla ärendet samt att ansvara för att samordning i gemensamma frågor sker.

Plats för sammanträden

Utskottens sammanträdesplats är huvudsakligen Regionens hus, Kyrkgatan 12, Östersund.

Beslutsförmåga

Utskotten får handlägga ärenden bara när mer än hälften av ledamöterna är närvarande.

Närvarorätt vid utskottens sammanträden

Utskottets ersättare samt politiska sekreterare och berörda tjänstemän har rätt att närvara.

Yttranderätt vid utskottens sammanträden

Ersättare har rätt att delta i överläggningarna men inte i besluten samt har rätt att få sin mening antecknad till protokollet.

Uppdragsplan

Personalpolitiska utskottets arbetsgivaruppdrag 2015

Ägarstyrning och helhetssyn

Under regionstyrelsen svarar personalpolitiska utskottet för följande övergripande regiongemensamma personalfrågor:

- övergripande och strategiskt ansvar för kompetensförsörjnings- och utbildningsfrågor inom regionens verksamhetsområden
- långsiktiga regionövergripande arbetsgivarfrågor – inriktning på regionens personalpolitik, inklusive arbetsmiljö- och lönepolitik
- strategier för att möta framtida omställningsbehov vad gäller kompetens och bemanning
- framtida utvecklingsfrågor inom utskottets uppgiftsområde

Personalpolitiska utskottet är regionens personalorgan och har ansvar för övergripande arbetsgivarfrågor för verksamheter i egen regi.

Vid planeringen av kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården och tandvården ska utskottet beakta den samlade sektorns behov, oavsett om verksamheten bedrivs i egen eller annan regi. Utskottet ska samverka med hälso- och sjukvårdsstyrelsen om den regionfinansierade hälso- och sjukvårdens behov inom området.

Utskottet ska med ett framtidsperspektiv, bevaka och initiera utvecklingsfrågor inom sitt kompetensområde samt följa utvecklingen för att vid behov föreslå att regionstyrelsen vidtar åtgärder.

Utskottet kan från regionens övriga styrelser, nämnder och utskott begära de yttranden och upplysningar som fordras för att fullgöra sina uppgifter.

Utskottet har både beredande och beslutande uppgifter samt företräder regionen i förekommande fall gentemot andra huvudmän.

Utskottet bereder:

- a. långsiktiga personalpolitiska utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier
- b. ärenden om långsiktig övergripande kompetensförsörjning för den egna verksamheten
- c. ärenden om långsiktig kompetensförsörjning för den regionfinansierade hälso- och sjukvården
- d. investeringar som påverkar kompetensförsörjningen (ägarutskottet ansvarar för den samlade investeringsberedningen)
- e. motioner som remitterats till utskottet, samt eventuell remissammanställning och förslag till beslut

Utskottet beslutar i ärenden om

- f. tillämpning av personalpolitiken utifrån av fullmäktige fattade beslut
- g. lönepolitiska prioriteringar (fördelning av löneutrymme)
- h. regiongemensam planering av kompetensförsörjningsinsatser
- i. planering och finansiering av riktade kompetensförsörjningsinsatser
- j. strategier och anvisningar för företagshälsovård och arbetsmiljöarbetet
- k. användning av det personalpolitiska anslaget
- l. regiongemensam uppföljning, analys och utvärdering samt utfärdar anvisningar inom uppgiftsområdet
- m. teckna kollektivavtal
- n. stridsåtgärder

Utskottets beslutanderätt utövas enligt regionstyrelsens delegeringsordning.

Utskottet initierar ärenden om

- o. utvecklingsfrågor inom utskottets uppgiftsområde

Utskottet företräder regionen i arbetsgivarfrågor

- p. gentemot Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), andra regioner, landsting och kommuner samt statliga myndigheter i frågor inom uppgiftsområdet
- q. vid samverkan med internationella, nationella och regionala organisationer och myndigheter inom uppgiftsområdet

Uppföljning och utvärdering

För att personalpolitiska utskottet ska få en närmare beskrivning över hur man arbetar med arbetsgivaruppdraget inom de olika områdena och ta del av erfarenheter och lärdomar genomför uppdragsdialoger med centrumcheferna.

Uppdragsdialogen sker genom att personalpolitiska utskottet bjuder in respektive centrumchef till ordinarie sammanträde. Det förutsätter att arbetsgivaruppdraget har nått ut till områdescheferna och rapporterats tillbaka till centrumchefen inför uppdragsdialogen.

Uppföljningen av områdenas arbete med personalpolitiska utskottets arbetsgivaruppdrag redovisas dessutom som en skriftlig del i Regionens årsredovisning.

Aterrapportering

Personalpolitiska utskottet ska kontinuerligt informera regionstyrelsen om arbetsgivaruppdragets status i organisationen.

Initiativärende från Susanné Wallner (M) om översyn av områden som i Region Jämtland Härjedalen har koppling till innovation och forskning:

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -04- 30

Ärendebeskrivning:

Dnr. RS 868/20.15

Mot bakgrund av att vi inom organisationen både deltar och arbetar i olika konstruktioner med forskning och innovation, ser vi tydligt att dessa områden lyfts och samordnas för att öka mervärdet för Regionen.

Vi tror att en samverkan och samlokalisering skulle gynna och skapa mervärden både genom korsbefruktnings och uppväxling av medlen. Samtidigt tror vi att synergieffekter mellan olika branscher skulle kunna skapa nya produkter och tjänster vilket skulle gynna regionen på ett intressant men också långsiktigt hållbart sätt.

Vi föreslår därför att en snabbutredning tillsätts för att se över området och främst då med inriktning på följande organisatoriska områden.

MSSP

Jegrelius

FOUU

It

Näringslivsenheten

Eventuella övriga organisatoriska områden som kan ingå/utgå.

Utredningen bör innefatta förslag på nytt innovativt grepp för organisation av områden för forskning, innovation.

Susanné Wallner

Ledamot Regionsstyrelsen Jämtland/Härjedalen

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

2015-11-18

Dnr RS/724/2015

Lekmannarevisorerna i Norrtåg AB

Svar på lekmannarevisorernas i Norrtåg AB skrivelse av den 13 mars 2015

Region Jämtland Härjedalen får med anledning av er skrivelse lämna följande svar.

Region Jämtland Härjedalen är sedan våren 2015 ägare till 25 procent av aktierna i Norrtåg AB. För Jämtlands del är således ägare och finansiär nu samma person. I region Jämtland Härjedalen är det den regionala utvecklingsnämnden som förvaltar ägandet i bolaget.

Region Jämtland Härjedalen har förståelse för era bedömningar, men vill ändå hävda att den styrning som förekommit varit bra utifrån de omständigheter som förelegat med bland annat uppstart av verksamhet på ny bana och de problem som har uppkommit i samband med det. Det är fyra landsting som har samarbetat om den del av kollektivtrafikuppdraget som avser trafik med tåg. Varje landsting har sin lösning för organiserande av kollektivtrafiken vilket också måste respekteras.

Med hänsyn till att verksamheten nu har etablerats torde de flesta problem som var relaterad uppstarten vara lösta. Behovet av nära kontakter mellan bolaget och finansiärer borde därför numera inte vara så stort att olika ägarstrukturer av bolaget skulle vara något problem.

Styrningen av bolaget är en fråga som regelbundet tas upp Region Jämtland Härjedalen och i samråd med övriga ägare.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsen ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

2015-03-13

Till Region Jämtland Härjedalen
 Länstrafiken i Jämtlands län
 Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten
 i Västernorrlands län
 Regionförbundet i Västerbottens län
 Länstrafiken i Västerbottens län
 Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten
 Landstinget Västernorrland
 Västerbottens läns landsting
 Norrbottens läns landsting

Ägarstyrning – Norrtåg AB

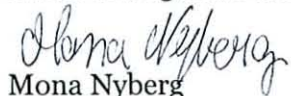
Vi, lekmannarevisorer i Norrtåg AB, har i tidigare skrivelse per 2013-03-24 uppmärksammat på problematiken med nuvarande förhållande med fyra ägare och fyra finansiärer. Bolaget, främst tjänstemännen, har på grund av den otydliga ägarstyrningen fått ägna mycket tid åt kontakter med ägare och finansiärer.

I vår granskning av Norrtåg AB för år 2014 noterar vi att ovan nämnda problematik ännu inte klarats ut. Vi noterar vidare att beslut om reviderad bolagsordning och konsortialavtal inte kunnat fullföljas på grund av bristande samordning mellan ägare och finansiären gentemot bolaget. De styrdokument som fastställdes av bolagsstämman i juni år 2012 är därför fortsatt gällande.

Vår bedömning är att nuvarande situation med fyra ägare och därtill fyra finansiärer inte är ändamålsenlig som den hanteras nu. Vi bedömer även att handläggningen av styrdokumenterna inte är ändamålsenlig och att detta skapar otydlighet i styrningen.

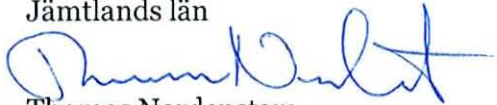
Vi rekommenderar att bolagets ägare och finansiärer tillsammans säkerställer ett arbetssätt som borgar för en tydlighet i styrningen från ägarna och en god intern kontroll i samband med revidering av styrande dokument såsom bolagsordning och ägardirektiv för bolaget samt konsortialavtal mellan ägare och finansiärer.

Umeå den 13 mars 2015



Mona Nyberg

Utsedd av Regionförbundet i
Jämtlands län



Thomas Nordenstam

Utsedd av Regionförbundet
i Västerbottens län



Åke Söderberg
utsedd av Landstinget
Västernorrland



Anders Åknert
utsedd av Norrbottens läns
landsting

Bilaga:

Rapport av Basgranskning för år 2014

Lekmannarevisorernas Granskningsrapport för år 2014

Till

Region Jämtland Härjedalen

Östersund 2015-11-02

Regionstyrelsen

Box 654

831 27 Östersund

Ansökan om driftsbidrag till Jämtlands läns brukarråd (JLB).

Vi har i april 2015 ansökt om tillfälliga driftsbidrag hos Region Jämtland Härjedalen, Regional utveckling, på 60 000 kronor för tiden maj – oktober 2015. Ärendet har först handlagts av Kulturavdelning som ett föreningsbidrag varvid vi fick avslag på ansökan. Därefter upptogs ärendet på nytt inom ”social samordning” men något beslut har inte kunnat ges och vår ansökan ska nu därför gå till Regionstyrelsen och beredas av Centrumchefen Håkan Gadd. Detta har vi fått muntligt besked om underhand av Lena Hallqvist.

Upplysningsvis kan nämnas att vi hösten 2014 beviljades ett tillfälligt driftsstöd av dåvarande Regionförbundet i Jämtlands län med samma belopp.

Anledningen till att vi inom JLB har sökt tillfälliga driftsbidrag är avsaknaden av en fastställd och överenskommen struktur och finansiering avseende brukarmedverkan/brukarinflytande på regional och lokal nivå. Detta gäller för vår del inom området riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och andra droger samt även inom området psykisk hälsa/ohälsa inklusive neuropsykiatriska sjukdomar.

JLB är en paraplyorganisation för de olika brukarföreningar som har verksamhet inom Jämtlands län. Eftersom vi är samordnade och företräder brukare inom ett brett område så har vi ingått och ingår i fler olika typer av projekt. Kunskap till praktik, PRIO-satsningen, utredningen om integrerad verksamhet för att nämna några. Vår medverkan är tyvärr inte samordnad på myndighetssidan och vi förväntar oss en klagande dialog avseende brukarmedverkan i allmänhet så att vi bättre kan planera vår verksamhet.

I de båda projekten (överenskommelserna) Kunskap till praktik och PRIO-satsningen så var/är utveckling av brukarmedverkan på alla nivåer ett prioriterat område och en förutsättning för en förbättrad kvalitet inom missbruksvården och psykiatri. Vår medverkan har också lovordats och vi upplever ett positivt bemötande från olika håll. Det är vår och våra medlemmars ambition att fortsätta medverka till ett givande samarbete för en förbättring av vård och omsorg för den enskilde brukaren/patientens bästa.

När JLB bildades 2011/2012 så deltog vi utan kostnad för vår del i utbildningar, workshops, arbetsgrupper med mera inom ramen för Kunskap till praktik. När projektet började fasas ut fick vi statligt stöd med 50 000 kronor för år 2013 respektive 25 000 kronor för år 2014. Detta skulle medverka till att JLB skulle finnas kvar och tanken var att finansieringen succesivt skulle övergå från staten till regional/lokal nivå. Någon sådan övergång av finansieringen har inte kommit till stånd, vilket vi regelbundet påpekat.

JLB saknar nu helt finansiering och det är utomordentligt svårt att aktivt driva föreningens verksamhet vidare. Här bör också nämnas att trots att vi aktivt deltar i PRIO-satsningen på olika sätt

så får varken JLB som förening eller de personer som företräder oss i det arbetet något ekonomiskt ersättning för detta.

Vi som sitter i JLB:s styrelse lägger ned ett stort ideellt arbete för att föreningen ska kunna fungera och utvecklas. Vi vill framhålla att det är svårt då vi fortfarande sköter detta från middagsborden hemifrån och samordningen av vår verksamhet blir därför lidande. Långsiktigt går det inte att utvecklas till en kompetent samarbetsorganisation med de förutsättningarna.

Den finansiering som erfordras består av två olika delar. 1. Ett grundbidrag för att JLB som förening ska kunna administreras och samordnas samt för utbildning och kompetensutveckling av personer som operativt ska delta i olika typer av brukarmedverkan. 2. En arvodering av våra företrädare när de ingår i olika lednings-/arbetsgrupper eller dylikt på regional och lokal nivå. Här borde regionen och kommunerna kunna utge arvoden enligt de riktlinjer som gäller för fritidspolitiker inom respektive myndighet/organisation. Det vill säga ett arvode + eventuell förlorad arbetsinkomst + resekostnad om avståndet överstiger visst avstånd.

I denna vår ansökan så är det ett grundbidrag till förening vi ansöker om. Arvodesfrågan för vi aktualisera på annat sätt eftersom det berör regionen, kommunerna och i vissa fall även andra myndigheter, till exempel AF, FK.

Eftersom vår ansökan ska upp till Regionstyrelsen för beslut så tycker vi att det är rimligt att vi ger en preliminär uträkning över vår syn på storleken av ett grundbidrag i syfte att skapa långsiktiga förutsättningar för brukarmedverkan inom Jämtlands län.

Preliminär kalkyl:

Löner och sociala kostnader för en administratör/koordinator, ½ -tids tjänst.	240 000 kr
Hyra av lokal,(kan eventuellt delas med Hjärnkoll Jämtland).	20 000 kr
Utbildning, konferenser inkl. resor ev. övernattning, mm.	40 000 kr
Övriga omkostnader (data, kontorsmaterial, telefon mm).	20 000 kr

SUMMA.	320 000 kr

Ovanstående kalkyl får anses som en försiktig uppskattning med tanke på att kostnaden för en nödvändig anställning på 20 tim./vecka är den helt övervägande delen av totalbeloppet.

Vi kommer givetvis i övrigt att, som förtroendevalda i styrelsen med mera, även i fortsättningen driva föreningen på ideell basis. Nuvarande förhållande med enbart ideellt arbete och att kostnader för telefon, data, vissa bil- och resekostnader betalas av den enskilde, är igen lösning varken på kort eller lång sikt.

Vi vill därför att Regionstyrelsen fattar ett principiellt beslut om hur den ser på ett framtida grundbidrag av den här typen till JLB, i syfte att medverka till att det bevara en stark sammanhållande brukarorganisation inom Jämtlands län.

Vi förstår att det behövs ytterligare beslutsunderlag innan vi har nått ända fram till en sådan överenskommelse.

För att i dialog med alla berörda komma fram till en godtagbar lösning på hela finansieringsfrågan så ansöker vi återigen om ett tillfälligt driftsbidrag på 60 000 kronor. Bidraget kommer att användas för att vi ska ha möjlighet att medverka i olika sammanhang regionalt/lokalt. Även till viss fortbildning och för att täcka vissa kostnader så att vi enskilt inte behöver drabbas ekonomiskt för att driva JLB:

Vi hoppas på ett positivt svar från Regionstyrelsen med anledning av denna skrivelse från oss.

Med vänlig hälsning

Styrelsen för Jämtlands läns brukarråd

gm/

Roland Sundström

Ordförande

PS. Ansökan skickas digitalt till kanslichef Mikael Ferm i dag för vidarebefordran till i först hand Håkan Gadd. Jag bifogar i mailet vår första ansökan till Region Jämtland Härjedalen från 2015-04-21. I övrigt hänvisar vi till ytterligare uppgifter som vi lämnat då och som återfinns under diarienummer: RUN/829/2015. Uppgifter kan också sökas på vår hemsida: www.jlbz.se På det sättet behöver vi inte tynga den här skrivelsen med allt för mycket text. Ett underskrivet original av denna skrivelse postas i morgon till Regionstyrelsen, att. Mikael Ferm. DS

Telefon Roland Sundström: 070-254 96 81

E-postadress: roland.sundstrom@bahnhof.se

Postadress: Vetevägen 23, 831 74 Östersund

Granskning av ytterfall NUS 2014

Karin Strandberg Nöjd

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

Innehållsförteckning

1	Uppdrag	3
2	Bakgrund	3
3	Metod	4
4	Resultat	5
4.1	Iakttagelser per specialitet	6
4.1.1	ÖNH	6
4.1.2	Kardiologi	7
4.1.3	Kirurgi	7
4.1.4	Urologi	7
4.1.5	Barn	8
4.1.6	KK	8
4.1.7	Ortopedi	8
4.1.8	Ögon	8
4.1.9	Hematologi	9
4.1.10	Neurologi	9
4.1.11	Infektion	9
4.1.12	Lungmedicin	10
4.1.13	Hud	10
4.1.14	RHR	10
5	Slutsatser	11
6	Rekommendationer	11

Granskning av ytterfall NUS 2014

1 Uppdrag

Uppdraget har varit att genomföra en kvalitativ granskning och analys av bakomliggande orsaker till den ökning av ytterfall som föreligger år 2014 från Region Jämtland Härjedalen (då Jämtlans läns landsting, JLL) till Norrlands universitetssjukhus (NUS) samt att granska hur kommunikationen varit mellan remitterande läkare och NUS utifrån vad som regleras i regionavtalet och därmed möjlighet för verksamheten att göra mer träffsäkra ekonomiska prognoser.

2 Bakgrund

Inom ramen för Norrlandstingens regionförbund regleras avtal om regionsjukvård inkluderande avtal om remittering till och beställning av regional hälso- och sjukvård och avtal med NUS om ersättning och villkor för vård och övriga tjänster. Ersättningsmodellen har NordDRG CC som bas. För varje NordDRG CC finns en gräns uttryckt i vårddagar respektive kostnad.

Ytterfall definieras som vårdtillfällen med vårdtider som är >ytterfallsgräns och/eller > kostnadsgräns vilket innebär att vårdtillfället debiteras enligt faktiska kostnader enligt KPP (kostnad per patient).

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

NUS DRGvård	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ökn 2013- 2014	Ökn 5 år (2009- 2014)
Vårdtillfällen	1 147	1 199	1 306	1 221	1 286	1 302	1%	14%
Vård dagar	4 878	4 879	5 314	4 898	5 024	5 146	2%	5%
DRGvikt totalt	2 240	2 137	2 312	2 337	2 438	2 564	5%	14%
DRGvikt/vårdtillfälle	1,95	1,78	1,77	1,91	1,90	1,97	4%	1%
Summa DRGdebiterat (tkr)	89 492	86 779	95 035	99 164	104 494	113 240	8%	27%
Summa Ytterfallsdebiterat	15 943	21 180	28 593	30 915	27 792	40 482	46%	154%
Ytterfall andel av DRGvård	15%	20%	23%	24%	21%	26%		
Yfallens antal vårdtillfällen	51	73	100	98	95	121	27%	137%
Y-fallens Summa vård dagar	1057	1437	2079	1940	1796	2293	28%	117%
Kronor per vårdtillfälle yfall	313	290	286	315	293	335	14%	7%

Uppgifter är tagna från JLL:s Riks- och regionvård årsrapport 2014.

Antal ytterfall i form av vårdtillfällen har år 2014 ökat med 27 % jämfört med tidigare år. Ytterfallens antal vård dagar har ökat med 28 %. Kostnaden för ytterfall uppgår till 40,3 mkr och motsvarar en kostnadsökning 2014 med 46 % jämfört med 2013.

I JLL:s årsrapport anges "en försiktig tolkning av detta säger att den DRG-vård landstinget köper från NUS ökat något i volym, men inte i svårighetsgrad sett som DRGvikt, men andelen ytterfall tyder på längre vårdtider eller mer åtgärder(kostnad) vilket tyder på svårare sjuka patienter".

Ytterfallen återfinns inom de flesta medicinska specialiteter. De största kostnaderna ses inom de tre specialiteterna onkologi (14 mkr varav hematologi 11 mkr,) kardiologi (6 mkr) och barn (6 mkr).

3 Metod

I denna granskning är 121 vårdtillfällen definierade som ytterfall inom slutn somatisk vård vid NUS år 2014.

Granskningen har omfattat journalgranskning och intervjuer med verksamhetschefer och läkare med medicinska ledningsuppdrag för respektive specialitet/subspecialitet vid Östersunds sjukhus.

Samtliga vårdtillfällen har analyserats genom journalgranskning av journal i VAS/Cosmic och av inskannade journalkopior (huvudsakligen slutanteckningar) från NUS. Granskningen har omfattat medicinsk bedömning av orsak till remittering för högspecialiserad regionvård, vårdförlopp vid NUS särskilt avseende förekomst av komplikationer, vårdskador eller andra omständigheter som bidragit till längre

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

vårdtid eller högre kostnad. För samtliga vårdtillfällen har det gjorts en genomgång av diagnoskodning enligt DRG CC, huvuddiagnos, kostnad i förhållande till kostnadsytterfallsgräns, vårdtid i förhållande till vårdtidsytterfallsgräns, om det varit akut eller planerat vårdtillfälle, remitterande läkare och klinik vid Östersunds sjukhus samt mottagande klinik vid NUS.

Specialistvårdsremisser har granskats om det har funnits särskild information eller restriktioner avseende omfattning av medicinska åtgärder i de fall de har funnits inskannade i journalen.

Diagnossättning och åtgärdsklassificering har inte varit föremål för fördjupad granskning.

En översiktlig jämförelse har gjorts med ytterfallen 2013 (95 ytterfall) utifrån uppgifter om antal, huvuddiagnos, remitterande klinik vid Östersunds sjukhus och mottagande klinik vid NUS.

Vid intervjuerna har de enskilda vårdtillfällena gått igenom avseende vårdförlopp.

Därutöver har intervjuerna utifrån regionavtalet fokuserat på följande frågeställningar:

- Har specialistvårdremisserna innehållit särskilda anvisningar för återkoppling till remitterande?
- Har det funnits patientansvarig läkare på NUS som skött kontakterna med remitterande?
- Hur har kontakten med NUS fungerat – har de meddelat om komplikationer har tillstött och samrått om fortsatt handläggning av patient?
- När komplikationer har tillstött har det varit någon diskussion om vårdskada eller allvarlig förelegat inklusive eventuell lex Maria-anmälan?

4 Resultat

121 vårdtillfällen vid NUS under 2014 har granskats.

Specialistvårdremisser gäller ett år från den dag då den utfärdas om inte annat anges och gäller som betalningsförbindelse. Specialistvårdremisserna finns inskannade i journalen i begränsad omfattning och har därför inte särskilt granskats. Vid intervjuerna anges att det sällan förekommer särskilda anvisningar eller begränsningar i specialistvårdremisserna. Dock diskuteras behov av det utifrån iakttagelser att vissa undersökningar upprepas vid NUS vilket leder till såväl längre vårdtillfällen som ökade kostnader. Inom flera specialiteter har man börjat

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

tidsbegränsa specialistvårdremisserna till tre månader för att få till stånd en diskussion om fortsatt vård och behandling för den enskilda patienten.

Det framkommer överlag ett stort förtroende för den medicinska handläggningen vid NUS. Det vidtas de åtgärder/behandling som specialistremissen avser och kontakt tas om det bör göras något som väsentligen avviker. I de flesta fall föregås specialistvårdremissen av personlig kontakt mellan remitterande läkare och läkare vid mottagande klinik vid NUS. Numera sker planering av vården för den enskilda patienten även vid multidisciplinära videokonferensronder.

Remitterande vid Östersunds sjukhus anger med några få undantag att man inte uppfattar att det utses patientansvarig läkare vid NUS för vårdtillfället som svarar för kontakterna med remitterande läkare.

Enligt avtalet ska kontakt tas från NUS med inremitterande under pågående vårdtillfälle vid komplikationer som medför ökat vårdbehov eller ökad kostnad mot förväntat men detta sker i mycket begränsad omfattning enligt vad som framkommer vid journalgranskning och intervjuer. Följaktligen så har det i mycket begränsad omfattning varit någon diskussion om eventuell förekomst av vårdskada eller allvarlig vårdskada.

Vid intervjuerna har det också framkommit iakttagelser och reflektioner kring regionvården på NUS generellt och arbetet i chefssamråden.

4.1 Iakttagelser per specialitet

4.1.1 ÖNH

2014: 4 vårdtillfällen, kostnad 1,1 mkr

2013: 5 vårdtillfällen

I ett fall lång vårdtid vid komplikation som hade kunnat skötas vid Östersunds sjukhus och där finns det inte någon dokumentation av att samråd kring vårdplanering ägde rum. I övriga fall bedöms det inte föreligga något anmärkningsvärt avseende vårdförlopp och förekomst av tillstötande komplikationer under vårdtillfällena.

Vid intervjutillfället i juni 2015 beskrivs att tidigare mycket välfungerande kommunikation med NUS har försämrats pga att ÖNH-kliniken vid NUS bemannas huvudsakligen med stafettläkare och att diskussion förs om patienter direkt ska remitteras till annat universitetssjukhus.

Tidsbegränsade specialistvårdremisser (max tre månader) har införts.

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

4.1.2 Kardiologi

2014: 22 vårdtillfällen, kostnad 6 mkr

2013: 13 vårdtillfällen

Antalet vårdtillfällen har ökat. De har delvis en annan diagnosprofil jämfört med föregående år men det bedöms vara utslag av en förväntad variation över tid. Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Samarbetet beskrivs som välfungerande med god återkoppling i enskilda fall särskilt efter att veckovisa videokonferenser införts våren 2015.

4.1.3 Kirurgi

2014: 16 vårdtillfällen, 3,3 mkr

2013: 20 vårdtillfällen

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Mycket begränsad återkoppling under pågående vårdtillfälle för samråd av vårdplanering eller när komplikationer uppstått på NUS. Som ett problemområde lyfts bristande kommunikation inför utskrivning och inte sällan avsaknad av relevant journaldokumentation när patient skrivs ut och kommer till Östersunds sjukhus för fortsatt vård, gäller framför allt neurokirurgiska patienter.

4.1.4 Urologi

2014: 9 vårdtillfällen, kostnad 4 mkr

2013: 2 vårdtillfällen

Antalet vårdtillfällen har ökat. Ökningen av remitterade urologpatienter tolkas som en naturlig förväntad variation av sjukdomsförekomst. I sex ytterfallsvårdtillfällen, gällande tre patienter, föreligger omfattande komplikationer efter cystectomier pga blåscancer. På verksamhetschef/MLU-nivå har en diskussion förts om rimlig komplikationsfrekvens och om samtliga fall eller något av fallen borde varit föremål för vidare vårdskadeutredning men inget ställningstagande till detta har skett från NUS sida.

Ingen återkoppling till remitterande under pågående vårdtillfälle har skett för samråd av vårdplanering när komplikationer uppstått på NUS.

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

4.1.5 Barn

2014:16 vårdtillfällen, kostnad 6 mkr

2013:12 vårdtillfällen

Antalet vårdtillfällen har ökat men bedöms ligga inom ramen för förväntad variation över tid avseende sjukdomsförekomst. Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Det föreligger ett välfungerande samarbete med NUS och det sker en fortlöpande avstämning kring enskilda fall.

4.1.6 KK

2014: 6 vårdtillfällen, kostnad 1,5 mkr

2013: 7 vårdtillfällen

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Det föreligger ett välfungerande samarbete med NUS och det sker en fortlöpande avstämning kring enskilda fall.

4.1.7 Ortopedi

2014: 8 vårdtillfällen, kostnad 1,8 mkr

2013: 6 vårdtillfällen

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Det föreligger ett välfungerande samarbete med NUS.

4.1.8 Ögon

2014: 3 vårdtillfällen, kostnad 0,2 mkr

2013: 0 vårdtillfällen

Under 2014 var det tre fall av mycket ovanlig komplikation efter ögonoperationer som orsak till vårdtillfällen. Vårdförloppen vid NUS bedöms vara de förväntade.

Från verksamheten efterlyses ett förbättrat samarbete med NUS

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

4.1.9 Hematologi

2014: 20 vårdtillfällen, kostnad 11 mkr

2013: 6 vårdtillfällen

Antalet vårdtillfällen har ökat. De har delvis en annan diagnosprofil jämfört med föregående år. Antalet fall med akut myeloisk leukemi har ökat, det är oklart varför men sannolikt utslag av en slumpmässig variation. Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Det föreligger ett välfungerande samarbete med NUS.

4.1.10 Neurologi

2014: 7 vårdtillfällen, kostnad 2,3 mkr

2013: 20 vårdtillfällen

Antalet fall har minskat jämför med föregående år. Vid genomgång bedöms vårdförloppen huvudsakligen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker. Det bör noteras att det förekommer fall i granskningsmaterialet där samma utredning avseende laboratediagnostik och bilddiagnostik görs om när patient kommer till NUS. När det gäller t. ex olika typer av laboratorieanalyser så sker de vid samma laboratorier. och omtag av prover bedöms av remitterande inte vara nödvändigt för vidare handläggning vid regionklinik och leder till såväl fler vård dagar som ökad kostnad. I något fall noteras lång vårdtid som delvis kan kopplas till suboptimal vårdplanering vid NUS.

Det sker inte regelmässigt fortlöpande samråd om enskilda patients behandling under vårdtiden vid NUS men det framförs som ett önskemål.

Antalet fall med hjärntumörer ökar till följd av en större andel äldre och en diskussion om kostnad för strålbehandling efterlyses.

4.1.11 Infektion

2014: 2 vårdtillfällen, kostnad 0,4 mkr

2013: 0 vårdfällen

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

4.1.12 Lungmedicin

2014: 4 vårdtillfällen, kostnad 1 mkr

2013: 0 vårdtillfällen

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

4.1.13 Hud

2014: 1 vårdtillfälle, 0,2 mkr

2013: 1 vårdtillfälle

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

4.1.14 RHR

2014: 2 vårdtillfällen, 0,5 mkr

2013: 1 vårdtillfälle

Vid genomgång bedöms vårdförloppen vara de förväntade och frekvensen av komplikationer under vårdtiden på NUS ligger på en nivå som inte avviker i jämförelse med andra universitetskliniker.

År 2013 finns därutöver 3 vårdfällen inom medicin (gastroenterologi och endokrinologi). Under 2014 inte finns några ytterfall inom dessa subspecialiteter..

Vårdtillfällena vid NUS har endast kunnat bedömas utifrån den information som förelegat i epikrisen och diagnossättning. Granskning av diagnossättning och DRG-kodning samt detaljstudier av faktureringsunderlag från NUS har inte gjorts.

Det kan konstateras att i ett antal fall i det granskade underlaget så har enskilda patienter ett eller flera ytterfallsvårdtillfällen men att dessa patienter därutöver också kan ha ett antal vårdtillfällen som är registrerade som DRG-vårdtillfällen samt öppenvårdsbesök såväl under aktuellt år som över längre tid.

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

5 Slutsatser

Ökningen av ytterfall år 2014 återfinns inom specialiteterna kardiologi, hematologi, urologi och barn. Samtidigt ses en minskning av ytterfall inom neurologi.

I samtliga granskade ytterfall har medicinsk bedömning avseende behov av regionsjukvård varit adekvat. Omfattning och kvalitet av de medicinska åtgärderna vid NUS är de förväntade utifrån dagens kunskapsläge. Vårdtidens längd med några undantag bedöms som rimlig och förekomst av komplikationer bedöms generellt inte avvika från andra universitetskliniker. Ökningen av ytterfall 2014 inom specialiteterna kardiologi, hematologi, urologi och barn bedöms mest sannolikt vara uttryck för en förväntad slumpmässig variation av sjukdomsförekomst.

Genomförd granskning med den utformning den har haft har inte kunnat påvisa några systematiska avvikelser som förklaring till ökad andel och kostnad för ytterfall vid NUS 2014. Dock har i enskilda fall inom vissa specialiteter framkommit omständigheter som kan vara kostnadsdrivande med vårdtillfällen med väl långa vårdtider till följd av suboptimal vårdplanering och mer regelmässig avsaknad av samarbete om patientens vård under pågående vårdtillfällen vid NUS. Det förekommer vidare att det sker omtag av prover eller bilddiagnostik där det redan vid remittering finns ett fullödigt underlag.

Granskningen har visat att det finns avvikelser från regionavtalet. Det uppfattas att det i mycket begränsad omfattning utses patientansvarig läkare för vårdtillfället som svarar för kontakterna med remitterande läkare och att det sällan tas kontakt från NUS med inremitterande vid komplikationer som medför ökat vårdbehov eller ökad kostnad mot förväntat.

6 Rekommendationer

Vid intervjuerna framkommer att det är stora skillnader mellan specialiteter/verksamhetsområden hur regionens uppföljningen av ytterfall sker. För att kunna följa faktiskt utfall och eventuella förändringar över tid bör det inom regionen tas fram standardiserade former för och tillämpning av systematisk uppföljning.

Med bakgrund av att det vid intervjuerna beskrivs exempel där vård och vårdplanering inte alltid bedöms vara optimal t ex genomförd utredning i Östersund inför ställningstagande till remittering i princip upprepas vid NUS bör en mer systematisk uppföljning av samtliga vårdtillfällen och öppenvård för enskilda patienter ske. Uppföljningen bör innehålla bedömning om utredning och vårdplanering på NUS sker på ett optimalt sätt såväl ur ett patient som ett kostnadsperspektiv.

Patientsäkerhetsenheten
Karin Strandberg Nöjd

Formerna för återkoppling från NUS enligt regionavtalet kring enskilda patienter behöver förtydligas. Det beskrivs goda exempel inom t. ex kardiologi med veckovisa videokonferenser, veckoavstämningar inom intensivvård under sommaren 2015 men också former för återkoppling kring enskilda patienter från andra universitetssjukhus.

Formerna för återkoppling och gemensamt ställningstagande till utredning vid eventuella vårdskador behöver tydliggöras.

Chefssamrådets roll avseende ytterfall, medicinsk kvalitet och kostnadseffektivitet behöver tydliggöras.

Ekonomistaben
Örjan Strömquist
Tfn: 063-14 75 51
E-post: orjan.stromqvist@regionjh.se

2015-11-24

RS/711/2015

Analysgruppens sammanställning av centrumens redovisning av resultatförbättrande åtgärder

Utöver åtgärder i långsiktig plan för ekonomisk hushållning beslutade regionstyrelsen den 28-29 april 2015 § 113 om ytterligare resultatförbättrande åtgärder 2015 med anledning av kostnadsutvecklingen och ekonomiska prognoser. De beslutade åtgärderna i regionstyrelsen omfattade bland annat tillsättande av en analysgrupp i syfte att följa och redovisa arbetet med resultatförbättrande åtgärder i respektive centrum.

Nedan redovisas centrumens bedömning av de resultatförbättrande åtgärder som pågår eller planeras under hösten/vintern 2015. Redovisningarna lämnades in i samband med septemberrapporten. Om åtgärderna skulle ge full effekt enligt redovisningen nedan skulle kostnaderna sänkas med 13 miljoner kronor andra halvåret 2015 jämfört med första halvåret. Motsvarande effekt för 2016 skulle då bli en kostnadssänkning på 35 miljoner kronor jämfört med kostnadsnivån första halvåret 2015.

Analysgruppens bedömning är att det finns kvalitetsbrister i beräkningar/bedömningar av de ekonomiska effekterna i de redovisade åtgärderna och att det inte är troligt att åtgärderna ger hela den ekonomiska effekt som redovisats. Gruppen arbetar kontinuerligt med att förbättra den mall som används vid redovisningarna samt att ta fram instruktioner och modeller för beräkningar.

I samband med årsbokslut för 2015 kommer centrumen att få redovisa vilken verklig ekonomisk effekt som uppnåddes med de resultatförbättrande åtgärderna.

Centrum	Besparingseffekt i tkr andra halvåret 2015	Verksamhetens totalkostnad	Andel av total kostnad	Besparings effekt i tkr helår 2016	Andel av nettokostnad
Centrum diagnostik, teknik och service	3 000	626 900	0,5%	6 000	1,0%
Centrum medicinska specialiteter	2 077	718 900	0,3%	8 450	1,2%
Centrum opererande specialiteter	1 503	848 300	0,2%	8 428	1,0%
Centrum för barn, kvinna och psykiatri	2 732	559 400	0,5%	2 065	0,4%
Centrum lednings- och verksamhetsstöd	1 425	250 900	0,6%	10 350	4,1%
Primärvården	2 320	659 800	0,4%	200	0,0%
SUMMA	13 057	3 664 200	0,4%	35 493	1,0%
Varav ej i prognos 2015	0				

Åtgärder 2015

Nedan redovisas de åtgärder som enligt centrumens redovisning ger störst ekonomisk effekt 2015. Av den totala ekonomiska effekten på 13 miljoner kronor avser 10,1 miljoner kronor nedanstående större åtgärder. Övriga besparingsåtgärder på 2,4 miljoner kronor består av mindre åtgärder som ger mindre ekonomiska effekter. (Förklaring: CDTS = Centrum för diagnostik, teknik och service, CMS = Centrum för medicinska specialiteter, CLV = Centrum för lednings- och verksamhetsstöd, PV = Primärvården, CBKP = Centrum för barn, kvinna och psykiatri, COS = Centrum för opererande specialiteter)

Centrum	Beskrivning av åtgärd samt när eventuellt beslut är taget	Planerad/Pågående	Ingår i innevarande års årsprognos (ja/nej)	Beslutsnivå (kan beslut tas inom centrum eller krävs beslut på annan nivå?)	Vilka aktiviteter är genomförda för att verkställa planerad besparing sen föregående rapportering	Besparing i tkr 2015 (effekt andra halvåret)	Kommentar, t ex om åtgärden är del av LUP-paket och annat	Om åtgärden kräver samverkan och/eller risk- och konsekvensanalys, när är det genomfört ?
CDTS	- Effektivisering mm fastighetsenheten	Pågående	ja	ja	Ständiga effektiviseringar	2 000		
CMS	Vårdplatsneddragning plan 8. Sammanslagning av två mindre avdelningar till en större.	Planerad	ja	Centrum	Förhandlat med Centrumkommitté om sammanslagning. Styrgruppsmöte varannan vecka.	1 900	Nyttjande av färre tjänster och därmed färre hyrsjuksköterskor fr o m sep 2015.	Första förhandling genomförd i CK. Konsekvensanalys genomförd på cenrumnivå 4 juni.
CLV	Minskade resekostnader	Pågående	ja	Beslutat av styrelsen i maj	Löpande uppföljning	1 000		
PV	Reducerad stafettbemanning, Frösön, Odensala, Brunflo	Pågående/planerad	ja	Ja		750	ÖSD NVO	Behövs inte
CBKP	Stängning av avd 3a, Psykiatri. Lägre personalkostnader	Pågående	ja	Omr	Avd 3 a är stängd	700	de ekonomiska effekterna för 2016 är inte helt klara i dagsläget	Tillfällig stängning klar men inte om det blir fortsättning eller permanent
CBKP	Partiella vakanser , BUM. Lägre kostnader för flygteam på Neonatalavd.	Planerat	ja	Omr	klart/pågående	700	de ekonomiska effekterna för 2016 är inte helt klara i dagsläget	Krävs ej
COS	Minskad kostnad arvodsläkare	Planerad	ja	Ja		500		
PV	Reducering av stafettveckor, bemanningsläkare, Minskade köp av stafett veckor	planerad	ja	Ja		500	NVO Härjedalen	Behövs inte
CDTS	- Kostnadsminskn hjälpmedel och materialenheten	Pågående	ja	ja	ständiga effektiviseringar	450	Effektivisering inom kställen och prissänkning 2016 till 2014 års nivå	
COS	Fortsatt stängning duva (uppvaktningsplats på IVA)	pågående	ja	Ja		403	Platserna har varit stängda pga IVA ssk brist. (2-3platser)	
CBKP	Stängning av avd 3a, Psykiatri. Lägre kostnader för kost	Pågående	ja	Omr	Avd 3 a är stängd	400		Tillfällig stängning klar men inte om det blir fortsättning eller permanent
CDTS	- Kostnadsminskning stadenheten	Pågående	ja	ja	Ständiga effektiviseringar och översyn av scheman	400	Inför år 2016 prissänkn till 2014 års nivå	
PV	Vakanshålla Läkartjänster, Lugnvik, Zäta	Plan/pågående	ja	Ja		400	ÖSD NVO	Behövs inte
SUMMA STÖRRE ÅTGÄRDER						10 103		

Åtgärder 2016

Nedan redovisas de åtgärder som enligt centrumens redovisning ger störst ekonomisk effekt 2016. Av den totala ekonomiska effekten på 35 miljoner kronor avser 33,2 miljoner kronor nedanstående större åtgärder.

Centrum	Beskrivning av åtgärd samt när eventuellt beslut är taget	Planerad/Pågående	Beslutsnivå (kan beslutas inom centrum eller krävs beslut på annan nivå?)	Vilka aktiviteter är genomförda för att verkställa planerad besparing sen föregående rapportering	Besparing i tkr 2016 (effekt helår 2016)	Övervaltrings-effekter till annan enhet inom Region JH	Kommentar, t ex om åtgärden är del av LUP-paket och annat	Om åtgärden kräver samverkan och/eller risk- och konsekvensanalys, när är det genomfört ?
CMS	Vårdplatsneddragning plan 8. Sammanslagning av två mindre avdelningar till en större.	Planerad	Centrum	Förhandlat med Centrumkommitté om sammanslagning. Styrgruppsmöte varannan vecka.	8 000	Risk för utlokaliserade patienter i vissa situationer	Nyttjande av färre tjänster och därmed färre hyrsjuksköterskor fr o m sep 2015.	Första förhandling genomförd i CK. Konsekvensanalys genomförd på centrumnivå 4 juni.
CDTS	Åtgärder för att kunna sänka prisnivån 2016	pågående	Centrum		6 000			
CLV	Minskning av administration genom naturlig avgång	Pågående	Beslutat av styrelsen i maj	Stabscheferna ska utgöra rekryteringsråd	5 000			
COS	Anställning i ambulansens resursenhet, Anställningar för att minska övertidsarbete	pågående	Ja		3 000		övertidskostnad 2014 jan-sept 4,8mkr, 2015 7,8 mkr.	
COS	Minskat antal arbetade timmar kopplat till COSMIC-införandet ca 7000 timmar färre/4 åa förutsatt att inte mer utbildningsinsatser krävs 2016 för ex läkemedelsmodul (gäller hela centrum opererande)	Pågående	Ja		2 000	Nej	Fortsatt många timmar kommer att läggas på COSMIC - områdesansvarig och modulansvariga för TM resp EMC ca 125%	
CLV	Arbets- och miljömedicin	Planerad	Beslutat av styrelsen i maj	Avtalsförhandlingar inom ramen för NRFsamarbetet	1 600			
COS	Ej ersätta pensionsavgångar på överläkare	Planerad	Ja		1 500	Nej		
CLV	Avtal med kiropraktorer avslutas	Planerad	Beslut av styrelsen i maj	Avtal förlängs inte	1 350	Ev primärvård	Ingår i paket 8	
CLV	Ortopedavtal om ryggar löper ut	Planerad	Beslut av styrelsen i maj	Ingen ny upphandling genomförs	1 200	Till ortoped	Ingår i paket 8	
COS	Minskad kostnad arvodesläkare	Planerad	Ja		1 000	Nej		
CBKP	Minskning av barnskötare 1,5 tj	Pågående	BUV	-	750	Nej		RoK analys pågår
CBKP	Restriktivare samfinansiering med kommunen för behandlingshemskostnader	Pågående	Omr	Delvis	500	Nej		Krävs ej
CBKP	Minskning av specialpedagog	Planerad	Pensions-avgång	-	450	Nej		RoK analys i september
COS	Fortsatt stängning duva (uppvaktningsplats på IVA)	pågående	Ja		403	Ja, vårdavdelningar och uva	Platserna har varit stängda pga IVA ssk brist. (2-3platser)	
CLV	Nysam	Planerad	Beslutat av styrelsen i maj	???	400			
SUMMA STÖRRE ÅTGÄRDER					33 153			



**Genomlysning av sjukresor - Paket 2 Långsiktig
utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning**

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2015-11-18	Nyutgåva	



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	5
2	SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG TILL BESLUT	5
3	NULÄGE	6
3.1	Problembild.....	6
3.2	Effekt mål	7
4	KOMMUNIKATION.....	7
5	FÖRSLAG 1 – FÖRBÄTTRING AV UTFÄRDANDE OCH KONTROLL AV MEDICINSKA INTYG (SJUKVÅRDEN INTYGAR).....	8
5.1	Ansvarsfördelning.....	8
5.2	Intygsförfarandet	8
5.2.1	Utfärdande av intyg	8
5.2.2	Definition av medicinska skäl	9
5.2.3	Följeslagare/vårdare	9
5.2.4	Systemstöd i Cosmic.....	9
5.3	Bokningar	10
5.3.1	Vem bokar resan?	10
5.3.2	Samordning	10
5.4	Kontroll.....	11
5.4.1	Beställningscentralen	11
5.4.2	Länstrafikens uppdrag och mandat	11
5.5	Konsekvensanalys förslag 1.....	11
5.5.1	Möjligheter.....	11
5.5.2	Farhågor.....	12
5.5.3	Jämlikhet, jämställdhet och barncheck.....	12
5.5.4	Miljö	12
5.5.5	Ekonomi	12
6	FÖRSLAG 2 - PATIENTEN BESTÄLLER OCH BESTÄLLNINGSCENTRALEN AVGÖR RESESÄTT (INGA INTYG)	13
6.1	Ansvarsfördelning.....	13
6.2	Beslut om färd sätt/följeslagare	13
6.2.1	Inget utfärdande av intyg	14
6.2.2	Definition av medicinska skäl	14



6.2.3	Följeslagare/vårdare	14
6.2.4	Framtagande av systemstöd för beställningscentralen	14
6.3	Bokningar	14
6.3.1	Vem bokar resan?	15
6.3.2	Samordning	15
6.4	Kontroll.....	16
6.4.1	Länstrafikens uppdrag och mandat	16
6.5	Konsekvensanalys - förslag 2	16
6.5.1	Möjligheter.....	16
6.5.2	Farhågor.....	16
6.5.3	Jämlikhet, jämställdhet och barncheck.....	17
6.5.4	Miljö	17
6.5.5	Ekonomi	17
7	TRANSPORTER	18
7.1	Problembild.....	18
7.2	Effektmål	18
7.3	Egen regi.....	18
7.4	Ambuss	19
7.5	Linjetrafik för sjukresor och färdtjänst	19
7.6	Vidare utredningar och ställningstaganden.....	19
8	BILAGA 1 STYRGRUPP OCH ARBETSGRUPP	20
9	BILAGA 2 KALKYL EGNA FORDON SJUKRESOR	21



1 BAKGRUND

I *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* finns ett strukturpaket om sjukresor/sjuktransporter.

Övergripande ekonomiskt mål för detta paket är en minskning av nettokostnaderna för sjukresor/sjuktransporter med 15 miljoner kronor. Detta har delats upp i flera delprojekt. Förutom de som beskrivs i den här rapporten, finns ett delprojekt som handlar om att bedriva ambulansverksamheten i egen regi. Kostnadsminskningen bedöms kunna realiseras tidigast under 2016.

Som en del av LUP-paketet, igångsattes senhösten 2014 två olika delprojekt. I uppdragen till projekten ingick att få till:

- En växling av sjukresor från dyra färdsätt till billigare. Målet sattes till att
 - 10 procent av taxiresorna skulle ersättas av billigare resor. Bedömd kostnadsminskning 3,5 miljoner kronor.
 - Vidare skulle 50 procent av resor med följeslagare, enligt målet, ersättas av resor utan följeslagare. Bedömd kostnadsminskning 1,5 miljoner kronor.
- Färre transporter, genom mer samåkning.
- Mindre nedlagd arbetstid för vårdpersonal på information om och administration av sjukresor.
- Lägre kostnad per transport. Bedömd kostnadsminskning 5 miljoner kronor.

Arbetsgrupperna som har tagit fram förslag till förändringar består av enhetschefer, läkare och distriktssköterskor. Se bilaga 1.

2 SAMMANFATTNING OCH FÖRSLAG TILL BESLUT

För att minska kostnaderna för sjukresor måste det ske förändringar kring hur sjukresoreglerna tillämpas avseende främst intygsförfarandet för färd med dyrare färdsätt. Taxikostnaderna står för 80 % av den totala sjukresekostnaden, varför en minskning av dessa resor torde ha stor effekt. Även vid bokning och samordning kan dock förbättring ske. Att utföra transporter i egen regi kan vara en väg till bättre ekonomi, men för detta krävs en fördjupad analys innan beslut fattas. För att nå **framgång** med nedanstående åtgärder måste det finnas **kunskap** om - och råda **acceptans för regelverk** och tillämpning både hos politiker, medborgare/patienter och personal. En kommunikationsplan för detta ändamål är därför helt nödvändig.

I kapitel fem och sex följer helt olika förslag med för och nackdelar. Arbetsgruppen förordar förslag nummer 1 med utvärdering efter ett år och därefter förnyad bedömning, om Regionen ska gå vidare med förslag 2 eller ej.

Beslut avseende transporter i egen regi och/eller linjetrafik behöver utredas mer och ett eventuellt förslag på denna punkt kommer att presenteras under 2016.

3 NULÄGE

Region Jämtland Härjedalen står för kostnaderna för patienternas sjukresor. Regionfullmäktige beslutar om sjukreseregler och Länstrafiken ansvarar för att sjukresehanteringen sker enligt beslutade regler. Länstrafiken har upphandlat tjänsten att hantera sjukresor av BC Jämtland AB (Beställningscentralen), som ägs av ett antal taxiföretag. Det är Beställningscentralen som bokar och samordnar resor, när patient, anhörig eller vårdpersonal ringer och beställer taxiresor och tågresor till sjukhus i andra län. Beställningscentralen ser också till att sjukreseersättningar betalas ut. Medicinskt intyg för rätten till taxiresa och intyg som styrker behovet av följeslagare utfärdas av personal inom vården. Beställningscentralen upplevs fungera väl.

3.1 Problembild

Kostnaderna för sjukresor är höga. En faktor, som är svår att påverka, är att sjukresorna blir många och långa på grund av länets struktur med långa avstånd och en mycket utspridd bebyggelse¹.

Sjukreseslag	2014
6721 - Sjukresor bil	4 336 895
6722 - Sjukresor buss	574 936
6723 - Sjukresor flyg	1 916 828
6724 - Sjukresor taxi	36 133 862
6725 - Sjukresor tåg	1 323 603
Summa	44 286 124

En annan viktig förklaring till höga sjukresekostnader är att en stor andel av sjukresorna utgörs av taxiresor. Det kan antas att nivån på sjukresan ofta blir fel. Exempel från Beställningscentralen(BC Jämtland), visar att patienter många gånger beviljas taxi på felaktiga grunder. Situationen antas bero på flera faktorer:

Patienten får endast taxiresa om hen kan uppvisa ett intyg. **Intygsförfarandet är många gånger ineffektivt.** Det

råder dålig följsamhet hos personalen till fastställda rutiner. Det är oklart varför, men det kan bero på t ex svårigheter att tillämpa nuvarande rutiner. Det kan även vara en attitydfråga. Kanske vill man hjälpa patienten. Men långa avstånd, obekväm tidpunkt, kollektivtrafik som inte passar i tiden eller dålig ekonomi är inte giltiga skäl för att beviljas en taxiresa. Även om resan till sjukbesöket berättigar patienten till taxi, är det inte säkert att hen uppfyller de medicinska kraven för taxi, när det är dags för hemresan. Detta är en regel som många patienter inte känner till och som kan orsaka diskussioner med vårdpersonalen.

Regionen betalar också stora kostnader för taxiresor för följeslagare till patienten, trots att hjälp finns tillgänglig både via taxiförare och transportörer på sjukhuset.

Kunskapen kan brista därför att det är många olika yrkeskompetenser som skriver intyg, det saknas IT-system som stöd där skrivna intyg kan ses av andra, mm. Även hos patienten, är kunskapen om regler för sjukresor ofta dålig.

En annan omständighet som kan medföra för många taxiresor, är att giltighetstiden för intyg många gånger är för lång, ända upp till ett år.

¹ I andra utredningsarbeten inom *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* ingår att försöka hitta sätt att utföra mer vård i hemsjukvården och som egenvård med hjälp av distansoberoende teknik. Detta syftar även till att minska antalet sjukresor.

Kostnaden för sjukresan belastar inte alltid beställande enhet, varför det ekonomiska incitamentet saknas, att inte bevilja en dyrare sjukresa än som är medicinskt motiverat.

Ambuss är Regionens egna kombinerade ambulans/buss. Den kör regelbundna turer mellan Östersunds sjukhus och Norrlands Universitetssjukhus (NUS) i Umeå, men nyttjas inte fullt ut.

3.2 Effektmål

Utifrån problembilden och det övergripande målet att minska sjukresekostnaderna, har följande effektmål satts upp:

Färre intyg för resa med dyrare färdstätt genom att

- Intyg oavsett längd kontinuerligt omprövas avseende medicinska skäl
- Definition av medicinska skäl tydliggörs
- **Ökad följsamhet till regler och riktlinjer hos medarbetare** genom
 - God kunskap om sjukreseregler
 - Acceptans av gällande regler och riktlinjer
 - Ökad kunskap och förståelse hos patienter om sjukreseregler
 - Ökad kontroll av följsamhet – ansvarsutkrävande
- **Ekonomistyrning**
 - Kostnaden för sjukresan ska kopplas till beställande enhet

Minskad administration för vårdpersonal

- Tydliga rutiner som är lätta att tillämpa
- ”Enklare” att skriva intyg – men med tvingande fält i it-baserat systemstöd

Ökad samordning

- Nyttjandegrad av Ambuss och eventuella andra egna fordon
- Fasta avgångar
- Geografisk bokning

4 KOMMUNIKATION

Oavsett vilket av förslagen i denna rapport som väljs för att förbättra följsamheten till sjukreseregler, är det viktigt att en kommunikationsplan för politiker/ medborgare/ patienter/ anhöriga och personal upprättas, genomförs och underhålls. Kunskap och acceptans är målet.

5 FÖRSLAG 1 – FÖRBÄTTRING AV UTFÄRDANDE OCH KONTROLL AV MEDICINSKA INTYG (SJUKVÅRDEN INTYGAR)

Detta förslag innebär att kunskap om och efterlevnad av reglerna för sjukresor förbättras genom att:

- Ett mer begränsat antal av vårdpersonalen än nu, ges webbaserad utbildning om de regler enligt vilka sjukintyg ska utfärdas och medicinska bedömningar göras.
- Ett systemstöd skapas som kan hjälpa dem, som utfärdar intyg, att göra det korrekt.
- Beställningscentralen får som uppgift att godkänna respektive avslå sjukresor baserat på sjukintyg.
- Länstrafiken ges i uppdrag att kontrollera att de som utsetts att utfärda sjukintyg följer sjukresoreglerna.

Hur de olika stegen i processen för sjukresehantering är tänkta att fungera, beskrivs under avsnitt 5.2–5.4 enligt nedan:



5.1 Ansvarsfördelning

Enhetschefen ansvarar för att regelverket följs av medarbetarna inom dennes enhet.

Länstrafiken har ett ansvar för att kontrollera följsamhet till regelverket.

Länstrafiken har också en överklagandefunktion, vid oenighet mellan patient och Beställarcentralen om rätt till dyrare resa (taxi/flyg).

5.2 Intygsförfarandet

5.2.1 Utfärdande av intyg

Vårdpersonal avgör patientens medicinska tillstånd. Med vårdpersonal menas läkare eller sjuksköterska eller annan med dokumenterad relevant medicinsk kompetens

Endast vårdpersonal enligt särskild delegation (enhetschef delegerar) får utfärda intyg. Detta gäller även kommunpersonal.

- För delegation krävs utbildning i regelverk och tillämpningsanvisningar. Det ska ske med hjälp av Tilda – ett nätbaserat utbildningsverktyg som redan används i Regionen.
- Endast personal som gått utbildningen får skriva under bidragsblanketten för färd med billigare färd sätt



Sjukhusreceptionen stämplat/signerar inte sjukreseblanketter. Det ska skötas av respektive vårdgivare under besöket.

Motivering till varför dyrare färdväg och/eller följeslagare/vårdare beviljas (medicinska skäl) ska alltid anges skriftligt. Motivering ska dessutom göras för varje tillval.

5.2.2 Definition av medicinska skäl

Det är **vårdgivaren** som efter bedömning får bevilja sjukresa med dyrare färdväg (t ex taxi) när det av **medicinska orsaker** finns väsentliga svårigheter att förflytta sig till eller att resa med allmän kollektivtrafik. Långt avstånd, obekvämt tidpunkt, kollektivtrafik som inte passar i tid eller dålig ekonomi är **inte** giltiga skäl. Den som har färdtjänsttillstånd och kan styrka detta får åka taxi utan särskilt intyg. För mer information:

<http://www.regionjh.se/download/18.765a320914b2ab56df5b3/1445330982773/INFORMATION+SJUKRESOR+2015.pdf>

5.2.3 Följeslagare/vårdare

Följsamhet till de tillämpningsanvisningar som finns måste förbättras.

Vid ankomst till sjukhuset har patienten tillgång till hjälp att ta sig till den mottagning som kallelsen gäller, både via taxiförare och transportörer på sjukhuset. Den personal som utfärdar intyg bör därför bli betydligt mer restriktiv när det gäller att skriva intyg avseende följeslagare/vårdare.

Intyg för rätt till följeslagare ska alltid vara skriftliga och skickas/faxas till Beställningscentralen.

Intyget gäller enbart till/från den egna vårdenheten och ska gälla som längst upp till ett år efter utfärdandedatum. Därefter måste förnyelse ske, om det är relevant. Ett nyare intyg ersätter dock ALLTID ett gammalt.

Krav på skriftligt intyg införs även för hemresa avseende följeslagare/vårdare.

5.2.4 Systemstöd i Cosmic

Möjlighet till systemstöd i Cosmic ska utredas med målet att:

- Intyg ska finnas i Cosmic.
- Intyg ska vara synliga för andra vårdgivare så att de kan få hjälp i bedömning av färdväg.
- Det ska finnas tvingande fält med pop-up avseende motiv för dyrare färdväg för varje tillval.

När det finns en fungerande rutin för intyg i Cosmic, behöver inte längre fysiskt intyg skickas till Beställningscentralen, som får läsrättighet i Cosmic när det gäller intygen.



5.3 Bokningar

Strävan ska vara att vårdpersonalen bokar patienternas vårdbesök utifrån boendeort för att möjliggöra samordning, t ex Svegsbor tisdagar, Strömsundsbor onsdagar etc.

Beställande/remitterande enhet i sjukvården betalar kostnaden för en sjukresa².

5.3.1 Vem bokar resan?

Inom länet till vårdinrättning

Patient eller anhörig bokar resan. Giltigt intyg ska finnas hos Beställningscentralen innan resa kan bokas.

Inom länet från boende till vårdinrättning eller från vårdinrättning

Vårdpersonal och kommunpersonal med särskild delegation och med giltig utbildning via Tilda får boka resan.

Innan systemstöd för skriftligt intyg finns på plats

Fram till dess att ett systemstöd för skriftligt intyg har tagits fram, bokar vårdpersonalen muntligen sjukresan via telefon till Beställningscentralen.

Utomlänsresor

Tåg

Resa med tåg i 2:a klass räknas som billigaste färd sätt. Resor som avviker från detta kräver intyg för medicinska skäl.

- Patienten bokar resan själv och erhåller ersättning minus egenavgift i efterhand.
- I undantagsfall faxas kallelsen till Beställningscentralen innan resan ska beställas. Därefter ringer patienten Beställningscentralen som utför bokning av resan

Flyg

Resor med flyg, räknas som dyrare färd sätt och medicinskt intyg från remitterande läkare på Östersunds sjukhus krävs. Resan bokas snarast. Patienten bokar flygbiljetten själv eller via Beställningscentralen. Om patienten bokar själv och kostnaden överstiger biljettpriset som Beställningscentralen skulle ha kunnat boka för, får patienten tillbaka det senare beloppet.

5.3.2 Samordning

Beställningscentralen ska ansvara för samordning av Regionens sjukresor med kommunernas färdtjänst och försöka att så långt möjligt fylla Ambuss.

Vid resor till Umeå ska Ambuss nyttjas i första hand utifrån den medicinska bedömning vårdenheter gjort. Västerbottens läns landsting och landstinget Västernorrland erbjuder boka i mån av plats.

² Anges i dokumentet "Vem ska betala?".



Strävan är att samordna resor med kringliggande län, då detta är möjligt, ofta via avrop mot grannlänens avtal.

Övrig samordning ska ske utifrån följande kriterier:

- Sjukresor och färdtjänst tillsammans, så att fyllnadsgraden i taxi blir så stor som möjligt samtidigt som resetiden hålls inom rimliga gränser.
- Om resor med fordon i egen regi³ införs, ska dessa fyllas i första hand. Detta gäller även Ambuss.

5.4 Kontroll

5.4.1 Beställningscentralen

Beställningscentralen ska kunna neka resan och hänvisa till Länstrafiken, om tveksamhet råder mot regelverket vid beställning av dyrare färdstätt. Även i dagsläget kan Beställningscentralen påpeka felaktigheter, men de har ingen rätt att neka resan.

5.4.2 Länstrafikens uppdrag och mandat

Länstrafikens uppdrag och mandat i sjukrethanteringen ska bestå av följande:

Samtliga resor ska godkännas/avslås av Beställningscentralen, för Länstrafikens räkning, utifrån motivering från vårdpersonal.

Länstrafiken ska vara rådgivande till vårdpersonal avseende sjukresefrågor och göra stickprov på intygsutfärdare för att kontrollera att de har delegation och utbildning.

Länstrafiken ska kontakta vårdgivare och dess överordnade chef om de avviker ofta från gällande regler och praxis. Länstrafiken ska erbjuda hjälp genom utbildning/konsultation.

Patienter som nekas resa med dyrare färdstätt och vill få det prövat på nytt ska vända sig till intygsutfärdaren alternativt till Länstrafiken, som kan göra ny bedömning. Länstrafiken eller Beställningscentralen kan inte överpröva medicinska skäl, enbart bedöma om det är en sjukresa eller inte.

5.5 Konsekvensanalys förslag 1

5.5.1 Möjligheter

En medicinsk kompetens har sista ordet vid bedömning av färdstätt för sjukresan, vilket torde minimera risken för att patientsäkerheten försämrats.

³ Beskrivs i förslag 3.



Belastningen på beställningscentralen minskar, vilket leder till snabbare handläggning av resor. Det blir sannolikt färre taxiresor – och därmed lägre kostnader för sjukresor.

Tillämpningen av gällande regler för sjukresor blir troligen mer enhetlig, än med nuvarande system.

Beställningscentralen får möjlighet att avslå uppenbart felaktiga resor med dyrare färdstätt. Boendefrågor läggs över på patienten själv och vårdpersonalen avlastas. Rådgivning finns att tillgå.

5.5.2 Farhågor

Belastningen på vårdpersonalen blir högre, utifrån intygsskrivande och diskussioner med patienten.

Misstro kan uppstå mellan vårdgivare och patient, t ex i lägen då vårdgivare bedömer att det inte finns några medicinska skäl för en patient med taxi, samtidigt som patienten hävdar motsatsen.

Jämfört med förslag 2, avsnitt 6, är risken större för olika tillämpning av reglerna, dock förutses tillämpningen bli mer enhetlig än i dagsläget.

Konflikt/oenighet kan uppstå mellan vårdpersonal och personalen på beställningscentralen p.g.a. motsatta uppfattningar om rätt till resa.

5.5.3 Jämlikhet, jämställdhet och barncheck

Vid framtagande av ett beslutsstöd vid intygsskrivning, är avsikten att det ska utformas så att risken minimeras att bedömningar leder till ojämlikhet, ojämställdhet och bristande hänsyn till barnperspektivet ifråga om rätten till dyrare färdstätt och/eller följeslagare. Förslaget förutses därför förebygga ojämlikhet, ojämställdhet och bristande hänsyn till barnperspektivet.

5.5.4 Miljö

Målet med förslaget är att minska antalet taxiresor. Det är svårt att förutse de totala effekterna på miljön om målet uppnås. I den utsträckning som taxiresor kan ersättas med bussresor, kommer koldioxidutsläppen att minska, vilket är positivt för miljön. Om de flesta taxiresor ersätts av resor med egen bil, riskerar däremot koldioxidutsläppen öka. Samordning sker av taxiresor, men inte av resor med egen bil.

5.5.5 Ekonomi

De flesta av kostnaderna för genomförandet av förslag 1 bedöms kunna göras med befintliga medel. I löpande verksamhet ingår att tid används för utbildning och utveckling. Den kan användas för den webbaserade utbildningen om sjukresoregler, för dem som får delegation att

utfärda intyg. Likaså bedöms utveckling av systemstöd i Cosmic kunna ingå i löpande systemutvecklingsarbete.

Framtagande av kommunikationsplan bör ske i ordinarie verksamhet.

Det ekonomiska målet med förslaget, är att minska sjukresekostnaderna med totalt 5 miljoner kronor.

6 FÖRSLAG 2 - PATIENTEN BESTÄLLER OCH BESTÄLLNINGSCENTRALEN AVGÖR RESESÄTT (INGA INTYG)

Detta förslag innebär att kunskap om och efterlevnad av reglerna för sjukresor förbättras genom att:

- **Beställningscentralen** får uppdrag och mandat att, utifrån ett beslutsstöd, avgöra om **patienten är i behov av resa med dyrare färdssätt och/eller följeslagare**. Inga eller mycket få intyg utfärdas av medicinsk personal.
- Patienten eller anhörig ringer själv och beställer resan hos Beställningscentralen.
- Vårdgivaren kan vid behov hjälpa till med beställning och kommunikation med beställningscentralen. Beställningscentralen avgör dock om det finns tillräckliga behov av en sjukresa.
- Om patienten är missnöjd med beskedet kan Länstrafiken pröva beslutet. Där ska även finnas medicinsk kompetens, som kan avgöra om rådgivning med behandlande personal är nödvändig, innan slutligt beslut fattas.

Hur de olika stegen i processen för sjukreshantering är tänkta att fungera, beskrivs under avsnitt 6.2-6.4 enligt nedan:



6.1 Ansvarsfördelning

Länstrafiken ansvarar för att regelverket följs av Beställningscentralen.

6.2 Beslut om färdssätt / följeslagare

Beställningscentralen är, i detta förslag, den enhet som **fattar beslut om dyrare färdssätt och följeslagare** baserat på systemstöd.

Beställningscentralen får även läsbehörighet i Cosmic för att kunna se om patienten ska göra/har gjort vårdbesök som berättigar till sjukresa.

Beställningscentralen kan neka resa och hänvisa till Länstrafiken, om tveksamhet råder mot regelverket vid beställning av dyrare färdstätt. Även i dagsläget kan Beställningscentralen påpeka felaktigheter, men de har ingen rätt att neka resan.

6.2.1 Inget utfärdande av intyg

Som regel utfärdas inga intyg, utan patienten kontakter Beställningscentralen direkt. Intyg utfärdas endast i undantagsfall av vårdpersonal.

6.2.2 Definition av medicinska skäl

Det är Beställningscentralen som efter bedömning (baserat på ett beslutstöd som ska tas fram) beviljar sjukresa med dyrare färdstätt (t ex taxi) när det av **medicinska orsaker finns väsentliga svårigheter att förflytta sig till eller att resa med allmän kollektivtrafik**. Långt avstånd, obekvämt tidpunkt, kollektivtrafik som inte passar i tid eller dålig ekonomi är inte giltiga skäl. Den som har färdtjänsttillstånd och kan styrka detta får åka taxi utan särskilt intyg eller beslut baserat på beslutstöd.

6.2.3 Följeslagare/vårdare

Vid ankomst till sjukhuset har patienten tillgång till hjälp att ta sig till den mottagning som kallelsen gäller, både via taxiförare och transportörer på sjukhuset. Beviljande av följeslagare/vårdare måste därför bli betydligt mer restriktivt. **Beställningscentralen avgör.**

6.2.4 Framtagande av systemstöd för beställningscentralen

Ett systemstöd måste tas fram, som Beställningscentralen kan använda vid samtalet med patienten. Med hjälp av systemstödet kan Beställningscentralen avgöra om medicinska skäl föreligger som motiverar dyrare färdstätt, samt om patienten är i behov av följeslagare.

6.3 Bokningar

Strävan ska vara att vårdpersonalen bokar patienternas vårdbesök utifrån boendeort för att möjliggöra samordning, t ex Svegsbor tisdagar, Strömsundsbor onsdagar etc.

Remitterande enhet betalar.

Möjligheten för patienterna att boka sjukresor, via företrädesvis Mina vårdkontakter eller annan it-baserad lösning, bör utredas.

Telefoner inrättas på sjukhuset för direktkontakt med Beställningscentralen.



6.3.1 Vem bokar resan?

Inom länet till/från vårdinrättning

Fram till dess att en it-baserad bokningsmöjlighet finns på plats

Patient eller anhörig ringer direkt till Beställningscentralen och bokar resan. Vid hemresa kan vårdgivare bistå vid behov.

Inom länet från boende till vårdinrättning

Innan möjlighet till it-baserad bokningsmöjlighet finns på plats

Vårdpersonal och kommunpersonal bokar resan.

Utomlänsresor

Tåg

Resa med tåg i 2:a klass räknas som billigaste färd sätt. Resor som avviker från detta kräver beslut från Beställarcentralen.

- Patienten bokar själv och erhåller ersättning minus egenavgift i efterhand.
- I undantagsfall faxas kallelsen/ ringer patienten Beställningscentralen som utför bokning av resan

Flyg

Resa med flyg, räknas som dyrare färd sätt. Resan bokas snarast. Flygbiljetten bokar patienten själv eller via Beställningscentralen. Om patienten bokar själv och kostnaden överstiger biljettpriset som Beställningscentralen skulle ha kunnat boka för, får patienten tillbaka det senare beloppet. I de fall patienten bokar själv ska medicinskt intyg medfölja kvittot för flygbiljetten för att utbetalning ska ske. I de fall patienten ringer beställningscentralen, sker bedömning utifrån rutin via beslutsstöd.

6.3.2 Samordning

Beställningscentralen ska ansvara för samordning av Regionens sjukresor med Kommunernas färdtjänst och försöka att så långt möjligt fylla Ambuss.

Vid resor till Umeå ska Ambuss nyttjas i första hand utifrån den medicinska bedömning vårdenheter gjort. Västerbottens läns landsting och landstinget Västernorrland erbjuder boka i mån av plats.

Strävan är att samordna resor med kringliggande län, då detta är möjligt, ofta via avrop mot grannlänens avtal.

Övrig samordning ska ske utifrån följande kriterier:

- Sjukresor och färdtjänst tillsammans, så att fyllnadsgraden i taxi blir så stor som möjligt samtidigt som resetiden hålls inom rimliga gränser.
- Om resor med fordon i egen regi införs, ska dessa fyllas i första hand. Detta gäller även Ambuss.

6.4 Kontroll

6.4.1 Länstrafikens uppdrag och mandat

Länstrafiken ska genom stickprov kontrollera att hanteringen av sjukresor på Beställningscentralen sker enligt sjukresoreglerna.

Om patienten är missnöjd med Beställningscentralens beslut kan överprövning ske till Länstrafiken. Om patienten inte är nöjd med beskedet, kan behandlande läkare, som beslutande instans utfärda medicinskt intyg. Detta beslut/intyg kan ej överprövas.

6.5 Konsekvensanalys - förslag 2

6.5.1 Möjligheter

Förslag 2 förutses leda till en stor tidsbesparing för vårdpersonal och följaktligen mer tid för patientarbete.

Konflikter/oenighet mellan vårdpersonal och patienter förväntas också minska.

Patienten tar större eget ansvar både för resa och boende.

Sjukresehanteringen blir mer enhetlig.

Det kommer sannolikt att leda till färre taxiresor och minskade kostnader. Uppenbart felaktiga resor med dyrare färdssätt kan avslås.

Ansvaret för boendefrågor flyttas till patienten och vårdpersonalen avlastas därmed. Rådgivning finns att tillgå för patienten.

6.5.2 Farhågor

Belastningen på beställningscentralen kommer att öka, vilket kan leda till långsammare handläggning.

Misstro kan uppkomma från vården och patienter mot Beställningscentralen, om huruvida ett medicinskt beslut är korrekt fattat eller ej.

Konflikt kan uppstå mellan vårdpersonal och personalen på beställningscentralen p.g.a. motsatta uppfattningar om rätt till resa.

Det finns inga krav på Beställningscentralen i dagens upphandlade verksamhet att bedöma om det är en sjukresa eller ej (avtalet sträcker sig fram till 2018 med option på förlängning ytterligare 24 månader).



I dagsläget saknar Beställningscentralen, som ägs av Taxi, incitament att minska antalet taxiresor. Sannolikt måste därför Beställningscentralen tas över i egen regi, för att en minskning av antalet taxiresor ska kunna uppnås.

Drift av Beställningscentralen i egen regi, skulle alltså kunna vara lösningen av ovanstående problem, men ägarförhållandet, med Länstrafiken som bolag, problematiserar möjligheten till drift i egen regi. Konkurrenslagen och LOU ställer krav på upphandling även för offentligt ägda bolag. Att lägga Beställningscentralen i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, torde därför inte vara förenligt med lagkraven. Alternativet är att inrätta drift av Beställningscentralen i Länstrafiken.

Beslut om Länstrafikens fortsatta driftform är skjutet på framtiden och det råder därför stor osäkerhet kring hur verksamheten skulle kunna organiseras, om förslag 2 genomförs.

Ett eventuellt bildande av en storregion, i vilken Region Jämtland Härjedalen kommer att ingå, är också en faktor som kan påverka hanteringen av sjukresor.

6.5.3 Jämlikhet, jämställdhet och barncheck

Vid framtagande av ett beslutsstöd för Beställningscentralens beslut om färd sätt och följeslagare, är avsikten att det ska utformas så att risken minimeras att bedömningar leder till ojämlikhet, ojämställdhet och bristande hänsyn till barnperspektivet ifråga om rätten till dyrare färd sätt och/eller följeslagare. Förslaget förutses därför förebygga ojämlikhet, ojämställdhet och bristande hänsyn till barnperspektivet.

6.5.4 Miljö

Målet med förslaget är att minska antalet taxiresor. Det är svårt att förutse de totala effekterna på miljön om målet uppnås. I den utsträckning som taxiresor kan ersättas med bussresor, kommer koldioxidutsläppen att minska, vilket är positivt för miljön. Om de flesta taxiresor ersätts av resor med egen bil, riskerar däremot koldioxidutsläppen öka. Samordning sker av taxiresor, men inte av resor med egen bil.

6.5.5 Ekonomi

De flesta av kostnaderna för genomförandet av förslag 2 bedöms kunna göras med befintliga medel. En utveckling av nytt it-baserat systemstöd för att Beställningscentralen ska kunna fatta beslut om dyrare färd sätt och följeslagare bör ingå i löpande systemutvecklingsarbete.

Framtagande av kommunikationsplan bör ske i ordinarie verksamhet.

Det ekonomiska målet med förslaget är att minska sjukresekostnaderna med totalt 5 miljoner kronor.

Förslag 2 bedöms leda till frigjord arbetstid för vårdpersonal. Det är svårt att beräkna det ekonomiska värdet av den frigjorda tiden. Det beror på vad den används till och hur många timmar det blir.



7 TRANSPORTER

7.1 Problembild

En del av orsaken till höga kostnader för sjukresor, är att det är svårt att genom upphandling få ner priset per transport, då konkurrensen bland taxiföretagen är liten (ibland obefintlig). Nuvarande upphandling medger dock resor i egen regi

Samordning av transporter sker – både med dyrare färd sätt och kollektivtrafik – men kan förbättras. Ambuss nyttjas inte fullt ut.

Bildandet av en storregion, där Region Jämtland Härjedalen i så fall kommer att ingå, kan ge andra möjligheter/svårigheter.

7.2 Effektmål

Utifrån problembilden och det övergripande målet att minska sjukreskostnaderna har följande effektmål satts upp:

Att med hjälp av **ökad konkurrens** få lägre kostnad per transport. Det kan ske genom

- Nyttjande av egna fordon
- Överflyttningsresor
- Sättet som kravställande i upphandlingsförfarandet formuleras

Samarbete med alla fordonsslag i regionen

Ökad samordning

- Nyttjandegrad av Ambuss och eventuella andra egna fordon
- Fasta avgångar
- Geografisk bokning (uppdrag intyg/bokning)
- Samverkan med andra län

7.3 Egen regi

Mycket tyder på att betydande ekonomiska fördelar kan komma av att utföra samhällsbetalda resor i egen regi, se bilaga ”Kalkyl egna fordon”. Det bygger dock på möjlighet till fortsatt samordning mellan sjukresor, färdtjänst och i förekommande fall vanliga resenärer. Om Länstrafiken inrättar egna fordon torde detta vara möjligt, eftersom de har både kommunernas och Region Jämtland Härjedalens uppdrag att utföra färdtjänstresor respektive sjukresor och samordna dessa. Om däremot Region Jämtland Härjedalen ensam inrättar egna fordon kan samordning med färdtjänst kollidera med kommunallagen/konkurrenslagstiftningen och därmed med samarbetsavtalet mellan kommuner och Region Jämtland Härjedalen.

Länstrafiken har anlitat en extern konsult för att utreda möjligheten att driva både linjetrafik och beställningstrafik med små och stora fordon i egen regi. Rapporten skall presenteras i februari 2016 men inriktar sig främst på busstrafik.

7.4 Ambuss

Ambuss är en utrustad vård buss som trafikerar sträckan Östersund – Umeå alla helgfria vardagar. Bussen har plats för både patienter med visst vårdbehov (4 platser) och vanliga sjukresenärer (12 platser) som annars kunnat använda sig av kollektivtrafiken. Västerbottens läns landsting och landstinget Västernorrland erbjuder boka i mån av plats.

7.5 Linjetrafik för sjukresor och färdtjänst

Landstinget Västernorrland har med stor framgång inrättat dylika linjer för sjukresor. Det skulle kunna vara en framgångsfaktor för vissa stråk även i Jämtlands län. Exempelvis Åre – Krokom - Östersund och/eller Sveg - Svenstavik – Östersund.

Modellen bygger på att mindre bussar hämtar upp patienterna endera vid bostaden (högst en km från huvudvägen) eller vid uppsamlingsplatser dit patienterna tar sig själva eller med taxi.

Bussarna går enligt tidtabeller som görs upp med vården och man strävar efter att boka patienternas vårdbesök så långt möjligt utifrån tidtabell.

Enligt en kalkyl som gjorts (se bilaga 2) kostar drift av ett kombinationsfordon, som både kan ta liggande och sittande patienter, **3 637 kronor per dag**, inklusive kostnader för avskrivningar och räntor. En enda liggande transport kostar från några kommuner i länet över **10 000 kronor**.

Denna kalkyl visar att möjligheten till kostnadsminskningar på detta område är stor. Vid en fördjupad analys av detta alternativ, med användande av tillgänglig statistik om resemönster och olika antaganden, kan beräkningar även göras för hur stora kostnadsminskningar det är möjligt att uppnå totalt för regionen.

7.6 Vidare utredningar och ställningstaganden

Utredningens förslag, när det gäller sjuktransporter i egen regi, är att invänta den utredning som pågår i Länstrafiken och som ska vara klar i februari 2016. Sjukreseutredningen arbetar under tiden vidare med en fördjupad analys av linjetrafik för sjukresor och färdtjänst med egna fordon. Resultatet presenteras för styrelsen under våren 2016. Jämställdhets-, jämlikhets-, barn- och miljöperspektiven beaktas i arbetet.

8 BILAGA 1 STYRGRUPP OCH ARBETSGRUPP

Styrgrupp

Ordförande

Jonas Törngren, Centrumchef diagnostik, teknik och service

Medlemmar

Anneli Svensson, Ekonomienheten
Mathias Holmlund, Länstrafiken
Anders Sellman, Ekonomienheten
Anita Secher, Områdeschef akutvård
Mia Ajax, Områdeschef medicinska specialiteter

Uppdrag intygsförfarande

Uppdragsledare:

Mathias Holmlund, Länstrafiken

Deltagare:

Mia Ajax, Områdeschef medicinska specialiteter
Anna Andersson, Enhetschef HC Sveg
Lilian Valtersson, Enhetschef HC Odensala
Anna-Lena Joelsson, Enhetschef barnmottagningen
Nils-Olof Hedman, Enhetschef avd 213
Cathrine Thand, Enhetschef ögonmottagningen

Uppdrag transporter

Uppdragsledare

Jonas Törngren

Deltagare

Jan Lemnert, Transportchef
Fredrik Eriksson, Enhetschef Inre service
Camilla Simonsson, Enhetschef Remonthagen
Martin Gyllander, Ambulansen
Mathias Holmlund, Länstrafiken (adjungerad)

9 BILAGA 2 KALKYL EGNA FORDON SJUKRESOR

<u>Fordonskostnader</u>	<u>Per månad</u>	<u>Per dag</u>	<u>Personalkostnader</u>	<u>Månadslön</u>	<u>Årlön</u>	<u>Per dag</u>	<u>Pertimma</u>	<u>Adm. kostnader</u>	
Inköp	950 000 kr	16 000 kr	533 kr	Lön chaufför	23 000 kr	404 164 kr	1 837 kr	230 kr	184 kr
Drivmedel		16 500 kr	750 kr						
Underhåll, försäkring mm		10 000 kr	333 kr						
			1 616 kr						2 021 kr

Totalt/dag egen regi 3 637 kr

Taxikostnader

Kort resa 2 km

	Taxiservice i Berg AB	Norra Jämtlands Taxi	Taxi Glesbygd AB	Taxi Östersund AB	V.A trafik-entreprenader AB	Taxi Ragunda AB	Taxi Väst-jämtland AB	Centrala Buss	Snitt
Sittande	122 kr	118 kr	119 kr	99 kr	113 kr	105 kr	122 kr	107 kr	113 kr
Specialfordon	451 kr	438 kr	421 kr	409 kr	406 kr	396 kr	450 kr	426 kr	425 kr
Liggande	415 kr	394 kr	411 kr	355 kr	354 kr	344 kr	416 kr	369 kr	382 kr

15 km

	V.A trafik-entreprenader AB	Taxi Ragunda AB	Taxi Väst-jämtland AB	Centrala Buss	V.A trafik-entreprenader AB	Taxi Ragunda AB	Taxi Väst-jämtland AB	Centrala Buss	Snitt
Sittande	443 kr	420 kr	428 kr	270 kr	379 kr	314 kr	443 kr	336 kr	379 kr
Specialfordon	1 042 kr	937 kr	818 kr	725 kr	701 kr	623 kr	1 034 kr	856 kr	842 kr
Liggande	1 102 kr	945 kr	1 076 kr	654 kr	650 kr	569 kr	1 113 kr	758 kr	858 kr

200 km

	Taxiservice i Berg AB	Norra Jämtlands Taxi	Taxi Glesbygd AB	Taxi Östersund AB	V.A trafik-entreprenader AB	Taxi Ragunda AB	Taxi Väst-jämtland AB	Centrala Buss	Snitt
Sittande	5 014 kr	4 719 kr	4 818 kr	2 709 kr	4 161 kr	3 298 kr	5 018 kr	3 582 kr	4 165 kr
Specialfordon	9 447 kr	8 053 kr	6 460 kr	5 222 kr	4 903 kr	3 867 kr	9 336 kr	6 917 kr	6 776 kr
Liggande	10 883 kr	8 776 kr	10 541 kr	4 903 kr	4 851 kr	3 764 kr	11 035 kr	6 297 kr	7 631 kr



Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2015-12-08	Nyutgåva	Regionstyrelsen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Mål för Regionens krisberedskap	5
2	KRISBEREDSKAP I SAMHÄLLET	5
2.1	Krisberedskapssystemets uppbyggnad	5
2.1.1	Nationell målbild för risk- och sårbarhetsarbetet	6
3	RISKER OCH HOT I JÄMTLAND/HÄRJEDALEN	6
3.1	Risk- och sårbarhetsanalys	7
3.1.1	Säkerhetsområden	7
4	FÖRBEREDA OCH FÖREBYGGA KRISER	8
4.1	Gränssättande resurser	8
4.2	Katastrofmedicinsk beredskap	8
4.3	Driftsäkerhet	8
4.4	Kontinuitetshantering	9
4.5	Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)	9
4.6	Utrymning/evakuering	9
5	PLANERINGSORGANISATION	9
5.1	Regionalt säkerhetsråd	10
5.2	Regionalt krisledningsråd	10
5.3	Lokala kriskommittéer	10
5.3.1	Lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan	11
5.4	Extern samverkan i planeringsarbetet	11
5.5	Personal, utbildning och övning	12
5.6	Finansiering	12
5.7	Externa tjänster	13
5.7.1	Distribution av läkemedel till sjukvårdsinrättning	13
5.7.2	Patologen	13
5.7.3	Växel/telefonitjänster	13
5.7.4	IT/Major incident Management (MiM)	13
6	SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING	13
6.1	Beredskapslägen	14
7	TJÄNSTEMAN I BEREDSKAP	14
7.1	Larm till TiB	14
7.2	Larmkriterier för TiB	14
8	SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ REGIONAL NIVÅ	15
8.1	Samordnad ledning	15
9	SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ LOKAL NIVÅ	15
9.1	Primärvården	16

9.2	PS- Prehospital Sjukvårdsledning (Skadeområdet)	16
9.2.1	Lednings- och samverkansansvar	16
10	OMHÄNDERTAGANDE PÅ VÅRDENHET	16
10.1	Specialistvård	16
10.2	Primärvård	17
10.3	Registrering och journalföring	17
10.4	Vårdplatser	17
11	SJUKVÅRDSGRUPPER	17
11.1	Inköp av utrustning	18
11.2	Sjukvårdsgrupp vid sjukhuset	18
11.3	Sjukvårdsgrupp inom primärvården	18
11.4	Utlarmning av sjukvårdsgrupp	18
12	KRISLEDNINGSNÄMND	18
13	LARMVÄGAR	18
13.1	Larmvägar regional nivå	19
13.2	Larmvägar lokal nivå	19
14	KRISKOMMUNIKATION	19
15	KRISSTÖD/(PKL)	19
16	HÄNDELSER MED FARLIGA ÄMNEN (CBRN)	20
16.1	C – Kemisk händelse	20
16.2	B – Biologisk händelse	21
16.3	RN – Händelse med radiologiska och nukleära ämnen	21
17	NATIONELL OCH INTERNATIONELL SAMORDNING	22
17.1	Regerings- och myndighetsansvar	22
17.2	Allvarlig händelse utomlands	22
17.3	Händelser med många svårt brännskadade	23
18	SJUKVÅRD VID HÖJD BEREDSKAP OCH KRIG	23
18.1	Totalförsvaret – Civilt försvar	23
18.2	Höjd beredskap inför krig	23
18.3	Regionens ansvar och uppgifter inför och under höjd beredskap	23
19	KVALITETSRARBETE	24
19.1	Kvalitetssäkring	24
19.2	Utvärdering	24
19.3	Mätbara mål	25
20	FÖRFATTNINGSKRAV	26
21	DEFINITIONER	27
1	INLEDNING	

Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan utgör en grund för Region Jämtland Härjedalens kris- och katastrofmedicinska beredskap. Den regionala planen är ett övergripande

ramverk för regionen och grundas på författningskrav för hanteringen av allvarliga händelser och extraordinära händelser.

Planen kompletteras med fyra fristående dokument som bör läsas för att erhålla ett helhetsperspektiv över regionens kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanering:

- Särskild sjukvårdsledning (RS/1566/2015)
- Allmänna riktlinjer för verksamheten inom skadeområdet (RS/1565/2015)
- Plan för Krisstöd/PKL (RS/1563/2015)
- Personanering och personligt skydd vid händelser med farliga ämnen (RS/1564/2015)

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

1.1 Mål för Regionens krisberedskap

Målet för den kris- och katastrofmedicinska beredskapen i Region Jämtland Härjedalen är att:

- utifrån risk- och sårbarhetsanalyser initiera åtgärder som minskar risken för allvarliga händelser i regionen
- minimera konsekvenserna för somatiska och psykiska följdverkningar för drabbade och indirekt drabbade
- kunna aktivera, mobilisera och omfördela resurser så att god medicinsk kvalitet vidmakthålls
- upprätthålla och säkerställa funktions- och driftsäkerhet
- kunna sprida information till drabbade, anhöriga, allmänhet, internt inom verksamheten och till samverkande myndigheter/organisationer och media
- utvärdera, återföra och sprida kunskap om genomförda insatser vid inträffade händelser och efter övningar
- bidra till länets förmåga att hantera samhällsstörningar i samverkan med andra aktörer

2 KRISBEREDSKAP I SAMHÄLLET

Samhällets krisberedskap förutsätter en god beredskap i händelse av samhällsstörningar, allvarliga händelser eller extraordinära händelser. Detta för att effektivt kunna hjälpa, lindra och stödja personer som drabbas, oavsett vad orsaken är. Alla samhällsaktörer inom krisberedskapssystemet har ett ansvar att förbereda sina verksamheter och samverka med varandra för att kunna säkerställa en krishanteringsförmåga. Hälso- och sjukvårdens kris- och katastrofmedicinska beredskap är en del av den svenska krisberedskapen, som även omfattar internationella insatser. Regioner/landsting ska:

- ha en effektiv och tydlig organisation för grundläggande säkerhet och beredskap så att en trygg och säker miljö för patienter, anställda, förtroendevalda och allmänhet skapas
- vara garant för att hälso- och sjukvården, smittskyddet, kollektivtrafiken, kulturen och regional utveckling fungerar oavsett yttre omständigheter samt skydda, förhindra och förebygga skador på egendom och verksamhet
- planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

2.1 Krisberedskapssystemets uppbyggnad

Målet med krisberedskapssystemet är att minska risken för allvarliga händelser och extraordinära händelser i samhället, samt minska konsekvenserna när en sådan händelse inträffar. Systemet ska

förbereda för att möta allt från en begränsad händelse i fred till en vidgad hotbild och krig. Krisberedskapssystemet i Sverige regleras i grunden av ansvars-, närhets- och likhetsprincipen:

- **Ansvarsprincipen** innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden ska ha motsvarande ansvar vid en allvarlig händelse
- **Likhetsprincipen** innebär att en verksamhets organisation och lokalisering ska så långt som möjligt överensstämma i vardag och kris
- **Närhetsprincipen** innebär att säkerhet och kriser ska hanteras på lokal nivå, men så snart detta inte är möjligt ska hanteringen lyftas till regionledningsnivå.

I Sverige gäller dels *sektoransvar*, och dels *områdesansvar* inom krisberedskapssystemet. Sektoransvar betyder att varje myndighet och organisation ansvarar för sitt eget verksamhetsområde. För hälso- och sjukvården är det Socialstyrelsen som har sektoransvaret.

Geografiskt områdesansvar innebär att en aktör har ett stödjande samordningsuppdrag för samverkande aktörer vid vissa händelser/kriser som berör flera sektorer utan att därmed ta över verksamhetsansvaret från någon myndighet. Det geografiska områdesansvaret finns på tre nivåer i samhället. På den nationella nivån är det regeringen som är områdesansvarig, på regional nivå har länsstyrelsen ett områdesansvar och på lokal nivå har kommunerna ett områdesansvar.

Regioner/Landsting har ett *verksamhetsansvar* och där ingår även sådan verksamhet som är upphandlad hos entreprenörer.

2.1.1 Nationell målbild för risk- och sårbarhetsarbetet

Den nationella målbilden för risk- och sårbarhetsarbete (RSA) är styrande för regioners/landstings arbete med RSA och innebär att de ska ha en:

- god kunskap om risker och sårbarhet som kan påverka dess verksamhet, samt att konsekvenserna för den egna verksamheten har analyserats
- planering för hur risker och sårbarheter ska undanröjas eller minskas. Det ska också finnas en planering för hur de ska hantera konsekvenserna av en extraordinär händelse
- god förmåga att hantera en extraordinär händelse, det vill säga att vidta nödvändiga åtgärder som krävs för att säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan upprätthållas, samt att ge invånarna och medier tillräcklig och korrekt information om händelsen.

3 RISKER OCH HOT I JÄMTLAND/HÄRJEDALEN

Jämtlands län, har 127 000 invånare. En stor del av länet är glesbygd med långa avstånd och en stor andel äldre invånare. Vägnätet sträcker sig över 6000 km, med två europavägar som korsar länet, E14 som går mellan Sundsvall och Trondheim och E45 som går mellan Göteborg och Karesuando. Vintertid är tillströmningen av turister stor till våra fjällanläggningar, vilket medför omfattande transporter med bil, flyg, buss och järnväg.

Tre järnvägsförbindelser finns, Inlandsbanan som främst är för godstrafik, men sommartid även turistr trafik. Atlantbanan (Mittbanan) som går rakt igenom länet och förbinder Trondheim med de stora orterna i Sverige och Norra stambanan som passerar östra delarna av länet.

Här finns två flygplatser, Sveg och Åre/Östersund, som också är internationell. Åre/Östersunds flygplats kan ta emot de största flygplanen, både för persontrafik och för godsfrakter.

Farligt gods lastas och lossas och majoriteten av transporterna körs på väg, men går även på järnväg.

Förutom den personella och materiella beredskapen inför allvarliga händelser behövs en god beredskap i försörjningssystemen för el, värme och vatten samt att all verksamhet i regionen är beroende av fungerande IT-stöd.

Inträffade händelser i världen som även kan/har inträffat i länet, inom regionen och som kan få svåra konsekvenser för de egna verksamheterna är t.ex.:

- Trafik- järnvägs-, flyg- och sjöolyckor
- Bränder och explosioner
- Olyckor med kemiska, biologiska, radioaktiva och klyvningsbara ämnen
- Smittspridning genom epidemier eller sabotage
- Smittat/förorenat dricksvatten
- Naturrelaterade risker/händelser, t.ex. extrema väderförhållanden, översvämningar och dammbrott
- Olyckor som följd av befolkningskoncentrationer t.ex. vid idrotts- och nöjesevenemang
- Sabotage och terroristaktioner
- Störningar i infrastrukturen, såsom el-, värme-, vatten-, teknisk kommunikation
- Ökade flyktingströmmar

3.1 Risk- och sårbarhetsanalys

Region Jämtland Härjedalens olika verksamheter ska vara förberedda på att en extraordinär händelse kan inträffa och därför kartläggs årligen risker och hot i risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) enligt lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. Det pågår riskanalyser såväl för den egna verksamheten som för risker i vår omvärld som kan påverka Region Jämtland Härjedalens möjlighet att bedriva sin verksamhet. De viktigaste syftena med analyserna är att:

- öka medvetande och kunskap hos beslutsfattare och verksamhetsansvariga
- ge underlag för information till invånare och anställda
- ge underlag för planering och genomförande av åtgärder som minskar riskerna och sårbarheten
- utveckla förmågan att förbygga och hantera inträffade händelser
- skapa grundläggande förmåga till civilt försvar

RSA följer mandatperioden och fastställs i mandatperiodens första år av regionstyrelsen. Årlig uppföljning sker däremellan. Rapportering av RSA sker till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Socialstyrelsen och Länsstyrelsen.

3.1.1 Säkerhetsområden

Se bilden på nästa sida som används för att beskriva och åskådliggöra de säkerhetsområden som ligger till grund för riskinventeringar.



4 FÖRBEREDA OCH FÖREBYGGA KRISER

4.1 Gränssättande resurser

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

4.2 Katastrofmedicinsk beredskap

Region Jämtland Härjedalen ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Beredskapen baseras på att det redan innan en allvarlig händelse inträffar finns en planering som bland annat bygger på risk- och sårbarhetsanalyser. Det ska finnas utrustning och personal ska ha utbildats, tränats och övats för sin uppgift. Det gäller oavsett om personalen ska ingå i en ledningsstab eller kunna agera i ett skadeområde. För att klara av att hantera olika typer av allvarliga händelser och extraordinära händelser som drabbar vårt samhälle, måste regioner/landsting ha en beredskap i ett före-, under- och efterperspektiv. Sjukvårdsledningen ska upprätthålla målen för vård och behandling så långt det är möjligt. Efter insats ska det finnas ett kvalitetsarbete där den allvarliga händelsen följs upp och utvärderas mot fastställda kvalitetsmål.

4.3 Driftsäkerhet

Hälso- och sjukvården, kollektivtrafiken och övriga verksamheter inom regionen är beroende av att el, vatten, medicinska gaser, värme, samt telekommunikations- och IT-system fungerar. Allvarliga avbrott kan mycket tidigt hota patienternas säkerhet och är alltid att beakta som allvarlig händelse. Vid upptäckt av en allvarlig intern driftstörning eller samhällsstörning ska alltid

Tjänsteman i beredskap (TiB) larmas via SOS Alarm för beslut om allvarlig händelse. Alla verksamheter ska ha interna reservrutiner för hur driftstörningar ska hanteras på respektive enhet. Anestesibakjouren kontaktas av TiB för att i samråd ta ställning för beredskapshöjning på regional nivå samt om sjukhuset behöver höja beredskapsläget.

I planeringsarbetet ska regionen implementera Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) vägledning; Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar som ska bidra till en ökad förmåga att hantera samhällsstörningar. Frågor som rör driftsäkerhet och robusthet ska integreras i planläggningen på alla nivåer. Följande områden berörs:

- Försörjningssäkerhet för bland annat el, tele- och datakommunikationer
- Reservanordningar för viktiga tekniska försörjningsfunktioner
- Vattenförsörjning
- Byggnaders och lokalers robusthet
- Sjukvårdsanläggningars placering med hänsyn till olika risker
- Skydd mot kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen
- Informationstekniska systems driftkontinuitet
- Personalförsörjning

4.4 Kontinuitetshantering

För att skapa robusthet i Region Jämtland Härjedalens olika infrastrukturer behövs en bra kontinuitetshantering i vardagen. Kontinuitetshantering innebär att man genomför en analys av verksamheten, där man tydliggör vilka aktiviteter som krävs för att verksamheten ska fungera. Därefter beslutar man om vilka åtgärder som behöver vidtas, t.ex. att utarbeta nya reservrutiner eller ställa tydligare krav på stödenheter. Syftet med kontinuitetshantering är att genom förebyggande arbete skapa robusthet i verksamheten så att verksamheten kan fungera trots vardagliga oplanerade och planerade störningar och avbrott som kan påverka vård och patientsäkerhet.

Beroende på vad som framkommer i de olika risk- och sårbarhetsanalyserna, behöver denna planering alltid kopplas ihop med den katastrofmedicinska beredskapen. I vardagen under den dagliga driften måste samtliga medarbetare veta vad man gör i händelse av störningar i viktiga stödprocesser. Utarbetade checklistor behövs på varje enhet för att åtgärder ska kunna vidtas direkt.

4.5 Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Enligt Lag om skydd mot olyckor (2003:778) och förordning (2003:789) ska systematiskt brandskyddsarbete bedrivas av samtliga ägare och nyttjanderättshavare inom offentlig verksamhet. Vid varje verksamhet ska det bedrivas systematiskt brandskyddsarbete som ska dokumenteras och det ska finnas utsedda riskombud.

4.6 Utrymning/evakuering

Vid samtliga enheter/avdelningar ska det finnas aktuella utrymningsplaner med instruktioner samt plan för evakuering som är känd av all personal. Se Evakueringsplan för Jämtlands läns landsting (LS/326/2014).

5 PLANERINGSORGANISATION

Organisationen för planering av den kris- och katastrofmedicinska beredskapen i Region Jämtland Härjedalen består av regionstyrelsen, regiondirektören, beredskapschefen, regionalt säkerhetsråd, regionalt krisledningsråd, lokala kriskommittéer samt extern samverkan

Regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för kris- och katastrofmedicinsk beredskap i regionen och beslutar om den regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen.

Regiondirektören har det yttersta tjänstemannaansvaret för regionens verksamhet och för informationen till regionens politiker.

Beredskapschefen ansvarar för att det finns en organisation och ett system för den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaneringen, att planer finns upprättade för allvarliga händelser och extraordinära händelser samt att regionen följer myndighetskrav. Beredskapschefen ansvarar även för samverkan med andra myndigheter och organisationer lokalt, regionalt och nationellt.

Verksamhetsansvariga medverkar vid upprättande av lokala beredskapsplaner och ansvarar för att medarbetarna har kunskap om enhetens beredskapsuppdrag samt att egna medarbetare erhåller erforderlig utbildning och övning. Ansvaret innebär även att på lokal nivå bemanna enligt lokal kris- och katastrofmedicinsk planering.

Privata vårdgivare ingår som all annan verksamhet inom Region Jämtland Härjedalens beredskap vid allvarlig händelse och extraordinär händelse. Uppdraget framgår i Förfrågningsunderlag Hälsoval Jämtlands län.

5.1 Regionalt säkerhetsråd

Regionalt säkerhetsråd ska arbeta med ett brett spektrum av säkerhetsfrågor och består av regionstabschefen som är ordförande, representanter från funktionsområdena som ses i riskcirkeln (se punkt 3.1.1). Vid behov utökas rådet med ytterligare deltagare. Rådet är en beredande grupp för regiondirektören avseende krisberedskap och säkerhetsfrågor, samt för arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Rådet sammanträder 4-6 gånger per år samt vid behov.

5.2 Regionalt krisledningsråd

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

5.3 Lokala kriskommittéer

Kommittéerna är kommunvisa inom primärvården och ansvarar för att:

- samordna den kris- och katastrofmedicinska verksamheten inom respektive kommun i primärvården
- utifrån genomförda riskanalyser utarbeta och aktuellthålla kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner
- planen är väl känd i organisationen och övad
- säkerställa att det finns en gemensam ledning och samordning av hälsocentralernas insatser vid allvarlig händelse
- berörd personal får utbildning, träning och övning inom det katastrofmedicinska området och att kunskaperna kontinuerligt uppdateras
- katastrofförråd har korrekt och tillräckligt innehåll (adekvat klädsel, utmärkning och medicinsk utrustning)

- lokaler för lokal krisledning är ändamålsenliga och personal är utbildad och övad
- uppföljning och utvärdering av inträffade händelser och övningar genomförs
- arbeta med och följa upp frågor gällande driftsäkerhet och kontinuitetshantering

5.3.1 Lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan

Lokal beredskapsplan ska innehålla uppgifter om:

- instruktioner för larm och alarmering inom och utanför vårdenhet
- beredskapslägen samt när och hur de ska utlösas
- termer och begrepp
- åtgärdskort för alla befattningshavare/funktioner som ingår i beredskapen
- gränssättande resurser
- information om hur personal och övriga resurser ska disponeras
- planering för att skicka ut både personella och materiella resurser till skadeområde
- mottagande, registrering, prioritering, fördelning, undersökning/behandling av patienter inom vårdenheten
- plan för hantering av händelser med farliga ämnen
- särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (vårdenhet)
- samverkan
- samband och kommunikationsfrågor
- information internt och externt till anhöriga och massmedier
- organisation av krisstöd på lokal nivå
- kontinuitetsplanering
- driftsäkerhet
- allvarlig händelse i egna lokaler (t.ex. utrymningsplan vid brand)
- pandemiplanering

Verksamhetsansvarig ansvarar för katastrofförråd, larmlistor och att planer/åtgärdskort är uppdaterade och kända.

5.4 Extern samverkan i planeringsarbetet

En allvarlig händelse berör oftast inte enbart hälso- och sjukvården utan även ett antal andra aktörer med olika uppgifter. Var och en agerar självständigt och leder sin verksamhet och styrs av olika lagstiftning. Samordning genom samverkan är därför nödvändigt för att verksamheterna ska lösa uppgiften. Vid en större samhällsstörning kan behovet av samordning och inriktning bli stort. Berör händelsen flera aktörer kan Länsstyrelsen (på begäran eller på eget initiativ) kalla till samverkanskonferens. Samverkan i länet sker företrädesvis med de aktörer som i nuläget finns inom Trygghetens hus i Östersund eller kan finnas där vid allvarlig händelse, t.ex. SOS Alarm AB, Polismyndigheten, Räddningstjänsten och Kommuner. Samverkan kan även ske med Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Försvarsmakten, JRCC (Joint Rescue Coordination Center) och frivilliga organisationer m.fl.

Samverkan kan även ske över lands-/länsgräns, med andra landsting/regioner, via TiB. De fyra nordliga landstingen/regionerna har en överenskommelse att stödja varandra vid behov, t.ex. med transportresurser eller vårdplatser. Det finns också en överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och Helse-Mitt RHF Norge om nyttjande av ambulansresurser över landsgräns. Vid allvarlig händelse innebär avtalet om gränslös dirigeringsfunktion av ambulansresurser att alarmeringsfunktionen kan ta i anspråk resurser från andra närliggande landsting/regioner. Mellan Norge och Sverige finns också ett avtal om gränssamverkan avseende ambulanshelikopter.

5.5 Personal, utbildning och övning

En allvarlig händelse kräver att det finns en väl känd och förankrad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan innefattande en personalplan som enkelt kan börja fungera med kort varsel. Personalen ska vara väl utbildad och övad för sina uppgifter. Personal i ledande ställning som ska ingå i det medicinska arbetet tas initialt ur befintliga jour- och beredskapslinjer. Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö fördelar resurser och samordnar anmälan till utbildningar och övningar.

Regiondirektören beslutar en långsiktig utbildnings- och övningsplan som sträcker sig över en mandatperiod. Regionalt krisledningsråd, regionalt säkerhetsråd och lokala kriskommittéer ansvarar för inventering av kunskapsläge och planering av utbildnings- och övningsbehov. Därefter ansvarar beredskapschefen för att årligen upprätta utbildnings- och övningsplaner utifrån behovet som framförs. Beredskapschefen ansvarar även för sammanställning av utbildningsbehovet på regional nivå och införandet av nya utbildningar som kan tillföra ökad kompetens för Region Jämtland Härjedalens krisberedskapsorganisation. Utbildning och övning ska genomföras regelbundet.

5.6 Finansiering

Regional kris- och katastrofmedicinsk planering, innefattande utbildning, träning, övning och särskild sjukvårdsledning följer ansvarsprincipen, se punkt 2.1. Finansiering av åtgärder inför extraordinära händelser som ej faller under ansvarsprincipen ersätts via statsbidrag.

Verksamhetsansvariga ansvarar för kostnader för egen planering enligt regional plan för kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Varje enhet tillhandahåller resurspersoner till planeringsarbetet utan särskild ersättning och svarar för egna kostnader för deltagande i planering och övning. Akutmottagningen på Östersunds sjukhus svarar för kostnader för katastrofmedicinsk utrustning och fast saneringsanläggning. Respektive kommun i primärvården svarar för kostnader för katastrofmedicinsk utrustning.

I Region Jämtland Härjedalens beredskapsorganisation finns en katastrofmedicinsk utbildningsgrupp. Instruktörerna tillhandahålls i huvudsak från akutområdet och utför uppdraget i sin ordinarie anställning. Uppdraget innebär att utbilda, träna och öva de personalkategorier som ingår i regionens katastrofmedicinska beredskapsorganisation eller ska delta vid insatser vid allvarlig händelse.

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

5.7 Externa tjänster

5.7.1 Distribution av läkemedel till sjukvårdsinrättning

Vid allvarlig händelse eller extraordinär händelse ska sjukhusapoteket enligt kundens anvisningar medverka med personal och övriga resurser för att snabbt kunna tillhandahålla läkemedel. Kontakt sker via Region Jämtland Härjedalens TiB eller särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

5.7.2 Patologen

När allvarlig händelse eller extraordinär händelse inträffar ska Västerbottens läns landsting medverka med den personal och övriga resurser som överenskommits.

5.7.3 Växel/telefonitjänster

Vid allvarlig händelse eller extraordinär händelse ska telefonist handla utifrån gällande rutiner som tillhandahålls av regionen, samt kunna utföra larmning dygnet runt enligt gällande kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner. Personalen ska utbildas och övas i kris- och katastrofmedicinsk beredskap för att kunna hantera den ökade belastningen.

5.7.4 IT/Major incident Management (MiM)

MiM är den roll hos IT-driftleverantören som styr verksamheten i samband med att en allvarlig händelse inträffat och ansvarar för att minimera den negativa inverkan på verksamheten som beror på incidenter och problem som orsakas av fel i IT-infrastrukturen.

6 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING

I varje region/landsting ska det finnas en särskild sjukvårdsledning. Med särskild sjukvårdsledning menas en förberedd organisation för att leda hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarlig händelse. D.v.s. alla typer av händelser som innebär obalans mellan behov och resurser kräver en tillfällig särskild ledning som snabbt kan prioritera mellan de nya kraven som den allvarliga händelsen ställer på verksamheten. Särskild sjukvårdsledning utövas regionalt, lokalt (på sjukhus och vårdcentral) och i skadeområde (PS- Prehospital sjukvårdsledning).

Syftet med särskild sjukvårdsledning ur ett medicinskt hälso- och sjukvårdsperspektiv blir alltid att verksamheterna ska vara till nytta för dem som drabbats. Den särskilda sjukvårdsledningen ska enligt föreskriften (SOSFS 2013:22) Katastrofmedicinsk beredskap ha befogenhet och förmåga att:

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

Ledning av sjukvård vid en allvarlig händelse förutsätter att ett antal ledningsroller är väl kända och definierade när det gäller ansvar och befogenheter. Dessa ledningsroller finns på alla nivåer: lokal, regional och nationell nivå. Ledningsrollerna kan växla mellan personer i takt med att händelsen utvecklas. Ledningsrollerna är sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig, som till sitt stöd kan ha en stab.

6.1 Beredskapslägen

Region Jämtland Härjedalen måste ha en organisation som kan anpassas till uppgiften. För att detta ska vara möjligt bör regionen gradvis kunna anpassa sin förmåga eller kapacitet utifrån ett normalläge. Beredskapslägen finns på regional nivå och på lokal nivå (sjukhus och hälsocentral), och vart och ett har en tydlig definition:

- **Stabsläge** är ett standbyläge som ska och kan utlösas direkt vid misstanke om att en allvarlig händelse kan inträffa. Innebär att TiB (eventuellt tillsammans med anestesibakjour eller annan specialist) håller sig underrättad om läget och följer händelseutvecklingen. TiB avgör om händelsen ska anses som allvarlig och aktiverar särskild sjukvårdsledning.
- **Förstärkningsläge** utlöses när allvarlig händelse inträffat (tillgänglig kapacitet kommer helt klart eller mycket sannolikt att bli otillräcklig). Innebär att särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner.
- **Katastrofläge** innebär att särskild sjukvårdsledning vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner.

7 TJÄNSTEMAN I BEREDSKAP

Tjänsteman i beredskap (TiB) är den funktion som under dygnets alla timmar tar emot larm vid misstanke om allvarliga händelse. TiB har till uppgift att bekräfta eller avvisa allvarlig händelse samt att initiera och samordna det inledande arbetet. Vidare ska TiB bedöma vilka i den egna organisationen och vilka myndigheter som ska larmas och informeras. TiB har särskild utbildning och regiondirektörens mandat och befogenheter att använda Region Jämtland Härjedalens totala materiella och personella resurser vid beslutad allvarlig händelse.

Efter att TiB tagit beslut om allvarlig händelse övergår regionen i en särskild organisation och etablerar en särskild sjukvårdsledning på regional nivå. TiB har åtgärdskort för specifika händelser, dessa ska användas som en försäkring om att alla åtgärder vidtas och i rätt ordning. När händelsen avslutats ska TiB sammanställa en rapport som läggs i WiS (Skyddat webbaserat informationssystem).

7.1 Larm till TiB

- alarmeringsfunktionens larmoperatör, enligt överenskomna kriterier för larm
- sjukvårdsledaren i skadeområde om misstänkt allvarlig händelse*
- egen verksamhet – t.ex. driftsjour*
- andra landsting/regioner*
- samverkande myndigheter (polisen, räddningstjänsten, länsstyrelsen)*
- smittskyddsläkare*
- Socialstyrelsens TiB*
- annan aktör inom samhällets krisberedskapssystem

**via alarmeringsfunktionen*

7.2 Larmkriterier för TiB

SOS-Alarm ska larma/vidarebefordra larm till TiB om något av nedanstående kriterier aktualiseras:

- Olycka med fyra eller flera drabbade eller vid flera samtidiga olyckor (ex väg, järnväg, båt)
- Brand/rökutveckling på vårdenhet, flerfamiljsbostad, hotell, publik lokal, skola, industri
- Flyghändelse med alla former av varningslarm, förmodat haveri med okänd haveriplats, haveri med känd haveriplats samt sannolikt haveri

- Befarad/konstaterad olycka med farligt ämne: Kem, biologiskt, radiak, nukleärt. (Även brandrök innefattas)
- Hot om händelse med potentiellt stort skadeutfall (t.ex. bombhot, explosion)
- Misstänkt allvarlig händelse – JA, fråga från första sjukvårdsenhet (ambulanspersonal/sjukvårdsgrupp)
- På begäran från annan myndighet, organisation, annat/egen region/landsting
- Vid konstaterad brist av ambulanser i länet
- Nationella, regionala och interna störningar, telefoni/data, vädervarning, höga flöden, evakuering och dylika händelser
- Händelse med misstänkt stort medialt intresse
- Vid fråga eller fundering från larmoperatör

TiB ska dessutom alltid kontaktas vid:

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

8 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ REGIONAL NIVÅ

Region Jämtland Härjedalen följer den nationella ledningsmodellen för särskild sjukvårdsledning vid allvarlig händelse. Denna beskriver att vid en händelse som inte kan hanteras på lokal nivå, etableras en särskild sjukvårdsledning på regional nivå när regionens tjänsteman i beredskap (TiB) har värderat larmets innehåll, bedömt och tagit beslut om detta är en allvarlig händelse, d.v.s. bekräftat allvarlig händelse.

Den stora övergripande uppgiften för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå är att:

- samordna sjukvårdens olika verksamheter
- samverka med andra myndigheter

8.1 Samordnad ledning

De flesta landsting/regioner har flera sjukhus, som vid en allvarlig händelse behöver samordnas. I Jämtland finns endast ett sjukhus, därför har särskild sjukvårdsledning på regional nivå och specialistvårdens lokala nivå samlokaliserats. Avsikten med samordningen är att vid en allvarlig händelse optimera ledningsförmågan för Region Jämtland Härjedalen på regional och lokal nivå, samt att minska sårbarheten och säkerställa bemanning av funktionerna i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå. I särskild sjukvårdsledning på regional nivå ingår ledningsrollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig, samt en stab med följande funktioner:

- stabschef
- insats och logistik
- dokumentation
- kommunikation
- fastighet, lokaler och service
- samband och säkerhet
- krisstöd (PKL)
- specialister, kallas in vid behov

9 SÄRSKILD SJUKVÅRDSLEDNING PÅ LOKAL NIVÅ

I Jämtland finns endast ett sjukhus, därför har särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (specialistvården) och regional nivå samlokaliserats, (se punkt 8.1).

Med ledning på lokal nivå menas i Region Jämtland Härjedalen att ansvara för verksamheten i skadeområdet eller på berörd hälsocentral och leda händelsen inom ramen för tilldelade resurser.

9.1 Primärvården

Hälsocentralen kan larmas av SOS Alarm eller Tjänsteman i beredskap (TiB). Sjukvårdsledare i särskild sjukvårdsledning på lokal nivå för respektive hälsocentral fattar beslut om beredskapshöjning på hälsocentralen.

9.2 PS- Prehospital Sjukvårdsledning (Skadeområdet)

Vid en stor olycka eller katastrof kommer resurserna i skadeområdet initialt att vara otillräckliga. En viktig uppgift för ledningen i skadeområdet är att rapportera om den aktuella kapaciteten, men även kommande behov för att särskild sjukvårdsledning på regional nivå ska ha möjlighet att skapa balans mellan behov och resurser.

I Region Jämtland Härjedalen ska konceptet för PS- Prehospital Sjukvårdsledning® användas när första sjukvårdsenhet samt ytterligare en enhet finns på skadeplats t.ex. ambulans, räddningstjänst eller polis.

9.2.1 Lednings- och samverkansansvar

I skadeområdet etableras en särskild sjukvårdsledning (Prehospital sjukvårdsledning) med ledningsrollerna sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig. På så sätt säkerställs att sjukvårdsinsatsen kan samordnas och att samverkan direkt kan etableras med bl.a. räddningstjänsten och polisen. Den gemensamma insatsen i ett skadeområde leds i samverkan av sjukvårdsledare, räddningsledare och polisinsatschef utifrån en gemensam ledningsplats.

Sjukvårdsledare (SVL) är en befattningshavare ur den först anlända ambulansen, kan också vara en sjukvårdsgrupp. SVL har säkerhets-, resurs-, samverkans- och kommunikationsansvar och är den som i största möjliga utsträckning skapar förutsättningar för annan sjukvårdspersonal att arbeta effektivt.

Medicinskt ansvarig (MA) är initialt den med högst medicinsk kompetens i första ambulans/sjukvårdsgrupp. Det medicinska ledningsansvaret kan senare övertas av person med högre medicinsk kompetens.

För att tydliggöra och underlätta arbetet i skadeområdet är det viktigt att märka ut hälso- och sjukvårdspersonalens funktioner genom märkta varselvästar och hjälmar. Arbetsmiljöverket och Vägverket har i samverkan med dåvarande Statens Räddningsverk, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen tagit fram rekommendationer för varselvästar där ledningsfunktionerna märks ut på ett enhetligt sätt.

Läs mer om ämnet i dokumenten: Särskild sjukvårdsledning (RS/1566/2015) och Allmänna riktlinjer för verksamheten inom skadeområdet (RS/1565/2015)

10 OMHÄNDERTAGANDE PÅ VÅRDENHET

10.1 Specialistvård

Anestesibakjour bedömer (i samråd med TiB/sjukvårdsledare) utifrån tillgänglig information om höjning av beredskapsläge (stabsläge, förstärkningsläge, katastrofläge) för sjukhuset. Ett sådant

beslut åtföljs av en i förväg bestämd och känd larmkedja, se Kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan för specialistvården.

10.2 Primärvård

Samtliga hälsocentraler som ingår i systemet för hälsoval utgör enligt avtal en del av Region Jämtland Härjedalens katastrofmedicinska beredskap. Enligt avtalet ska hälsocentralerna ha en beredskap att:

- vara mottagande enhet för att ta emot lätt skadade patienter*
- vara uppsamlingsplats för skadade
- vid behov ha möjlighet att bistå med psykosocialt omhändertagande
- sända ut sjukvårdsgrupp(-er) till skadeplats

*Ett riktmärke kan vara att alla vårdenheter i samma kommun vid en allvarlig händelse tillsammans ska kunna ta emot lätt skadade inom sex timmar från det att en olycka skett och att de lätt skadade ska kunna övervakas i 12 timmar efter åtgärd.

10.3 Registrering och journalföring

På vårdenhet ska de skadade registreras i en särskild förteckning som tar upp patientens identitet om den är känd och en sammanfattande skadebeskrivning. Rutiner vid skyddad identitet ska finnas. Den ska också visa vart patienten förs. Dessa uppgifter ska kontinuerligt vidarebefordras till den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå. Oavsett hur den skadade har anlänt till vårdenheten så registreras och journalförs han eller hon på samma sätt. Ingen patient får lämna vårdenheten utan att vara registrerad. Om möjligt används samma formulär som i den dagliga ordinarie verksamheten, allt enligt Patientdatalagen (2008:355). Om förenklade så kallade katastrofjournaler används vid en allvarlig händelse är det viktigt att de liknar vardagens system så långt detta är möjligt.

Skadekortet sparas och bifogas patientens journalhandlingar.

Alla inkomna patienter, (även döda) förses med identifikationshandling.

10.4 Vårdplatser

Placering och utrymning av vårdplatser sker på direktiv av särskild sjukvårdsledning på regional nivå enligt lokala planer. Läs mer i lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner.

11 SJUKVÅRDSGRUPPER

Sjukvårdsgrupper från en vårdenhet kan skickas till ett skadeområde för att förstärka resurserna. Sjukvårdsgrupp ska bestå av en läkare, en sjuksköterska och eventuellt ytterligare en sjuksköterska eller en undersköterska. Läkare i sjukvårdsgrupp ska primärt besitta anesthesi- eller allmänläkar-kompetens, men kan också ha annan utbildning av betydelse för katastrofmedicinskt omhändertagande. Vid kemisk olycka kan läkare med kompetens från intern- och eller lungmedicin behöva ingå i sjukvårdsgrupp. Sjuksköterska rekryteras från akutområdet eller primärvården. Sjukvårdsgruppen ska bära särskild personlig utrustning och medföra adekvat medicinsk utrustning. Den personliga och medicinska utrustningen ska följa de krav som ställs på sjukvårdsutrustning och läkemedel. Se dokumentet: Allmänna riktlinjer för verksamheten inom skadeområdet (RS/1565/2015).

Vid olycka med farligt ämne ska personalen bära skyddsutrustning som är anpassad för insatsen. Ambulanspersonal använder skyddsdräkt med huva anpassad till skyddsmask 90. Sjukvårdens

personal på sjukhus och i sjukvårdsgrupper ska använda huva med fläkt tillsammans med skyddsdräkt utan huva. Se dokumentet: Personsanering och personligt skydd vid händelser med farliga ämnen (RS/1564/2015).

De som ingår i sjukvårdsgrupp ska förutom den medicinska kompetensen ha genomgått särskild utbildning för sjukvårdsgrupp. Ovanstående krav gäller oavsett om sjukvårdsgrupp utgår från sjukhuset eller från hälsocentral i länet.

11.1 Inköp av utrustning

Val av sjukvårdsgrupputrustning sker utifrån respektive enhets behov, kravet är dock att kläderna har den gröna färgen för sjukvårdsverksamhet, samt rätt märkfärg. För gällande avtal se dokumentet: Allmänna riktlinjer för verksamheten inom skadeområdet (RS/1565/2015).

11.2 Sjukvårdsgrupp vid sjukhuset

Vid sjukhuset i Östersund ska det dygnet runt under årets alla dagar finnas möjlighet att sända ut minst två sjukvårdsgrupper till skadeplats.

Första sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut inom 15 minuter. Andra sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut inom 30 minuter.

Under övrig tid på dygnet kan tiden för att aktivera och skicka ut en sjukvårdsgrupp vara betydligt längre.

11.3 Sjukvårdsgrupp inom primärvården

I länet ska respektive kommun i primärvården gemensamt kunna sända ut sjukvårdsgrupp/er till skadeplats vid allvarlig händelse. Sjukvårdsgrupperna ska under dagtid/vardagar vara klara att åka ut inom 30 minuter. Ansvar för att samverka, samordning och planering kommer till stånd och genomförs ligger i linjen. Att kunna sända sjukvårdsgrupper till skadeplats liksom att ta emot lättare skadade ska regleras i de lokala planerna och i enlighet med reglerna för hälsoval.

11.4 Utlarmning av sjukvårdsgrupp

Sjukvårdsledaren i skadeområdet och även TiB kan besluta att det behövs resursförstärkning i form av en eller flera sjukvårdsgrupper samt besluta om varifrån dessa bäst ska tas. I lokala planer regleras hur detta sker praktiskt.

12 KRISLEDNINGSNÄMND

Vid långvariga och omfattande samhällsstörningar, t.ex. stora snömängder, storm, översvämningar eller pandemi kan beslut om extraordinär händelse tas i regionen och en krisledningsnämnd etableras. Regionfullmäktige har inrättat krisledningsnämnden som består av fem ordinarie ledamöter och fem ersättare. Nämnden tar beslut som rör stora avvikelser från regionens normala åtaganden. Krisledningsnämnden kan överta hela eller delar av verksamhetsområdet från olika nämnder i regionen, i den utsträckning som bedöms nödvändigt. Krisledningsnämndens ordförande beslutar när nämnden ska träda i funktion. I krisledningsnämndens reglemente finns närmare bestämmelser om detta. Krisledningsnämndens uppdrag finns angivet i "Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (SFS 2006:544)".

13 LARMVÄGAR

13.1 Larmvägar regional nivå

SOS Alarm larmar Region Jämtland Härjedalens TiB utifrån överenskomna kriterier för larm (se punkt 7.2). Larm kan även inkomma från exempelvis egen verksamhet, andra landsting/ regioner eller myndigheter. TiB bedömer händelsen och beslutar om eventuell beredskapshöjning för regional nivå samt kontaktar eller inkallar vid behov särskild sjukvårdsledning på regional nivå. Inkallelse sker genom SOS Alarm. Särskild sjukvårdsledning på regional nivå kan även rekommendera sjukhuset samt lokala sjukvårdsledningar att höja beredskapsläge.

13.2 Larmvägar lokal nivå

Vid bekräftad allvarlig händelse larmar SOS Alarm anestesijouren, som vidarebefordrar larmet till sin bakjour för beslut om eventuell beredskapshöjning för sjukhuset. När beslut om beredskapsläge fattats meddelar bakjouren SOS Alarm, som i sin tur meddelar TiB och akutmottagningen. Larmkedjan fortsätter enligt lokal larmplan och åtgärdskort.

Vid larm om bekräftad allvarlig händelse till hälsocentral fattar utsedd beslutsfattare, tillika sjukvårdsledare beslut om höjning av beredskapsläge, samt att särskild sjukvårdsledning på lokal nivå etableras. Dessa beslut kan också fattas i samråd med särskild sjukvårdsledning på regional nivå.

14KRISKOMMUNIKATION

Region Jämtland Härjedalens interna och externa information i samband med allvarlig händelse syftar till att i rätt tid ge relevant och korrekt information till berörda målgrupper (t.ex. drabbade, allmänhet, medarbetare och samverkande organisationer, samt media). Det är därför nödvändigt att informationsinsatserna så långt det är möjligt samordnas mellan den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå och den lokala motsvarigheten (vårdenhet/er och skadeområde). Den regionala sjukvårdsledningen ska även samverka med andra myndigheter, kommuner och övriga aktörer för att undvika dubbla eller oklara budskap. Vid vissa tillfällen kan informationen också behöva samordnas nationellt. För mer detaljerad information se Kriskommunikationsplan (LS/100/2012) eller Särskild sjukvårdsledning (RS/1566/2015) som anger hur information och kommunikation ska ske på både lokal och regional nivå vid en allvarlig händelse och eller extraordinär händelse.

15KRISSTÖD / (PKL)

Krisstödet är en betydelsefull del av den totala katastrofmedicinska beredskapen. Det är viktigt att både direkt och indirekt drabbade tidigt erbjuds en psykologisk första hjälp. I varje landsting/ region ska det finnas en Krisstödsorganisation. I Region Jämtland Härjedalen finns ordförande och vice ordförande i Krisstöd/PKL i den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå, med uppgift att samordna de psykologiska insatserna inom sjukhuset.

Lokaler, telefonnummer och åtgärdskort för det psykologiska omhändertagandet måste ingå i beredskapsplaneringen.

Vid en allvarlig händelse ska Krisstöd/PKL:

- Leda och samordna det psykologiska omhändertagandet
- Tillse att direkt och indirekt drabbade personers psykologiska behov tillgodoses
- Ge psykologiskt stöd till sjukvårdspersonalen när behov finns
- Samverka med andra aktörer, t.ex. POSOM, Polis och socialtjänst.

Mer om krisstöd/PKL finns att läsa i: Plan för Krisstöd/PKL (RS/1563/2015)

16 HÄNDELSE MED FARLIGA ÄMNEN (CBRN)

Farliga ämnen, eller CBRN, är begrepp som omfattar alla ämnen som kan orsaka skador på människor oavsett om det är av kemisk, biologisk, radiologisk eller nukleär natur. I Region Jämtland Härjedalen är den övervägande delen kemiska ämnen och den största delen farliga ämnen är petroleumprodukter i form av drivmedel och eldningsolja. Därutöver finns giftiga kondenserade gaser och frätande vätskor i relativt stor omfattning. Vägtransporterna står för den största mängden farligt gods och transporterna sker till stor del på de stora och vältrafikerade vägarna.

16.1 C – Kemisk händelse

C-händelse – Händelse med skadliga kemikalier som utgör fara.

Räddningstjänstens räddningsledare ansvarar för hela räddningstjänstens insatsen i enlighet med lagen om skydd mot olyckor (2003:778). De ansvarar för att evakuera drabbade ur riskområdet och att utföra **livräddande** personsanering av kontaminerade personer, vilket innebär att snabbast möjligt avbryta eller reducera exponeringen för ett farligt ämne. I övergången mellan varm och kall zon utför Räddningstjänsten livräddande personsanering, i samverkan med sjukvårdens medicinska åtgärder.¹

Polisen ansvarar för yttre avspärrning, utrymning samt säkerhetsskydd för räddnings- och sjukvårdspersonal. De ansvarar även för registrering av tillsynes oskadade, skadade och döda människor samt tillhörigheter från de drabbade. Detta ansvar sträcker sig från att en olycka har skett fram tills sanering och teknisk undersökning är slutförd. Polisen har också informationsansvar till drabbades anhöriga samt ansvar för uppsamlingsplats för döda.

Sjukvården ansvarar för medicinskt omhändertagande både vid eventuell ambulanstransport och vid fast saneringsanläggning i anslutning till akutmottagningen på Östersunds sjukhus. Vid den fasta saneringsanläggningen utförs **fullständig** personsanering, vilket innebär noggrann tvättning för att avbryta fortsatt exponering samt undvika att det farliga ämnet, via kontaminerad person eller kontaminerat material, förs vidare till rena miljöer. Enligt Socialstyrelsens saneringsstrategi ska den fullständiga personsaneringen utföras av sjukvårdspersonal vid sjukhus.

¹ På denna punkt avviker Jämtlands rutin från Räddningsverkets, Socialstyrelsens och Rikspolisstyrelsens gemensamma rapport (Planering och samverkan vid händelser med farliga ämnen, 2008) som anger att livräddande personsanering ska ske i övergången mellan het och varm zon.

16.2 B – Biologisk händelse

B-händelse – Händelse där sjukdomsalstrande mikroorganismer utgör en fara.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för såväl den personinriktade som den objektrinriktade smittskyddsverksamheten. I nuvarande smittskyddslag (2004:168) stagas att landstinget svarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtag inom landstingsområdet.

Smittskyddsinstitutet ska som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera.

Smittskyddsläkaren ska planera, organisera och leda smittskyddet inom länet. Smittskyddsläkaren tjänstgör vid Smittskyddsenheten, som är en länsövergripande myndighet. Ansvarar för landstingets beredskapsplaner för smittskydd.

Verksamhetschefen ska se till att det finns rutiner för att förhindra spridning av smittsam sjukdom inom den egna verksamheten.

Länsstyrelsen med länsveterinären har ansvar för bekämpning av smittsamma sjukdomar hos djur samt ett övergripande ansvar för tillsyn enligt livsmedelslagen, epizooti- och zoonoslagen.

Miljö- och hälsoskyddsnämnd (MHN) eller motsvarande inom kommunen svarar för att objektrinriktade smittskyddsåtgärder vidtas.

16.3 RN – Händelse med radiologiska och nukleära ämnen

RN-händelse – Händelse där joniserande strålning utgör en fara

Ansaret för den svenska krisberedskapen mot olyckor och händelser med radioaktiva ämnen delas av ett stort antal aktörer på både nationell och regional nivå:

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) är expertmyndighet inom strålsäkerhet och ansvarar bl.a. för att ge råd om strålskydd och sanering efter utsläpp av radioaktiva ämnen samt utgöra expertstöd.

Socialstyrelsen har till uppgift att stödja hälso- och sjukvården med råd om medicinskt omhändertagande och kriskommunikation.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har ett nationellt samordningsansvar i händelse av kärnteknisk olycka och radioaktivt utsläpp.

Länsstyrelsen har huvudansvaret för olyckor vid kärntekniska anläggningar i samverkan med MSB och andra rådgivande myndigheter. Vidare ska de samordna verksamheten mellan kommuner, landsting/regioner, myndigheter och samhällsviktiga privata aktörer, samt verka för att informationen till allmänheten och företrädare för massmedia samordnas. Länsstyrelsen är också ansvarig för beslut om rekommendationer avseende t.ex. sanering.

Räddningstjänsten ansvarar för insatserna vid andra olyckor med radioaktivt material, som t.ex. transportolycka. Om någon blivit kontaminerad med radioaktivt material svarar räddningstjänsten vanligen för den initiala saneringen.

Region/Landsting ansvarar för att omhänderta skadade personer respektive personer som erhållit en hög stråldos. Sjukhusfysiker som deltar i samband med olycka eller katastrof med

joniserande strålning svarar för att göra mätningar innan sanering av radioaktivt material påbörjas respektive när sanering är slutförd. Initial skattning av stråldos som patient/er kan ha erhållit samt lägesrapporter ska lämnas till SSM, Socialstyrelsen och Länsstyrelsen. Region/Landsting svarar också för medicinsk uppföljning.

Polismyndigheten ansvarar vid en kärnteknisk olycka för t.ex. avspärrning och utrymning samt registrering i samverkan med andra aktörer.

Mellan Sverige och Norge har plan för; Regional informationssamverkan mellan Sverige och Norge vid en kärnteknisk olycka tagits fram. Syftet är att skapa förutsättningar för en koordinerad kommunikation med allmänhet, media och näringsliv mellan Sverige och Norge vid en kärnteknisk olycka.

Mer information om hantering av händelser med farliga ämnen finns att läsa i dokumentet: Personsanering och personligt skydd vid händelser med farliga ämnen (RS/1564/2015).

17 NATIONELL OCH INTERNATIONELL SAMORDNING

17.1 Regerings- och myndighetsansvar

De departement som bär det övergripande ansvaret för nationella krisberedskapsfrågor är:

- Justitiedepartementet som handlägger försvarsfrågor/krishanteringsfrågor
- Utrikesdepartementet som hanterar internationella frågor
- Socialdepartementet som ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor

Socialstyrelsen är en statlig myndighet under Socialdepartementet som inom det svenska krisberedskapssystemet är ansvarig för sektorn för hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens krisberedskapsarbete ingår därför i det nationella systemet för krisberedskap. Myndigheten har inom krisberedskapen till uppgift att omvärldsbevaka och initiera kontakter med landsting/regioner och nationella/internationella myndigheter, om de anser att det finns behov av samverkan. Ledning på nationell nivå har inte sin motsvarighet i den dagliga verksamheten och behöver snabbt kunna aktiveras och etableras när det behövs. Socialstyrelsen har därför en tjänsteman i beredskap (SoS-TiB) som har till uppgift att ta emot larm/information om händelser som kan komma att engagera många landsting/regioner eller där landstingen/regionerna kan behöva stöd. Socialstyrelsens TiB går att nå via SOS Alarm.

Länsstyrelsen representerar områdesansvaret i valda delar av departementens och myndigheternas handläggning vid allvarlig händelse, t.ex. RN-olycka.

Vid nationella och internationella allvarliga händelser kan ett flertal myndigheter inkopplas direkt från regering och departement, exempelvis Smittskyddsinstitutet, Strålsäkerhetsmyndigheten, Statens jordbruksverk, Tullverket, Statens Veterinärmedicinska anstalt, Migrationsverket o.s.v.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har enligt sin instruktion uppdraget att verka för samverkan och samordning inom ramen för såväl det nationella som det internationella krishanteringssystemet då det gäller CBRNE-frågor.

17.2 Allvarlig händelse utomlands

Varje dag befinner sig tusentals svenska medborgare utomlands. En händelse i ett annat land kan därför allvarligt komma att påverka hälso- och sjukvården och regionerna/landstingen i Sverige.

Socialstyrelsen har tillsammans med andra myndigheter och organisationer bildat en stödstyrka, som snabbt ska kunna hjälpa människor med hemvist i Sverige som drabbats av en allvarlig händelse utomlands. Sex landsting (Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Uppsala, Östergötland och Västerbotten) är skyldiga att ha beredskap för eventuella internationella insatser, där personalen ska kunna lämna Sverige senast tolv timmar efter fattat beslut. Beslutet om att stödstyrkan ska sättas in fattas av generaldirektören på MSB efter anmodan av utrikesdepartementet (UD). Svenska nationella ambulansflyget (SNAM) är en annan förstärkningsresurs som kan användas för omfattande evakueringar av skadade.

17.3 Händelser med många svårt brännskadade

Behandling av svåra brännskador är sedan 2010-01-01 rikssjukvård. Akademiska sjukhuset i Uppsala och Universitetssjukhuset i Linköping är de två landsting som fått rikssjukvårdstillstånd och till detta tagit fram en nationell plan för hantering av händelser med flera svåra brännskador för att säkerställa en tidig och kvalitetssäkrad respons. Planen innehåller en beskrivning av kontaktvägar med rikssjukvårdscentra vid flera svårt brännskadade. Planen innehåller även en beskrivning av nationell samordning av brännskadeplatser samt viktiga överväganden vid stort skadeutfall med brännskador.

Vid tre eller fler svårt brännskadade ska alltid TiB i Landstinget Östergötland larmas för samordning.

18 SJUKVÅRD VID HÖJD BEREDSKAP OCH KRIG

Grundberedskapen omfattar alla de åtgärder/resurser som fordras för att upprätthålla en beredskap mot fredstida hot och risker samt för begränsat väpnat angrepp i nuvarande omvärldsläge. Den medicinska katastrofberedskapen i fred är grunden för sjukvårdsberedskapen i krig. I Försvarmaktens krigsorganisation är sjukvårdsresurserna begränsade varför sjukvårdsbehoven vid väpnat angrepp måste tillgodoses av den civila sjukvården.

18.1 Totalförsvaret – Civilt försvar

Totalförsvaret består av militärt försvar och civilt försvar. Civilt försvar är den verksamhet som ansvariga aktörer genomför i syfte att göra det möjligt för samhället att hantera situationer då beredskapen höjs. Det civila försvaret är därmed inte en organisation. Verksamheten bedrivs av statliga myndigheter, kommuner, landsting/regioner, privata företag och frivillig organisationer. Målet för civilt försvar är att:

- värna om civilbefolkningen
- säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna
- bidra till Försvarmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld

18.2 Höjd beredskap inför krig

Högsta beredskap råder om Sverige är i krig. Om krigsfara eller extraordinära förhållanden föranledda av krig råder utanför Sveriges gränser, eller att Sverige varit i krig eller att krigsfara råder får regeringen besluta om skärpt och högsta beredskap. Förklaring att riket är i krig får (utom vid väpnat angrepp mot riket) inte ges av regeringen utan riksdagens medgivande.

18.3 Regionens ansvar och uppgifter inför och under höjd beredskap

Planer för verksamhet under höjd beredskap ska innehålla uppgifter om vilken verksamhet som ska bedrivas, hur krigsorganisationen ska se ut, vilken personal som ska tjänstgöra och vad som i

övrigt behövs för att regionen/landstinget ska kunna höja beredskapen och bedriva verksamhet under höjd beredskap. Dessa planer vilar på den fredstida krisplaneringen.

Under höjd beredskap ansvarar regionstyrelsen för ledningen av den civila hälso- och sjukvården samt övriga verksamheter som regionen ska bedriva. Regionen ska rapportera till Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap om förberedelser och förhållanden av betydelse för det civila försvaret. Under höjd beredskap ska regionen även rapportera till Länsstyrelsen.

Regionen har skyldighet att lämna upplysningar om identitet, vistelseort, hälsotillstånd m.m. om krigsfångar och andra skyddade personer som är i Sveriges våld till nationella upplysningsbyrån. Uppgifter i fråga om krigsfångar ska lämnas till Totalförsvarets rekryteringsmyndighet och i fråga om andra skyddade personer till Migrationsverket. Vilka i sin tur vidarebefordrar uppgifterna till den nationella upplysningsbyrån. Regionen ska också till Totalförsvarets rekryteringsmyndighet respektive Migrationsverket lämna uppsamlade värdeföremål och handlingar samt uppgifter om gravplatser.

Svenska Röda Korset kan begära hjälp av Regionen att förbereda nationella upplysningsbyråns verksamhet i fredstid.

19 KVALITETSARBETE

Kvalitetsarbete är idag en integrerad del av all verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det ställs nya och större krav på att vården formulerar strategiska mål samt mäter och jämför resultaten med den egna verksamheten och andra. Det ställs också krav på kvalitetsförbättring. Ett väl fungerande ledningssystem ger förutsättningar för att vården ska kunna följa upp kvaliteten och säkerheten samt systematiskt förbättra verksamheten. Även arbetet inom den katastrofmedicinska beredskapen måste följa det som är fastställt i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och i föreskriften (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) Katastrofmedicinsk beredskap innehåller rekommendationer om kvalitetsarbetet inom den katastrofmedicinska beredskapen.

19.1 Kvalitetssäkring

Med kvalitetssäkring menas att en verksamhet har definierat processer för sitt arbete, dokumenterat dessa samt tagit fram olika verktyg som stöd för arbetet. För att kunna värdera kvaliteten i en verksamhet behöver man kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator är i detta sammanhang en mätbar variabel inom vården som används för att registrera viktiga aspekter av vårdkvalitet. Indikatorerna ska vara tydliga, pålitliga och mätbara. Kvalitetssäkring innebär bland annat kontroll av att:

- regionala och lokala planer är uppdaterade och aktuella
- berörd personal är informerad, utbildad och övad
- rutiner finns för dokumentation av åtgärder vid inträffad händelse
- uppföljning och utvärdering av inträffade händelser och övningar görs
- riskinventering och analyser genomförs
- rutiner finns för samverkan med andra myndigheter och organisationer
- rutiner finns för samverkan med annat land

19.2 Utvärdering

Efter inträffad allvarlig händelse, extraordinär händelse och övning genomförs uppföljning av de mätbara målen och resultatet presenteras i regionalt krisledningsråd och regionalt säkerhetsråd

innan eventuell analys och åtgärd. Uppföljning av mätbara mål görs av respektive chef för inblandade verksamheter och Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö i samverkan. Eventuella avvikelser hanteras enligt de rutiner för avvikelshantering som regionen fastställt.

19.3 Mätbara mål

Region Jämtland Härjedalen ska vid allvarlig händelse eller extraordinär händelse kunna mobilisera och omfördela resurser så att normala medicinska kvalitetskrav kan upprätthållas för det stora flertalet patienter. Som underlag för utvärdering har regionen följande mätbara mål. Målen ska utvärderas och kan ändras.

Särskild sjukvårdsledning i skadeområde

- Utmärkning av sjukvårdsledare och medicinskt ansvarig direkt vid ankomst
- ”Genom vindrutan rapport” enligt METHANE lämnas till larmoperatör inom 2 minuter från det att första ambulans/sjukvårdsgrupp kommit till skadeplats
- Formulera inriktningsbeslut inom 3 minuter
- Etablera kontakt med TiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå inom 5 minuter
- Verifieringsrapport lämnas inom 10 minuter enligt fastställd rutin från det att första ambulans/sjukvårdsgrupp kommit till skadeplats
- Fastställ ett medicinskt inriktningsbeslut inom 10 minuter
- Påbörja avtransport av skadade inom 15 minuter
- Underlag för presskommuniké inom 30 minuter

TiB/Särskild sjukvårdsledning på regional nivå

- Beslut om beredskapsnivå för regional nivå inom 3 minuter från beslut om allvarlig händelse
- Beslut om ytterligare resurser ex. sjukvårdsgrupper tas inom 5 minuter från larm
- Medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare för särskild sjukvårdsledning på regional nivå etableras inom 5 minuter
- Säkerställ kontakt med skadeområdet inom 10 minuter från larm
- Preliminär fördelningsnyckel lämnas till sjukvårdsledare i skadeområdet inom 10 minuter från larm
- Larmar (kontaktar) mottagande vårdenheter inom 10 minuter från beslut om allvarlig händelse
- Fatta ett preliminärt inriktningsbeslut för den regionala nivån inom 15 minuter från verifieringsrapporten
- Fast fördelningsnyckel lämnas till sjukvårdsledare i skadeområde inom 30 minuter från larm
- Vid behov larmas annat landsting/region inom 30 minuter från larm
- Pressmeddelande lämnas till televäxeln inom 30 minuter från beslut om allvarlig händelse
- Särskild sjukvårdsledning på regional nivå bemannas enligt planerna

Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå (vårdenhet)

- Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå bemannas enligt planerna
- Beslut om eget beredskapsläge inom 3 minuter från mottaget larm
- Ge underlag till TiB/särskild sjukvårdsledning på regional nivå om resurser inom 15 minuter
- Första sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut från sjukhuset inom 15 minuter
- Fatta ett inriktningsbeslut för vårdenhetens verksamhet inom 25 minuter
- Andra sjukvårdsgrupp ska dagtid/vardagar vara klar att åka ut från sjukhuset inom 30 minuter
- Sjukvårdsgrupper inom primärvårdens närvårdsområden ska under dagtid/vardagar vara klara att åka ut inom 30 minuter.

Genom dessa mätbara mål kan en mer systematisk uppföljning och utvärdering av allvarliga händelser göras. Intentionen är att återföra kunskap till verksamheterna. Kvalitetssäkring och utveckling ska vara en naturlig del av allt arbete med katastrofmedicinsk beredskap. Efter inträffad allvarlig händelse eller extraordinär händelse genomförs uppföljning av de mätbara målen och resultatet presenteras i regionalt säkerhetsråd innan eventuell analys och åtgärd. Uppföljning av mätbara mål görs av respektive chef för inblandade verksamheter och enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö i samverkan.

20 FÖRFATTNINGSKRAV

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt omhändertagandet av avlidna. Landstinget har också ansvaret för sjuktransporter på marken i väglös terräng (vilket regionen har löst genom avtal med räddningstjänsten). Lagen fastställer också att landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap SOSFS 2013:22 kräver bland annat att det i varje landsting ska finnas en katastrofmedicinsk beredskapsplan. Landstinget ska planera för samverkan, egen personal, lokaler, utrustning, information, krisstöd inför och vid allvarlig händelse. Obligatoriska funktioner som ska finnas är tjänsteman i beredskap och särskild sjukvårdsledning. Den katastrofmedicinska beredskapen ska också systematiskt följas upp och utvärderas.

Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 gäller för verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Enligt den ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket ska dokumenteras. I det systematiska förbättringsarbetet ingår riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättring av åtgärder i verksamheten samt av processer och rutiner.

Smittskyddslagen (2004:168) föreskriver smittskyddsläkarens ansvar för länets smittskydd och epidemiberedskap.



Lag (2006:544) och Förordning (2006:637) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap beskriver inrättandet av Krisledningsnämnd och skyldighet att upprätta plan för extraordinära händelser. Vidare beskrivs skyldigheten att genomföra riskanalyser, utbilda och öva samt rapportera till Länsstyrelse och Socialstyrelsen. Krav ställs också på vilka åtgärder landsting ska vidta inför och vid höjd beredskap. Vid högsta beredskap ska landsting övergå till krigsorganisation.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter om landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2015:4 anger när och hur risk- och sårbarhetsanalyserna ska redovisas och till vilka. Det framgår också hur förmågebedömning ska ske liksom vilka bedömningsnivåer som ska användas vid samlad bedömning av de båda delförmågorna krishanteringsförmåga och förmåga i samhällsviktig verksamhet att motstå allvarliga störningar.

Enligt arbetsmiljölagen (1977:116) har arbetsgivaren en huvuduppgift i att se till att arbetsmiljön är säker för arbetstagarna. Arbetsgivaren ska identifiera risker som kan finnas på arbetsplatsen och bedöma hur de kan påverka arbetstagarna. Med riskbedömningen som grund ska arbetsgivaren vidta de åtgärder som behövs.

Lag (2003:778) om skydd mot olyckor ställer särskilda krav på egenkontroll av brandskyddet både ur verksamhets- och fastighetsägarsynpunkt. Redogörelse ska lämnas till kommunen.

Lag (1996:627) om säkerhetsskydd reglerar det skydd som kan behövas för viss verksamhet om den är av betydelse för rikets säkerhet eller behöver skyddas mot terrorism.

Lag (1992:1403) om totalförsvaret och höjd beredskap ställer kraven att vid höjd beredskap ska landsting vidta särskilda åtgärder i fråga om planering och inriktning av verksamheten, tjänstgöring och ledighet för personal, samt användning av tillgängliga resurser som är nödvändiga för att de under de rådande förhållandena ska kunna fullgöra sina uppgifter inom totalförsvaret.

Förordning (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap beskriver hur varje myndighet i sin verksamhet ska beakta totalförsvarets krav. Myndigheternas planering för totalförsvaret ska ske i samverkan med de statliga myndigheter, kommuner, landsting, sammanslutningar och näringsidkare som är berörda.

Krig, 15 kap. regeringsformen beskriver vad som gäller om Sverige utsätts för ett väpnat angrepp eller hamnar i krig eller krigsfara. Här finns även regler för när och hur Sverige får skicka soldater till andra länder.

21 DEFINITIONER

Allvarlig händelse	En befarad eller inträffad händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras och ledas av en särskild sjukvårdsledning för att lösa uppgiften. T.ex. transportolyckor, explosioner, bränder, utbrott av allvarlig smitta, spridning av farliga ämnen, infrastrukturstörning och väpnat angrepp samt psykosocial påverkan på samhället som en följd av traumatiska händelser.
Ansvarsprincipen	Innebär att den som ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden har samma ansvar under kris- och krigssituationer.
Beredskap	Att vara beredd på kommande utveckling.
Extraordinär händelse	Händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner



	och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting (Lag 2006:544).
Farliga ämnen (CBRN-E)	Ämnen vars kemiska (C), biologiska (B), radiologiska (R), nukleära (N) eller explosiva (E) egenskaper innebär fara för människor.
Förstärkningsläge	En beredskapsgrad som innebär att sjukvårdsledningen vidtar åtgärder för att punktförstärka viktiga funktioner inom sjukvården.
Grundläggande säkerhet	Normal robusthet och beredskap som ska finnas i samhället.
Gränssättande resurser	Aktuell förmåga/kapacitet att ta emot skadade. De resurser som krävs för att klara en insats.
JRCC – Joint Rescue Coordination Center	Sjöfartsverket ansvarar för både Sjöräddning och Flygräddning.
Katastrof	Händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas.
Katastrofläge	En beredskapsgrad som innebär att alla de funktioner inom sjukvården som krävs tas i anspråk och att personal och utrustning förstärks.
Katastrofmedicinsk beredskap	Beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse.
Kontaminering	Att utsättas för eller få ett kemiskt eller radioaktivt ämne på sig (personen blir kontaminerad).
Kontinuitetsplanering	Handlar om att minska sin sårbarhet och öka motståndskraften mot olika händelser som kan påverka ens verksamhet.
Krisberedskap	Förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris förebygga, motstå och hantera krissituationer.
Krisledningsnämnd	Enligt lagen om extraordinära händelser ska det i varje landsting och kommun finnas en nämnd för att fullgöra uppgifter under en extraordinär händelse.
Ledningskomponent	Del av ledning som hanterar vissa typer av frågor.
Likhetsprincipen	Verksamhet ska så långt som möjligt överensstämma under såväl normala förhållanden som under kris och katastrofer.
Medicinskt ansvarig (MA)	Person med den högsta medicinska kompetensen och med ledningsutbildning som har ansvaret för de medicinska besluten. Rollen som medicinskt ansvarig finns på alla ledningsnivåer.
Normativ komponent	Att tolka och besluta om sjukvårdsorganisationens roll och uppgift utifrån gällande lagstiftning.
Närhetsprincipen	Innebär att kriser ska hanteras på lägsta möjliga nivå i samhället.
Operativ komponent	Är ledning av insats inom ramen för tilldelade resurser och ska genomföra aktiviteter utifrån avsikt och inriktning för insatsen.
PKL	Psykologisk/psykiatrisk katastrofledning.
POSOM	Psykosocialt omhändertagande grupp. Kommunernas verksamhet för psykosocialt omhändertagande.
Risk	Sannolikheten för att en känd eller okänd händelse inträffar som innebär att uppställda mål ej uppnås.
Riskområde	Område inom vilket skada på människor, miljö eller egendom kan befaras eller ytterligare kan ske.
Räddningsledare, RL	Statlig eller kommunal tjänsteman som utses leda och ansvara för räddningsinsats.
Samhällsviktig verksamhet	en samhällsfunktion av sådan betydelse att ett bortfall av eller en svår störning i funktionen skulle innebära stor risk eller fara för befolkningens liv och hälsa, samhällets funktionalitet eller samhällets grundläggande värden.
Samverkan	Process där representanter för olika verksamhetsområden som lyder under olika lagstiftning tillsammans ska lösa en uppgift.



Sanering	Åtgärd för att ta bort skadliga ämnen från personer, miljö eller egendom.
Sjukhusfysiker	Legitimerat yrke sedan 1998 inom hälso- och sjukvård. Är regionens expert i strålskyddsfrågor gällande röntgen, nuklearmedicin (radioaktiva ämnen används som läkemedel) och strålbehandling.
Sjukvårdsgrupp	Sjukvårdspersonal som agerar i ett skadeområde. Består av läkare och sjuksköterskor och eventuellt en undersköterska.
Sjukvårdsledare (SVL)	Person från hälso- och sjukvården som har logistik och resursansvar för sjukvårdsinsats vid allvarlig händelse. Rollen som sjukvårdsledare finns på alla ledningsnivåer.
Stab	Grupp/person som bistår chef vid ledning av verksamhet.
Stabsläge	En beredskapsgrad som innebär att ledningen håller sig underrättad om läget, vidtar de åtgärder som definieras i aktuell åtgärdslista för den aktuella enheten och följer händelseutvecklingen.
Stor olycka	Då tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet, men där det genom omfördelning av resurser och förändrad teknik är möjligt att upprätthålla normala kvalitetskrav.
Strategisk komponent	Att efter en bedömning av omedelbara och kommande resursbehov besluta om inriktning för och omfattning av en insats.
Särskild sjukvårdsledning	En förberedd organisation för att leda hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarlig händelse.
TiB, Tjänsteman i beredskap	Tar emot larm dygnet runt om "misstänkt allvarlig händelse" och är en direktkontakt till den regionala nivån.
WiS – Webbaserat informationssystem	System framtaget av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, för att organisationer som ingår i samhällets krishanteringssystem ska kunna dela information med varandra.

Regionstyrelsen

§ 236 Undantag från modervarumärkesstrategin gällande Estrad Norr (RS/1644/2015)

Ärendebeskrivning

Regionala utvecklingsnämnden har lämnat ett förslag till regionstyrelsen om att göra ett undantag från modervarumärkesstrategin och besluta att Estrad Norr får behålla sin inarbetade logotyp med undertexten Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för både det organisatoriska varumärket och för platsens varumärke. För att öka attraktionskraften för såväl platsen som organisationen måste organisationen arbeta aktivt med att stärka varumärket.

Region Jämtland Härjedalen beslutade våren 2015 att använda sig av en strategi kallad modervarumärke. Det innebär att organisationens samtliga verksamheter marknadsförs under samma logotyp - enskilda verksamheter kan ha kvar sitt namn men inte använda en egen logotyp.

Fördelarna med modervarumärkesstrategin är att den långsiktigt är det mest kostnadseffektiva och att den skapar goda förutsättningar för att öka organisationens synlighet och tydlighet och därmed attraktivitet. Den bidrar också till förståelse för att Region Jämtland Härjedalens verksamhet är omfattande och besitter bred kompetens.

Undantag från modervarumärkesstrategin beslutas av regionstyrelsen och godkänns endast i de fall där Region Jämtland Härjedalens inflytande i verksamheten – i form av ägande eller annat – är mindre än 50 procent. Region Jämtland Härjedalen äger Estrad Norr till 100 procent.

Estrad Norr genomför regelbundet undersökningar kring kundnöjdhet beträffande utbud, lokaler och liknande. Det finns dock ingen känd undersökning som visar hur välkänd och/eller inarbetad Estrad Norrs logotyp är.

Estrad Norr utgör en viktig del av Region Jämtland Härjedalens attraktionskraft genom att erbjuda ett levande och uppskattat kulturutbud men också genom att vara en attraktiv arbetsplats. För att stärka varumärket Region Jämtland Härjedalen är det därför viktigt att tydligt visa att Estrad Norr tillhör Region Jämtland Härjedalen. Det görs genom att Estrad Norr använder den gemensamma logotypen. Det är också långsiktigt mest kostnadseffektivt för Region Jämtland Härjedalen att samtliga verksamheter använder en enda logotyp och en enda grafisk profil.

Att bevilja undantag från modervarumärkesstrategin på annan grund än det beslutade – mindre än 50 procents ägande/inflytande – riskerar att bli prejudicerande och på sikt urholka Region Jämtland Härjedalens varumärke.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag regionala utvecklingsnämnden 2015-10-13, § 141

Skrivelse från Estrad Norr

Exempel på två olika typer av annonser

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Regionstyrelsen
2015-11-03--04

Regiondirektörens förslag

1. Undantag från modervarumärkesstrategin gällande Estrad Norr medges inte.
2. Estrad Norr ska behålla sitt nuvarande namn och använda Region Jämtland Härjedalens logotyp.

Yrkande

Robert Uitto (S) yrkar på återremiss med följande motivering:

”Vid kommande sammanträde ska regionstyrelsen via regiondirektören få en grundligare presentation och sammanställning på hur spritt och känt varumärket Estrad Norr är bland allmänheten.”

Proposition

Ordförande ställer proposition på om ärendet ska behandlas idag eller återremitteras och finner att ärendet ska återremitteras.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

Ärendet återremitteras med följande motivering:

Vid kommande sammanträde ska regionstyrelsen via regiondirektören få en grundligare presentation och sammanställning på hur spritt och känt varumärket Estrad Norr är bland allmänheten.

Utdrag till

Kommunikationschef
Regionala utvecklingsnämnden
Estrad Norr

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2015-10-13

Regionala utvecklingsnämnden

§ 141 Fråga om undantag från modervarumärkesstrategin (RUN/1242/2015)

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige antog i april 2015 en modervarumärkesstrategi med grundregeln, en organisation - ett varumärke. En gemensam policy för Region Jämtland Härjedalen som organisation och plats ska ge goda förutsättningar att skapa ett starkt varumärke.

Länskulturen har informerat om och arbetat med frågan om varumärkesstrategin på informationsmöten, arbetsplatsträffar och i möten med kommunikationsenheten under våren. Samtliga kulturens verksamheter är införstådda med att det kommer att göras en genomgripande översyn av loggor och webbsidor i koppling till strategin.

Estrad Norr, regionens institution för förmedling av professionell scenkonst av musik, musikteater, teater och dans, har redan i april ställt frågan om ett undantag från regeln genom att kunna behålla sin logotype. Estrad Norr lyfter argument som institutionens historik, identitet och tillgänglighet för att bevara en inarbetad logotype som är väl känd av publik, arrangörer, deltagare och samarbetspartners. Frågan aktualiseras inför skyltning av lokaler, bussar och webbsidor i koppling till tillgänglighetsarbete som påbörjas hösten 2015.

Beslutsunderlag

Vikten av att bevara logga, Estrad Norr 2015-04-30.

Protokollsutdrag arbetsutskottet 2015-10-05, § 165.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Utifrån anförda skäl görs ett undantag från varumärkespolicyn genom att Estrad Norr, regionens institution för professionell musik, musikteater, teater och dans, får behålla sin inarbetade logotype med undertexten Region Jämtland Härjedalen.
2. Ta önskemålet i beaktande i samband med behandling av remiss av varumärkespolicyn.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Utifrån anförda skäl görs ett undantag från varumärkespolicyn genom att Estrad Norr, regionens institution för professionell musik, musikteater, teater och dans, får behålla sin inarbetade logotype med undertexten Region Jämtland Härjedalen.
2. Ta önskemålet i beaktande i samband med behandling av remiss av varumärkespolicyn.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2015-10-13

Regionala utvecklingsnämnden

Förslag till beslut på mötet

Robert Uitto (S) yrkar på att ordet "varumärkespolicy" i ärendet byts ut mot det korrekta "modervarumärkesstrategin" och att punkt två i arbetsutskottet förslag till beslut utgår av denna anledning.

Beslutsgång

Ordförande ställer fråga på sitt yrkande och finner det antaget.

Ordförande ställer fråga på grundförslaget punkt ett, att föreslå att regionstyrelsen gör ett undantag från modervarumärkesstrategin för Estrad Norr. Ordförande finner att nämnden bifaller till det.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Utifrån anförda skäl görs ett undantag från modervarumärkesstrategin genom att Estrad Norr, regionens institution för professionell musik, musikteater, teater och dans, får behålla sin inarbetade logotype med undertexten Region Jämtland Härjedalen.

Utdrag till

Områdeschef Kultur; Regionstyrelsen

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Vikten av bevarandet av Estrad Norrs namn, varumärke samt logga



Bakgrund

När den statliga Regionmusiken upphörde 1988 bildades Länsmusikstiftelser i samtliga län, utom Stockholm, med Landstingen som ensam stiftelsebildare.

De statliga medlen kanaliserades direkt till dessa stiftelser och var de första åren nästan till 100% finansierade av staten via kulturrådet.

Dåvarande TR (idag Svensk Scenkonst) och Symf (Sveriges yrkesmusikerförbund) förhandlade om särskilda kollektivavtal för regionmusiker, eftersom symfoniorkesteravtalet inte var tillämpligt i alla delar för Regionmusiken.

När man så bildade stiftelser fortsatte avtalet att gälla för Länsmusikverksamhet.

I Bohuslän blev det Musik i Väst, i Skåne Musik i Syd, och i Jämtland Länsmusiken Jämtland och i avtalen ändrades namnen.

Länsteatern Jämtland/Härjedalen som är en utav Sveriges yngsta länsteatrar bildades 1997.

Norrlands nätverk för musikteater och dans (NMD) är ett kommunalförbund och ett turnénätverk för att tillgängliggöra opera, musikteater och dans för en större publik i de fyra norrländska länen Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten.

Estrad Norr bildades 2005 genom en sammanslagning av länsmusiken, Länsteatern Jämtland/Härjedalen och NMD, med endast en chef, istället för tidigare två.

Tillgänglighet

Att behålla Estrad Norrs väl etablerade namn och logga hjälper scenkonsten i Jämtlands län att förbli tillgänglighetsanpassad. Loggan kan man känna igen oavsett ålder, läskunnighetsgrad, mentala funktionshinder eller modersmål. Ett tydligt exempel på det är att barn på länets förskolor och skolor tidigt lär sig sammankoppla vår logga (som syns på affischer, marknadsföringsmaterial samt när en Estrad Norr bil rullar in på skolgården) med musik-, dans- eller teaterföreställningar.

Estrad Norr har under lång tid arbetat upp epitet som kvalité, professionalism, tillgänglighet och öppenhet.

Det kan man som publik förvänta sig när man går och ser en föreställning/konsert. Men då behöver avsändaren förbli tydlig för att upprätthålla det upparbetade och inte tappa förtroende och antal besökare.

”Ni på Estrad Norr gör så bra grejer” – Citat från nöjd kund.

Även för Estrad Norrs samarbetspartners, t ex arrangörerna, kan ett eventuellt byte av varumärke/logga skapa förvirring: Är Region Jämtland Härjedalen en ny scenkonstverksamhet? Går det att beställa scenkonst genom Region Jämtland Härjedalen?

Estrad Norrs logga med dess färgsättning och design syns tydligt, både i litet format i en tidningsannons och även på långt håll på affischer och bilar.

Merarbete

Estrad Norr skulle behöva lägga mycket arbetskraft, tid och pengar om en ny logga skulle bli aktuell. Det tar tid att etablera en ny logga/ett nytt varumärke i publikens, arrangörernas, samverkanspartners samt artisters medvetande.

I Nätverket NMD (nätverk Norrlands musik- & dansteater) skulle ett byte av logga och namn betyda komplikationer för flertalet parter, då verksamheterna marknadsförs gemensamt på hemsidor och andra kanaler i de fyra Norrlandslänen. De övriga verksamheterna är Norrlands Operan, Piteå Kammaropera samt Norrdans.

I STIM-avtalen och i PISA-förordningen som reglerar pensionsvillkoren för statligt stödda kulturverksamheter och därmed hos SPV finns Estrad Norr.

Identitet

Estrad Norr med både namn och logga ger arbetsgruppen en identitet både internt och externt. Estrad Norr har arbetat ihop musik-, teater-, musikteater- och dans verksamheterna under samma namn och jobbar ofta över dessa gränser som arbetsgrupp och ser vinning i tid, pengar och i arbetsglädje.

Bland teater- och musikutövare är Estrad Norr ett vedertaget begrepp, ett begrepp som når utanför Jämtlands gränser. Vi ses även som en trygg och bra arbetsgivare. Många söker sig till oss tack vare vårt goda rykte.

Skulle Region Jämtland Härjedalen i framtiden ingå i storregion med Västernorrland (som också har scenkonstverksamhet) och Estrad Norr stå utan varumärke och logga, kan scenkonsten i Jämtland komma att bli helt anonym.

Bilden nedan visar Maher (från Senegal) och Sousou Cissoko som turnerade för Estrad Norr i Jämtlands läns skolor, under tre veckor hösten 2014. De spelade, sjöng och berättade om instrumentet kora och dess starka dragningskraft, hur det förde dem samman och kallade dem till ett livsäventyr. På sin facebooksida skrev de tillsammans med bilden: "To play for children in the schools of Sweden has never felt as important as today"
Ett exempel på hur Estrad Norr som namn och verksamhet lever utanför Jämtlands gränser.



Estrad Norr presenterar



Quatuor Zaïde

Den prisbelönta kvartetten med fyra unga fransyskor
CHARLOTTE JUILLARD *violin*, LESLIE BOULIN-RAULET *violin*,
SARAH CHENAF *viola* & JULIETTE SALMONA *cello*

ur programmet:

Sjostakovitj Stråkkvartett nr 7 op. 108,
Mozart Stråkkvartett nr 14, K 387, Debussy Stråkkvartett op. 10

ons 4 nov 19.00

Exercishall Norr

Förköp: www.estrادنorr.se, Visit Östersund (turistbyrån, serviceavgift tillkommer)



Estrad Norr presenterar



Quatuor Zaïde

Den prisbelönta kvartetten med fyra unga fransyskor
Charlotte Juillard *violin*, Leslie Boulín-Raulet *violin*
Sarah Chenaf *viola*, Juliette Salmona *cello*

ur programmet: Sjostakovitj Stråkkvartett nr 7 op. 108,
Mozart Stråkkvartett nr 14, 387, Debussy Stråkkvartett op. 10

Onsdag 4 nov kl 19:00 Exercishall Norr

FÖRKÖP: WWW.STRADNORR.SE, VISIT ÖSTERSUND
(TURISTBYRÅN, SERVICEAVGIFT TILLKOMMER)



Estrad Norr presenterar

Lunchkonsert varje onsdag 12.00!

ons 23 sept

Egna & andras visor

Jens Gustavson sång & gitarr, Mia Kempff bas

ons 30 sept

Svenska skojare

Anna Brandt, Henric Hallberg sång, Astrid Åslin sång/piano

ons 7 okt

Virtuos orgelmusik

Jonas Karlsson organist

ons 14 okt

Söndagstrion

Margareta Kallin tuba, Per Ekeröth banjo/gitarr, Lars-Erik Eriksson saxofoner/klarinet

ons 21 okt

Kjell-Erik Eriksson spelar & berättar

Kjell-Erik Eriksson fiol

ons 28 okt

Längtans blommor

Urban Hedin sång, piano, synthar

ons 4 nov

Östersunds sångarbröder

ons 11 nov

Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg

Joakim Simonsson piano, Pär-Ola Landin bas, Magnus Vikberg trummor

ons 18 nov

Två sångarbröder

Jan Löfgren, Hans Löfgren sång, Elisabeth Lundquist piano

ons 25 nov

De gyllene åren

Kiki Korths-Aspegren sång, Markus Ernehed gitarr & piano

ons 2 dec

Swingtime

Lars Wikström fiol, Bo Eklund dragspel, Rolf Engberg gitarr, Bo Andersson vibrafon, Walter Granlund bas

ons 9 dec

God jul önskar Teater Barda med vänner

ons 16 dec

Estrad Norr Julspecial

Estrad Norrs personal

Gamla Kyrkan
Östersund

**Fri
entré**

Programlängd
ca 45 minuter

Reservation för ev ändringar
i programmet. Se annons
onsdagar i de lokala
tidningarna.

Medarrangör
Svenska kyrkan
ÖSTERSUND

Arrangeras av



ESTRAD NORR
Jämtlands läns musik & teater
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

www.estrادنorr.se

Hösten 2015

Estrad Norr presenterar

Fri entré

Lunchkonsert

varje onsdag kl 12:00 Gamla kyrkan Östersund

ONS 23 SEPT

Egna & andra visor

Jens Gustavsson sång och gitarr, Mia Kempff bas

ONS 30 SEPT

Svenska skojare

Anna Brant, Henric Hallberg sång, Astrid Åslin sång/piano

ONS 7 OKT

Virtuos orgelmusik

Jonas Karlsson organist

ONS 14 OKT

Söndagstrion

Margareta Kallin tuba, Per Ekeröth banjo/gitarr, Lars-Erik Eriksson saxofoner/klarinet

ONS 21 OKT

Kjell-Erik Eriksson spelar och berättar

Kjell-Erik Eriksson fiol

ONS 28 OKT

Längtans blommor

Urban Hedin sång, piano, synthar

ONS 4 NOV

Östersunds sångarbröder

ONS 11 NOV

Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg

Joakim Simonsson piano, Pär-Ola Landin bas, Magnus Vikberg trummor

ONS 18 NOV

Två sångarbröder

Jan Löfgren, Hans Löfgren sång, Elisabeth Lundquist piano

ONS 25 NOV

De gyllene åren

Kiki Korths-Aspegren sång, Markus Ernehed gitarr och piano

ONS 2 DEC

Swingtime

Lars Wikström fiol, Bo Eklund dragspel, Rolf Engberg gitarr, Bo Andersson vibrafon, Walter Granlund bas

ONS 9 DEC

God jul önskar Teater Barda med vänner

ONS 16 DEC

Estrad Norr Julspecial

Estrad Norrs personal

Programlängd ca 45 minuter.
Reservation för ev ändringar i
programmet. Se annons ons-
dagar i de lokala tidningarna.

Medarrangör

Svenska kyrkan
ÖSTERSUND

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Estrad Norr presenterar

Lunchkonsert varje onsdag 12.00!

ons 23 sept

Egna & andras visor

Jens Gustavson *sång & gitarr*, Mia Kempff *bas*

ons 30 sept

Svenska skojare

Anna Brandt, Henric Hallberg *sång*, Astrid Åslin *sång/piano*

ons 7 okt

Virtuos orgelmusik

Jonas Karlsson *organist*

ons 14 okt

Söndagstrion

Margareta Kallin *tuba*, Per Ekeröth *banjo/gitarr*, Lars-Erik Eriksson *saxofoner/klarinet*

ons 21 okt

Kjell-Erik Eriksson spelar & berättar

Kjell-Erik Eriksson *fiol*

ons 28 okt

Längtans blommor

Urban Hedin *sång, piano, synthar*

ons 4 nov

Östersunds sångarbröder

ons 11 nov

Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg

Joakim Simonsson *piano*, Pär-Ola Landin *bas*, Magnus Vikberg *trummor*

ons 18 nov

Två sångarbröder

Jan Löfgren, Hans Löfgren *sång*, Elisabeth Lundquist *piano*

ons 25 nov

De gyllene åren

Kiki Korths-Aspegren *sång*, Markus Ernehed *gitarr & piano*

ons 2 dec

Swingtime

Lars Wikström *fiol*, Bo Eklund *dragspel*, Rolf Engberg *gitarr*, Bo Andersson *vibrafon*, Walter Granlund *bas*

ons 9 dec

God jul önskar Teater Barda med vänner

ons 16 dec

Estrad Norr Julspecial

Estrad Norrs personal

Gamla Kyrkan
Östersund

**Fri
entré**

Programlängd
ca 45 minuter

Reservation för ev ändringar
i programmet. Se annons
onsdagar i de lokala
tidningarna.

Medarrangör
Svenska kyrkan
ÖSTERSUND

Arrangeras av



ESTRAD NORR
Jämtlands läns musik & teater
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

www.estrادنorr.se

Hösten 2015

Estrad Norr presenterar



Fri entré!

Lunchkonsert

varje onsdag kl 12:00 Gamla kyrkan Östersund

ONS 23 SEPT

Egna & andra visor

Jens Gustavsson *sång och gitarr*, Mia Kempff *bas*

ONS 30 SEPT

Svenska skojare

Anna Brant, Henric Hallberg *sång*, Astrid Åslin *sång/piano*

ONS 7 OKT

Virtuos orgelmusik

Jonas Karlsson *organist*

ONS 14 OKT

Söndagstrion

Margareta Kallin *tuba*, Per Ekeröth *banjo/gitarr*, Lars-Erik Eriksson *saxofoner/klarinet*

ONS 21 OKT

Kjell-Erik Eriksson spelar och berättar

Kjell-Erik Eriksson *fiol*

ONS 28 OKT

Längtans blommor

Urban Hedin *sång, piano, synthar*

ONS 4 NOV

Östersunds sångarbröder

ONS 11 NOV

Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg

Joakim Simonsson *piano*, Pär-Ola Landin *ban*, Magnus Vikberg *trummor*

ONS 18 NOV

Två sångarbröder

Jan Löfgren, Hans Löfgren *sång*, Elisabeth Lundquist *piano*

ONS 25 NOV

De gyllene åren

Kiki Korths-Aspegren *sång*, Markus Ernehed *gitarr och piano*

ONS 2 DEC

Swingtime

Lars Wikström *fiol*, Bo Eklund *dragspel*, Rolf Engberg *gitarr*, Bo Andersson *vibrafon*, Walter Granlund *bas*

ONS 9 DEC

God jul önskar Teater Barda med vänner

ONS 16 DEC

Estrad Norr Julspecial

Estrad Norrs personal

Programlängd ca 45 minuter.
Reservation för ev ändringar i
programmet. Se annons ons-
dagar i de lokala tidningarna.

Medarrangör

Svenska kyrkan
ÖSTERSUND

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN





**Slutrapport för utredning av mer enhetliga
patientavgifter**

2015-11-13

Version: 1

Beslutsinstans: Regionfullmäktige



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2015-11-13	Nyutgåva	



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	6
1.1	Beslut om översyn	6
1.2	Projektorganisation	6
2	SAMMANFATTNING	7
3	BAKGRUND	8
3.1	Inspiration från Värmland	8
4	AVGRÄNSNING	8
5	ÖVERSYN AVGIFTER	9
5.1	Nuläge	9
5.1.1	Utgångsläge och osäkerhetsfaktorer	9
5.1.2	Intäkter från patientavgifter i öppenvård	9
5.1.3	Högekostnadsskyddet	9
5.1.4	Andel besök med frikort	10
5.1.5	Antal öppenvårdsbesök	10
5.2	Patientavgifters styreffekter	10
5.3	Förslag förändrade avgifter	11
5.3.1	Sammanfattning och ekonomiska konsekvenser	11
5.4	Fördjupning av förslag till förändrade avgifter	12
5.4.1	Vårdbesök	12
5.4.2	Vårdbesök på jourtid och akutmottagning	13
5.4.3	Förlängning av sjukintyg och receptförnyelse	14
5.4.4	Ambulans	14
5.4.5	Debitering av uteblivna patienter	15
5.4.6	Laboratoriemedicin	15
5.4.7	Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin	16
5.4.8	Syncentral	16
5.4.9	Hörcentral inkl pedagogiska hörselvården	17
5.4.10	Distansöverbyggande teknik	18
5.4.11	Screening/riktade hälsokontroller	19
5.4.12	Avgifter barn och unga	19
5.5	Summering konsekvenser av mer enhetliga avgifter	20
6	SJÄLVBETJÄNING	20
6.1	Vad är självbetjäning?	20

6.2	Nuläge.....	21
6.3	Var skulle självbetjäning kunna införas?.....	21
6.4	Självbetjäning med kortbetalning eller ej?.....	21
6.5	Information.....	22
6.6	Förslag	22
7	AUTOMATISERAD FRIKORTSHANTERING	23
7.1	Nuläge.....	23
7.2	Varför automatiserat e-frikort?	23
7.3	Vilka beslut krävs för att komma igång?.....	24
7.3.1	Finansiering	24
7.3.2	Övriga beslut	24
7.4	Förslag	24
8	FAKTURERING ELLER KORTBETALNING.....	25
8.1	Nuläge – flera betalalternativ	25
8.2	Fakturering som enda betalalternativ i terminalen	25
8.3	Kortbetalning som betalalternativ i terminalen.....	26
8.4	Kontantbetalning i undantagsfall	26
8.5	Erbjuda alla patienter e-faktura.....	26
8.6	Erbjuda samlingsfaktura	27
8.7	Förslag	27
9	JÄMLIK OCH JÄMSTÄLLD VÅRD	28
9.1	Prioriterade grupper	28
9.2	Konsekvenser av nya avgifter.....	28
9.3	Konsekvenser av införande av självbetjäning	29
9.4	Konsekvenser av införande av automatiserat frikort.....	29
9.5	Konsekvenser av betalning i efterhand.....	29
9.6	Ekonomisk konsekvens för fyra typpatienter.....	29
9.7	Möjlighet att få avbetalningsplan	30
9.7.1	Avbetalningsregler i andra landsting	30
10	KOMMUNIKATION	31
11	ÖVRIGT	31
12	BILAGOR.....	33
	Bilaga 1: Reviderad tidsplan för utredning om mer enhetliga avgifter	33
	Bilaga 2 Kompletterande uppdrag 2015-10-23, 2015-11-13	34



Anneli Svensson, Åsa Engberg Blomgren
Ekonomistaben

2015-11-13

Dnr:RS/200/2015

Bilaga 3 Sammanställning förslag nya avgifter	35
---	----

1 INLEDNING

1.1 Beslut om översyn

Regionstyrelsen beslutade i mars 2015 att en översyn för mer enhetliga patientavgifter enligt den s k Värmlandsmodellen ska göras.

En översyn av patientavgifter ska även leda till förslag som kan öka Region Jämtland Härjedalens intäkter med 5 mnkr (enligt LUP, långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning).

Syftet med uppdraget enligt Värmlandsmodellen är att förenkla för patienten. Detta genom att införa enhetliga avgifter (alla vet vad patientbesöket ska kosta), självbetjäning (anmälan vid besök), automatiserat frikortssystem (patienten behöver inte själv hålla koll på kvitton etc) och fakturering i efterhand (ej behöva hantera betalning vid ankomst). Ett beslut om en enkel avgiftskonstruktion och dessutom ett enkelt betalningssätt samt mer automatik kan också bidra till att den administrativa hantering blir mer kostnadseffektiv.

Flera landsting och regioner har infört mer enhetliga avgifter/enhetstaxa. Förutom landstinget i Värmland bland andra Norrbottens läns landsting, landstinget i Kalmar län och Region Gävleborg.

Uppdraget kompletterades med att även möjligheten till kortbetalning skulle utredas, dvs. inte enbart fakturering i efterhand (som Värmland har).

Den 23 oktober 2015 utökades uppdraget till att även innehålla en beräkning av högre enhetstaxa, den ekonomiska konsekvensen av detta redovisas i bilaga 2.

Utredningen startade under 2014 och det arbetet finns sammanfattat i ”Översyn mer enhetliga patientavgifter - Rapport 1”.

1.2 Projektorganisation

Projektet Mer enhetliga patientavgifter enligt Värmlandsmodellen har bedrivits i fyra delprojekt:

- Översyn avgifter, delprojektledare Anneli Svensson och Åsa Engberg Blomgren
- Självbetjäning, delprojektledare Annika Enarsson
- Automatiserad frikortshantering, delprojektledare Bert-Ola Danielsson
- Fakturering i efterhand samt kortbetalning , delprojektledare Georgios Bitsakis

Huvudprojektledarna Anneli Svensson och Åsa Engberg Blomgren har tillsammans med projektledarna från de övriga delprojekten utgjort projektgrupp. Kommunikationsstaben har representerats i projektet och övriga kompetenser har adjungerats efter behov.

2 SAMMANFATTNING

De ekonomiska effekterna av förändrade avgifter och införande av självbetjäning, frikort etc är svårbedömda. Statistik som underlag till avgiftsberäkningar har varit bristfällig och kalkyler för inköp av system, självbetjäningsterminaler/läsplattor, integrationer etc är uppskattade fram till dess att upphandling sker.

Utredningens sammanfattande förslag innebär att mer enhetliga avgifter införs med enhetstaxa 200 kronor, vilket skulle ge 6,2 mnkr i ökade intäkter för Region Jämtland Härjedalen. Om åldern för avgiftsfritt för barn samtidigt sänks från 20 år till 18 år ökar intäkterna med ytterligare 1,5 mnkr.

Självbetjäning införs etappvis med start i receptionen på Östersunds sjukhus där störst nytta kan uppnås. För att patientflödet ska bli optimalt leder anmälan via självbetjäningsterminalen till att en faktura genereras, som skickas hem till patienten. Det utgår inga faktureringsavgifter. För att förenkla för patienter och administration införs samlingsfaktura över månadens besök. Patienten ska kunna välja att få fakturan elektroniskt via bank.

När patienten når högkostnadsskyddet 1 100 kronor utfärdas automatiskt frikort (digitalt eller fysiskt kort). Det pågår en förstudie med syfte att skapa en nationell lösning för automatiserat frikort (e-frikort). Den nationella tjänsten kräver att varje landsting/region har automatiserat sin frikortshantering för att kunna ingå i den nationella lösningen.

Delprojekt	Ökade intäkter (+), kr	Ökade kostn (-) / minskade kostn (+), kr	
		Årligen	År 1 endast
Delprojekt Översyn avgifter	+7 700 tkr		
Delprojekt Automatiserad frikortshantering		-70 tkr	-550 tkr
Delprojekt Fakturering eller kortbetalning			
Samlingsfaktura		-30 tkr	-456 tkr
Delprojekt Självbetjäning Etapp 1 -terminaler 4 st (läsplattor, ej betalfunktion) -system -personal		-32 tkr +1 000 tkr	-60 tkr -240 tkr



Tabellen ovan visar de uppskattade ekonomiska konsekvenserna för genomförande av förslaget. Möjliga personalminskningar inom reception och redovisningsenhet kan bidra till finansieringen. Personella resurser för införandeprocessen ingår inte.

Bilaga 3 (sid 35) innehåller sammanställning av utredningens förslag till nya avgifter.

3 BAKGRUND

3.1 Inspiration från Värmland

Inspiration till projektet är hämtat från Landstinget i Värmland. Värmlandsmodellen med enhetstaxa innebär att alla vårdbesök för vuxna över 20 år kostar 200 kronor oberoende av vilken personalkategori som besöks eller när, var och hur besöken äger rum är. Patientens kostnad är 200 kronor för varje besök upp till högkostnadstaket 1 100 kronor per år.

Syftet var att få ett enkelt system och mer rättvist mellan olika patientgrupper. Undantagen minimerades. Alla, såväl patienter som personal, ska alltid veta vad besöket kostar.

Värmland införde enhetstaxan och även självbetjäningsterminaler 2012. Det innebär att patienten anmäler sig själv via en terminal vid ankomsten. Möjlighet finns även till manuell betjäning. Automaterna avser enbart anmälan av ankomst och genererar en faktura. Vid självbetjäning finns ingen möjlighet till kortbetalning. Betalning av vårdbesök sker främst genom fakturering. Fakturan omfattar alla besök som gjorts under månaden.

Värmland införde även ett system för automatisk frikortshantering. Syftet var att patienterna skulle slippa spara kvitton och stämpla högkostnadsskydd.

Landstinget i Värmland beskriver att avgiftsförändringarna skulle vara kostnadsneutrala. En utmaning var att få fram statistik för att beräkna effekterna. Beräkningarna gjordes brutto dvs. utan högkostnadsskyddets effekter men med en marginal så att landstinget inte skulle riskera att tappa stora intäkter pga. högkostnadsskyddets effekter. Landstinget gör månadsvis en uppföljning av patientavgifter vilken ingår som en del i månadsrapporten till styrelsen.

4 AVGRÄNSNING

Utredningen om översyn av avgifter omfattar endast patientavgifter för öppenvårdsbesök. Dvs. inte avgifter för slutenvård, tandvård, sjukresor eller hjälpmedel.

Efter eventuellt beslut om övergång till mer enhetliga patientavgifter måste tydliga tillämpningsanvisningar arbetas fram eftersom det idag finns många detaljer och undantag i avgiftshandboken. Det kan även innebära att vissa justeringar av avgifter kan behöva göras i en



etapp två. Avgifter för intyg och förebyggande hälsokontroller regleras i den s k Gula taxan eller i andra separata politiska beslut och har inte ingått i översynen.

5 ÖVERSYN AVGIFTER

5.1 Nuläge

5.1.1 Utgångsläge och osäkerhetsfaktorer

För avgiftsutredningen är år 2014 utgångsläget, med många avgiftskoder och en omfattande avgiftshandbok. Det är omöjligt att bedöma storleken på felregistreringar, pga. mänskliga faktorn, eller oregistrerade besök. Det kan finnas olika kultur på olika enheter hur man hanterar avgifter. Dessutom kan det finnas en naturlig variation mellan åren i antalet besök.

I utredningen har effekten av högkostnadsskyddet räknats schablonmässigt eftersom viss statistik saknas. Om en automatisk frikortsmodule införs kan också andelen patienter med frikort öka eftersom en del patienter som har rätt till frikort kan ha missat möjligheten idag. Om avgifter höjs kan även fler patienter kvalificera sig till frikort.

Under 2015 har det nya vårdadministrativa systemet Cosmic införts. Det kan innebära problem med utdata under 2015 och vid jämförelser med både 2014 och 2016. Denna utredning baseras på befintlig statistik från 2014.

Eftersom det finns stora osäkerheter i underlag och därmed av de ekonomiska beräkningarna av förändrade avgifter föreslås en regelbunden uppföljning av de totala patientavgifter om nya avgifter beslutas.

Patientavgifter bör också följas upp per enhet för jämförelse och ett större fokus på att intäktsidan är viktig.

5.1.2 Intäkter från patientavgifter i öppenvård

Intäkterna från patientavgifter i öppenvård (dvs. exklusive barn, folktandvård, utomlänspatienter och slutenvård) uppgick till cirka 57 mnkr 2014.

5.1.3 Högkostnadsskyddet

Idag finns högkostnadsskydd för öppen hälso- och sjukvård. Det innebär att ingen ska betala mer än 1 100 kronor per år i patientavgifter, därefter ska frikort utfärdas. Det är patientens eget ansvar att bevaka att kvitton sparas och att frikort begärs.

Många av de undantag från avgifter som finns för vårdavgifter i öppenvården har tillkommit innan högkostnadsskyddet trädde i kraft. Varje landsting/region kan välja vilka delar som ska ingå i högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård.

5.1.4 Andel besök med frikort

- 23 % av alla läkarbesök görs av patienter med frikort.
- 83 % av all sjukvårdande behandling ges till patienter med frikort. Till sjukvårdande behandling räknas bland annat besök hos distrikts/sjuksköterska, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, logoped, optiker, psykolog med flera yrkesgrupper som inte är läkare.

5.1.5 Antal öppenvårdsbesök

Enligt befintlig statistik har 86 900 patienter (över 20 år) gjort 612 500 öppenvårdsbesök under 2014.

Cirka 20 % av patienterna gör mellan 11 och 251 besök. Dessa patienter har rätt till frikort idag.

24 % av patienterna gör 5-10 besök. I den gruppen når en del upp till högkostnadsskydd idag men inte alla. Om avgifterna höjs kan en del ur denna grupp nå högkostnadsskydd.

56 % av öppenvårdspatienterna gör mellan 1 och 4 besök.

5.2 Patientavgifters styreffekter

När förändrade avgifter diskuteras uppkommer frågan - Kommer ändrade avgifter leda till förändrade patientströmmar?

Karlstads universitet/Handelshögskolan studerade utifrån Landstinget i Värmlands förändrade avgiftsmodell om avgifter har styreffekter på sjukvårdskonsumtion på vårdcentraler. Forskningsfrågan var: Har totala antalet läkarbesök till vårdcentraler påverkats av den högre patientavgiften? Deras resultat var: "Vi finner ingen statistiskt signifikant förändring i antalet läkarbesök till vårdcentral som en effekt av förändringarna i patientavgifter" (Svensson/Jakobsson).

SOU 2012 Framtidens högkostnadsskydd i vården:

Tillgänglig data tyder på att styreffekten av marginella avgiftsändringar är begränsad. Kunskapen om egenavgifternas styreffekter är ofullständig då det fattas data att analysera.

Norrbottens läns landsting har haft enhetliga patientavgifter i snart ett år och ser ingen förändring av patientströmmar som är kopplat till denna förändring.



5.3 Förslag förändrade avgifter

5.3.1 Sammanfattning och ekonomiska konsekvenser

Utredningen har tagit fram förslag på förändrade avgifter som beräknas ge nära 7,7 mnkr i ökade intäkter. Pga det osäkra underlaget har räknats enligt försiktighetsprincipen vilket innebär att det finns en möjlighet att intäkterna kan bli högre.

Alla vårdbesök inom öppenvården, oavsett personalkategori, föreslås få avgiften 200 kronor.

- Undantag är vårdbesök på akut och jourtid som föreslås få avgiften 300 kronor.
- Förlängning av sjukintyg och telefonrecept debiteras 100 kronor.
- Ambulanstransport föreslås höjas till 200 kronor (ingår inte i högkostnadsskyddet).
- Uteblivna besök debiteras 200 kronor. Det gäller även besök som är avgiftsfria. Ingår ej i högkostnadsskyddet.
- För ungdomar föreslås avgiftsfrihet upp till 18-årsdagen, därefter gäller full avgift.
- Avgift för screening/riktade hälsokontroller (aorta, gynekologiska cellprov) föreslås få avgiften 200 kronor (ingår inte i högkostnadsskyddet). Även mammografi föreslås höjas till 200 kronor under förutsättning att mammografi inte blir avgiftsfritt i enlighet med regeringens förslag.
- I patientavgiften för vårdbesök ingår röntgen, fysiologen, nuklearmedicin och provtagning pga. sjukdom.
- För syn- och hörcentral och den pedagogiska hörselvården införs avgift för vårdbesök.

Tabellen nedan visar utredningens sammanfattande förslag till avgiftsförändringar. I tabellen finns hänvisning till kapitel/avsnitt i rapporten där fördjupad information finns om de olika avgifterna.

Avsnitt	Typ av besök / avgift	Avgift idag (kr)	Förslag ny avgift (kr)	Beräknad ökad intäkt (kr)	Kommentar
5.4.1	Vårdbesök	100/150/250	200	5 000 000	
5.4.2	Vårdbesök på jourtid och akutmottagning	250/300	300	100 000	
5.4.3	Förlängning av sjukintyg och receptförnyelse	60	100		Ingår i 5.4.1
5.4.4	Ambulans	150	200	800 000	
5.4.5	Debitering uteblivna patienter	100/150/250	200		Statistik saknas.
5.4.6	Laboratoriemedicin - pga. sjukdom - hälsokontroll	0 100	0 200	0	
5.4.7	Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin	0	0	0	
5.4.8	Syncentral	0/200	200		Marginell ekonomisk effekt.
5.4.9	Hörcentral inkl pedagogiska hörselvården	0 (500 kr hörapparat)	200 (500 kr hörapparat oförändrat)		Marginell ekonomisk effekt.
5.4.10	Distansöverbyggande teknik	-	200		
5.4.11	Screening/riktade hälsokontroller	150	200	300 000	
5.4.12	Ungdomar från fyllda 18 år upp till 20 år	0	200	1 460 000	Ej ungdomspsykiatri mottagning
TOTAL				7 660 000	

5.4 Fördjupning av förslag till förändrade avgifter

5.4.1 Vårdbesök

Idag varierar avgiften för läkarbesök och sjukvårdande behandling (100, 150, 250 kronor).

Den största förändringen i utredningens förslag är att avgiften för läkarbesök och sjukvårdande behandling blir densamma. Dvs. oavsett vårdgivarkategori betalar patienten 200 kronor.

(Undantag akut/jour.) Gruppbesök och teambesök jämföras med ett vårdbesök. Även t ex vid

vaccinationer där ”sticket ” tidigare kostat 100 kronor höjs till 200 kronor. Nödvändig tandvård höjs också till 200 kronor.

Patientavgiften för läkarbesök i primärvården höjdes senast 2009, från 140 kronor.

Landstinget i Värmland tar besöksavgift för varje besök om flera besök görs samma dag. Enligt Region Jämtland Härjedalens avgiftshandbok är reglerna att avgift ska tas ut för varje besök hos läkare eller besök för sjukvårdande behandling, även om flera besök företas samma dag.

Landstinget i Värmland, Norrbotten, Kalmar och Gävleborg har infört enhetstaxa 200 kronor.

Förslag: Enhetlig avgift för vårdbesök fastställs till 200 kronor.

Beräknad intäktsökning: 5 000 000 kronor.

Motivering: Enklare för patienterna som alltid vet vad besöket kostar. Enklare att förvalta regelverket. Enklare för personalen. Att ha lika avgift oavsett vårdgivarkategori främjar den utveckling som sker genom kompetensförskjutning, t ex endoskopi där sjuksköterskor idag gör delar av det som läkare tidigare gjorde.

5.4.2 Vårdbesök på jourtid och akutmottagning

Idag har Region Jämtland Härjedalen en högre avgift för läkarbesök på jourtid i primärvården (250 kronor) och för besök på akutmottagningen (300 kronor). Vid distriktssköterskebesök på jourtid uttas patientavgift med 100 kronor.

Landstinget i Värmland har valt att ha samma avgift för alla besök, oavsett när de inträffar, dvs. 200 kronor.

Norrbottens läns landsting har valt att ha en högre avgift för jour och akuta besök, 300 kronor, för att tydliggöra landstingets målsättning att patienten i första hand ska besöka hälsocentralen.

Förslag: Avgift för vårdbesök på jourtid och akutmottagning fastställs till 300 kronor.

Beräknad intäktsökning: 100 000 kronor

Motivering: Undantag från enhetstaxa 200 kr motiveras av att

- redan idag är avgiften högre för besök på jourtid och akutmottagning
- om dagens avgift skulle sänkas till 200 kronor skulle intäktsminskningen bli 900 000 kronor.

Om avgiften i stället skulle höjas till 400 kronor beräknas intäkterna öka 1-1,5 mnkr.

5.4.3 Förlängning av sjukintyg och receptförnyelse

Förlängning av sjukintyg, receptförnyelse per telefon och remiss till fotvård kostar idag 60 kronor enligt avgiftshandboken.

Norrbottens läns landsting tar 200 kronor för förlängning av sjukintyg och receptförnyelse per telefon/elektroniskt är avgiftsfritt.

Förslag: Avgift för förlängning av sjukintyg och receptförnyelse per telefon/elektroniskt fastställs till 100 kronor.

Beräknad intäktsökning: - (specificeras ej, ingår i övergripande beräkning för vårdbesök, avsnitt 5.4.1.)

Motivering: Undantag från enhetstaxa 200 kronor motiveras av att avgiften tidigare har varit lägre och den lägre avgiften är diskuterad i ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet.

5.4.4 Ambulans

Nedan beskrivs tre olika sätt att hantera avgift för ambulans med efterföljande besök på akutmottagning.

Region Jämtland Härjedalen:	Ambulans 150 kronor. Ingår ej i högkostnadsskyddet. Akutmottagning 300 kronor. Ingår i högkostnads- skyddet. Totalt 450 kronor
-----------------------------	--

Norrbottens läns landsting:	Totalt 500 kronor för ambulans och besök på akutmottagning. Ingår i högkostnadsskyddet.
-----------------------------	--

Landstinget i Värmland:	Ser ambulans som sjukvård och därmed är avgiften 200 kronor och att det ingår i högkostnadsskyddet. Akutmottagning 200 kronor. Totalt 400 kronor.
-------------------------	---

Förslag: Avgift för ambulans fastställs till 200 kronor (ingår ej i högkostnadsskyddet)

Beräknad intäktsökning: 800 000 kronor.

Motivering: Enhetliga avgifter eftersträvas. Förslaget är att det som tidigare inte ingår i högkostnadsskyddet.

Om ambulans transporter lyfts in i högkostnadsskyddet blir det ett intäktsbortfall på 1,6 mnkr (om 50 % frikort) i stället för en intäktsökning med 800 tkr.

5.4.5 Debitering av uteblivna patienter

Enligt Region Jämtland Härjedalens avgiftshandbok ska uteblivna besök debiteras. Idag finns olika avgifter. Det är inte möjligt att ta fram statistik och att följa upp efterlevnaden av reglerna.

Inte heller är det enkelt för patienter att avboka sina besök till vissa mottagningar pga begränsade telefontider, köer etc.

Vid uteblivna röntgenundersökningar samt vid fys.lab debiteras 250 kronor. Vid MVC och BVC (där besöket är avgiftsfritt) ska debiteras 100 kronor avseende uteblivna barnmorske- eller sjuksköterskebesök och 150 kronor avseende läkarbesök.

Inom folktandvården i Region Jämtland Härjedalen går uteblivna patienter att följa upp, och efterlevnaden av reglerna uppges vara god. Där kostar det mellan 100-300 kronor att utebli från ett besök. År 2014 hade folktandvården 142 000 kronor i intäkter för uteblivna barn och 305 000 kronor för uteblivna vuxna. Uteblivna patienter orsakar problem så det är oerhört viktigt att rutiner för avbokning av besök är optimala.

Landstinget i Värmland och Norrbottens läns landsting tar 200 kronor vid uteblivna besök.

Region Skåne har beslutat ta dubbla patientavgiften i vissa fall, om patienten uteblir utan att ha bokat av besöket. De tar också avgift när patienten uteblir till avgiftsfria besök.

Förslag: Avgiften för uteblivna besök fastställs till 200 kronor. Det gäller även annars avgiftsfria besök, t ex barn. Ingår ej i högkostnadsskyddet.

Beräknad intäktsökning: Statistik saknas. Bör generellt leda till en intäktsökning, men en intäktsminskning inom röntgen/fys lab.

Motivering: Enhetliga avgifter eftersträvas. Viktigt för produktionsplanering att det finns bra rutiner kring avbokning av besök.

5.4.6 Laboratoriemedicin

Idag görs cirka 90 000 labprover i primärvården, och 26 000 prover inom specialistsjukvården, bland annat för inlaggande patienter (slutenvård). Det innebär att mer än 75 % av all provtagning görs i primärvården.

Provtagningar, analys och svar ingår idag i den patientavgift som erläggs vid läkarbesök. Alla provtagningar pga sjukdom är kostnadsfria för patienten. Lämnas prov i hälsokontrollerande syfte eller annan kontroll, t ex narkotika, är avgiften 100 kronor.

Landstinget i Värmland: Avgiftsfritt. Beslutade om avgift för s k mellanliggande provtagningar, men den togs bort.

Norrbottens läns landsting: Avgiftsfritt. För provtagning som inte ingår i läkarbesök tas avgift 200 kronor.

Förslag: Provtagning pga sjukdom (inklusive analys) ingår i patientavgiften för vårdbesök. Avgiften för att lämna prov i hälsokontrollerande syfte eller annan kontroll fastställs till 200 kronor.

Beräknad intäktsökning: Saknas statistik, men marginell ökning.

Motivering: Provtagning kan vara en förutsättning för att kunna ställa diagnos etc. De landsting som studerats inom ramen för denna utredning ser detta som en del i vårdbesöket.

Ej prioriterat område för införande av nya avgifter enligt ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet 2015-10-01. (Uppskattningsvis skulle intäkterna kunna öka i spannet 6-11 mnkr beroende på avgiftsmodell och nivå 100 eller 200 kronor).

5.4.7 Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin

Det görs ca 57 000 röntgenbesök per år, akuta och planerade. Ca 8 000 av dessa görs inom primärvården och resterande 49 000 inom specialistsjukvården, både i öppenvård och slutenvård (inneliggande patienter).

Till fysiologen görs ca 10 000 besök årligen och till nuklearmedicin ca 1 300 besök.

Besök till röntgen, fysiologen och nuklearmedicin är avgiftsfria för patienten. Samtliga besök sker efter remiss.

Landstinget i Värmland och Norrbottens läns landsting: Röntgen uppges vara avgiftsfritt, ses som del i ett vårdbesök.

Förslag: Röntgen, fysiolog och nuklearmedicin ingår i patientavgiften för vårdbesök.

Beräknad intäktsökning: -

Motivering: Ej prioriterat område för införande av nya avgifter enligt ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet 2015-10-01. (Uppskattningsvis skulle intäkterna kunna öka i spannet 3-7 mnkr beroende på avgiftsmodell och nivå 100 eller 200 kronor).

5.4.8 Syncentral

Till syncentralen kommer patienter efter remiss från ögonläkare. Syncentralen tar avgiften 100 kronor för besök till optiker och till kurator (vid stödjande samtal, ej kring praktiska frågor). Man gör även hembesök, utan avgift.

Ofta inleds med ett gruppbesök och efter det går man vidare till optiker och synpedagog, samma dag. Utprovning av synhjälpmedel kan bestå av flera besök. Även t ex utbildning i punktskrift kräver ett flertal besök.

Totala patientavgiftsintäkter till syncentralen uppgår till 33 000 kronor 2014, totalt antal besök 1 972 stycken.

Inom Nysam (nätverk för nyckeltalssamverkan) finns statistik för avgifter i landsting/regioner 2014. Jämtland, Uppsala och Blekinge utmärker sig genom att ta lite eller inget betalt. En jämförelse med Värmland ser ut så här:

Typ av besök	Jämtland	Värmland
Avgift gruppbesök	0	200
Hembesök(synped,tekniker,kurator)	0	200
Avgift synpedagog	0	200
Avgift optiker	100 kr	200 kr
Avgift kurator	100 kr	200 kr

Om mer enhetliga avgifter införs inom syncentralen måste tillämpningsanvisningar tydliggöra mer detaljer, t ex kring teknikerinsatser, informationsträffar etc. Avgifter för hjälpmedel, glasögon etc kan behöva ses över i annan utredning.

I Värmland ingår alla vårdbesök på syncentralen i högkostnadsskyddet.

Förslag: Avgift för vårdbesök inom syncentralen fastställs till 200 kronor, och ingår i högkostnadsskyddet.

Beräknad intäktsökning: Marginell effekt.

Motivering: Enhetstaxa även inom syncentralen utifrån enkelhet och ett likabehandlingsperspektiv.

5.4.9 Hörcentral inkl pedagogiska hörselvården

Till **hörcentralen** kommer patienten via öronmottagningen eller primärvården. Patienten betalar för läkarbesöket på öronmottagningen. Eventuellt hörselprov el dyl görs på hörcentralen, ingen ytterligare avgift tas ut för detta.

De enda besök som är avgiftsbelagda är utprovning av hörapparat. Utprovningen kan bestå av flera besök men patienten betalar en engångssumma på 500 kronor. Ca 1 000 utprovningar görs per år, dvs patientintäkterna är ca 500 000 kr per år. Avgiften för utprovning av hörapparat ingår inte i högkostnadsskyddet. Avgiften har legat fast sedan 1993 (tidigare gratis). Utprovning av hörapparat görs av audionomer. Totalt 6 350 besök audionom år 2014 (barn exkluderat).

Utöver besök hos audionomer finns 2 688 besök registrerade hos administrativ vårdpersonal (= tekniker). Det rör sig t ex om justering av hjälpmedel. Dessa besök är avgiftsfria.

Inom den **pedagogiska hörselvården** görs besök hos hörselpedagog, kurator och tekniker. Besöken sker på mottagningen, i hem eller skola.

Norrbottnens läns landsting tar avgift 200 kronor för besök på syn- och hörcentralen, oavsett personalkategori.

Om mer enhetliga avgifter införs inom hörcentral/pedagogiska hörselvården måste tillämpningsanvisningar tydliggöra mer detaljer, t ex kring teknikerinsatser, informationsträffar etc. Avgifter för hjälpmedel, hörapparat etc kan behöva ses över i annan utredning.

Förslag: Avgift för vårdbesök inom hörcentral och den pedagogiska hörselvården fastställs till 200 kronor, och ingår i högkostnadsskyddet. Förutom de besök som hör till utprovning av hörapparat där särskild avgift utgår, f n 500 kronor.

Beräknad intäktsökning: Saknas statistik över exakt vilka besök som hör till utprovning av hörapparat. Marginell ekonomisk effekt.

Motivering: Enhetstaxa även inom hörcentralen och den pedagogiska hörselvården utifrån enkelhet och ett likabehandlingsperspektiv.

5.4.10 Distansöverbryggande teknik

I Region Jämtland Härjedalens Regionplan 2015-2017 står det att möjligheten att erbjuda hälso- och sjukvård med stöd av distansöverbryggande teknik ska utvecklas. Som exempel anges möjligheter för patienten att utföra kontroller i hemmet som sedan skickas till vårdpersonal.

I Region Jämtland Härjedalen pågår ett strategiskt arbete för utveckling inom området. Ett distansbesök ger fördelar för patienten som inte behöver resa men en utveckling av distansöverbryggande teknik kräver investeringar och tillgång till bredband.

Inom ramen för detta projekt har en förfrågan skickats ut till flera landsting och regioner om de har fastställt avgift för vårdbesök etc som ska göras med distansöverbryggande teknik. Enligt svaren har de flesta inte kommit så långt ännu med denna typ av verksamhetsutveckling och därför har man inte beslutat om avgifter.

Norrbottnens läns landsting har antagit en strategi för vård på distans. Man har ansett att ett distansbesök ska jämföras med personligt besök. I enlighet med Norrbottens enhetstaxa kostar dessa besök 200 kronor.

Förslag: Avgift för vårdbesök som genomförs med distansöverbryggande teknik fastställs till 200 kronor.

Motivering: Följer principen om enhetliga avgifter. Detaljer kan förtydligas i tillämpningsanvisningar.

5.4.11 Screening / riktade hälsokontroller

Region Jämtland Härjedalen har avgiften 150 kronor för mammografi, gynekologiskt cellprov och aortascreening. Avgiften ingår inte i högkostnadsskyddet.

Landstinget i Värmland har enhetstaxan 200 kronor även för dessa kontroller. Ingår i högkostnadsskyddet.

Norrbottens läns landsting tar 200 kronor för mammografi, colorectal, aorta och gynekologiskt cellprov. Ingår inte i högkostnadsskyddet

Regeringens budgetproposition innehåller förslag om avgiftsfrihet för mammografi från den 1 juli 2016. Om inte budgetpropositionen går igenom föreslås avgiften 200 kronor gälla även mammografin.

Förslag: Avgift för screening/riktade hälsokontroller fastställs till 200 kronor och ingår inte i högkostnadsskyddet.

Beräknad intäktsökning: 300 000 kronor för gynekologiskt cellprov och aorta. Mammografi föreslås i budgetpropositionen bli avgiftsfri från 1 juli 2016 och ingår inte i den ekonomiska beräkningen (enligt diskussion på ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet).

Motivering: Strävar mot enhetliga avgifter. Beslutet utformas generellt för att omfatta även eventuell ny screening/riktade hälsokontroller som kan komma att införas.

5.4.12 Avgifter barn och unga

Det är avgiftsfritt för barn och unga under 20 år i de flesta regioner och landsting, bland annat i Region Jämtland Härjedalen, Landstinget i Värmland och i Norrbottens läns landsting.

Några exempel på andra regler (2015):

- Stockholm tar ut avgift från 18-årsdagen.
- Gotland har halv avgift för barn under 18 år.
- Örebro har ingen avgift upp till 25 år.
- Region Skåne tillämpar avgifter from. 18 års ålder med undantag av besök inom habiliteringen som är avgiftsfri även för vuxna.

- Region Jämtland Härjedalen har avgiftsfria besök vid ungdomspsykiatrisk mottagning upp till 23-årsdagen.

Enligt besöksstatistiken i Region Jämtland Härjedalen är det cirka 4 500 besök som görs av åldersgrupperna 18 respektive 19 år. Det innebär att i runda tal skulle intäkterna öka med 1 460 000 kronor om det beslutas bli avgiftsfritt under 18 år och 760 000 kronor om avgiftsfritt under 19 år (vid antagandet 10 % frikort).

Regeln om avgiftsfria besök vid ungdomspsykiatrisk mottagning under 23 år kvarstår.

Förslag: Avgiftsfritt för barn och ungdomar under 18 år. Inom Ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM) är det avgiftsfritt för barn och ungdomar under 23 år (oförändrat).

Beräknad intäktsökning: 1 460 000 kronor.

Motivering: Myndig vid 18 år. Ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet diskuterade att ha kvar 23 år vid UPM.

5.5 Summering konsekvenser av mer enhetliga avgifter

- Tydligare, enhetligare och enklare för patienterna
- Avgifterna bli högre, lägre, eller oförändrade
- Mindre administration, enklare för personal
- Underlättar inför framtida förskjutning av arbetsuppgifter mellan professioner
- Målet i den långsiktiga utvecklingsplanen om 5 mnkr högre intäkter kan uppnås

6 SJÄLVBETJÄNING

6.1 Vad är självbetjäning?

Självbetjäning innebär att patienten vid ankomst till sjukhuset, mottagning eller hälsocentral själv knappar in sitt personnummer på en ankomstterminal och får bekräftelse på sitt besök direkt på skärmen. Självbetjäning ska vara ett komplement till sjukhusreceptionerna och vissa patienter kommer fortfarande att ha behov att besöka receptionen.

Syftet med självbetjäning är att effektivisera patientflödet till respektive mottagning och minimera risken för förseningar till mottagningarna som orsakas av köer i sjukhusreceptionen. Införandet ska minska köbildningen i sjukhusreceptionen till förmån för de som är i behov av receptionisthjälp.

6.2 Nuläge

Idag finns en central sjukhusreception på Östersunds sjukhus, som ankomstregistrerar patienter till cirka ett 40-tal mottagningar. Där utöver finns ett antal mottagningar som på grund av sitt läge inte är anslutna till sjukhusreceptionen, då detta skulle innebära besvär för patienterna med onödigt långa gångavstånd/transportsträckor.

Belastningen på sjukhusreceptionen är stor måndag till och med torsdag för att sedan i det närmaste halveras på fredagar. Köer kan uppstå vilket kan leda till förseningar som stör tidplanen på respektive mottagning.

Något som idag är tids- och resurskrävande är hanteringen med frikort och eventuella återbetalningar, t ex redovisningsenheten belastas dagligen av detta.

En förutsättning för framgång med självbetjäningsterminaler är att frikorthanteringen finns digitalt. Om inte måste ju patienten ändå uppsöka receptionen för att få sitt kort ifyllt.

6.3 Var skulle självbetjäning kunna införas?

Införande av självbetjäning bör ske successivt med början i större receptioner. För införande i hela organisationen skulle det krävas ca 30 självbetjäningsterminaler.

Det finns idag mottagningar som inte är anslutna till sjukhusreceptionen där man skulle ha stora fördelar av självbetjäning, exempelvis: mammografi, klinisk fysiologi, kemlab (under 2016 flyttar kemlab till plan 6 och kan då lätt anslutas till sjukhusreceptionen), hud, infektion, psykiatri, Köpmangatan 24, Remonthagen, Kvinnokliniken förlossningen. Utöver det finns 25 vårdcentraler, med filialer.

När självbetjäning diskuterats ute i organisationen har gensvaret varit övervägande positivt då man ser stora vinster i flödet av patienter men också frigörande av tid för t ex medicinska sekreterare, som är den grupp som ofta bemannar receptionerna.

Röntgenavdelningen ställer sig tveksam på grund av de spridda väntrummen. Röntgen har också ett annat vårdadministrativt system än Cosmic vilket gör att det blir högre kostnader att införa självbetjäning inom röntgen.

6.4 Självbetjäning med kortbetalning eller ej?

Kostnadsbilden för **självbetjäningsterminaler** varierar mycket beroende på funktioner och antal terminaler, men allt pekar på ett pris mellan 15 000-60 000 kronor per terminal.

Landstinget i Värmland har gjort en egen lösning med **"läsplattor"** där endast fakturering i efterhand är möjlig. Där är kostnaden ca 15 000 kronor per läsplatta. Till detta kan komma kostnader för anpassningar, kringutrustning etc.

Terminal för betalkortsfunktion är cirka 25 000-45 000 kr dyrare än utan betalkortsfunktion. Dessutom kostar serviceavtal på dessa drygt 9 000 kronor per terminal och år.

Det kan finnas risk för köbildning vid självbetjäningsterminalen om den ska användas för kortbetalning. Ytterligare teknik kan skapa problem och kräva t ex bevakning av påfyllning av kvittorullar. Det skulle i så fall motverka syftet att få ett effektivare flöde av patienter till mottagningarna.

Landstinget i Värmland valde bort betalkortsfunktionen i självbetjäningsterminalerna medan Region Östergötland som nu befinner sig i ett upphandlingsförfarande väljer betalkortsfunktion.

6.5 Information

Patienter kommer att behöva information och vägledning om självbetjäningsterminaler införs. Affischer som uppmanar till att använda självvincheckningen bör finnas vid varje ingång och en tydlig skyltning var terminalerna finns.

Instruktionsanvisningar behövs på olika språk. Information på regionens hemsida i form av ”Frågor och svar” finns redan idag under uppbyggnad.

Informationsbroschyrer i mindre format kan skickas ut med kallelser och kan finnas tillgängliga på mottagningarna och i receptionerna.

6.6 Förslag

Förslag: Initialt placeras fyra enklare terminaler (läsplattor) för självbetjäning i anslutning till receptionen på Östersunds sjukhus (se etapp 1 nedan). Terminalerna har ingen betalkortsfunktion.

Etapp 1: Två terminaler placeras för att möta upp patienter som kommer via sjukhusets huvudentré och två för ankomst via norra entrén. (Det är möjligt att det är tillräckligt med en terminal från varje håll men risk för köbildning och att syftet med självbetjäningen inte kan uppnås.) För smidigaste flöde väljs utan betalkortsfunktion.

Utan betalfunktion uppskattas inköp av terminaler till 60 000 kronor om enklaste modell (typ läsplatta utan betalkortsfunktion) införskaffas. Ingen årlig underhållskostnad har medräknats för terminalerna. Kostnader för licenser och integrationer för självbetjäningssystemet mot Cosmic kan uppskattas till 240 000 kronor, sedan en årlig kostnad för den delen på cirka 32 000 kronor.

En kravspecifikation måste precisera val av funktioner för att säkerställa att den billigaste terminalen/läsplattan motsvarar verksamhetens och patienternas behov.

Inköp av terminal av enklaste modell (4x15 000 kronor)	60 000 kronor
Kostnad (driftkostnad) första året (licens, integration)	240 000 kronor
Årlig driftkostnad system	32 000 kronor

Denna del av projektet självfinansieras om personal minskas i receptionen. Prognosen är att självbetjäningen minskar receptionsbesöken med minst 50 %. Det innebär att bemanningen skulle kunna reduceras med 50 % dvs. 2-2,5 tjänst (ca 1 mnkr). Värmland har uppgivit att 75% av patienterna nyttjar självbetjäningen.

Ettapp 2: Pilotprojekt någonstans utanför sjukhuset (primärvården eller t ex Remonthagen). Därefter utredning före eventuellt införande i större skala. Om självbetjäning införs med totalt 30 terminaler (dvs. 26 ytterligare) tillkommer minst ca 400 000 kronor i inköpskostnad.

Denna del kan eventuellt också vara självfinansierad. Det beror på hur exakta priser ser ut, andra tillkommande kostnader och hur stor personalminskning som kan göras. Hur bemanning skulle påverkas inom vårdcentraler och enskilda mottagningar måste utredas för sig.

7 AUTOMATISERAD FRIKORTSHANTERING

7.1 Nuläge

Idag finns ett högkostnadsskydd som innebär att vid betalda öppenvårdsavgifter på 1 100 kronor har patienten rätt till frikort. Patienten ska själv spara kvitton och se till att få besöket stämplat.

Det pågår en förstudie med syfte att skapa en nationell lösning för automatiserat frikort (e-frikort). Den nationella tjänsten kräver att varje landsting/region har automatiserat sin frikortshantering för att kunna ingå i den nationella lösningen.

7.2 Varför automatiserat e-frikort?

Med automatiserad frikortshantering (e-frikort) blir det ett rättvist system som skapar patientnytta, dvs. förenklar och även tar hänsyn till de grupper i samhället som av olika anledningar har svårt att klara hanteringen av frikortet i form av kvitton och stämplat.

Det säkerställer också att Region Jämtland Härjedalen inte riskerar att överdebitera patienter som egentligen har rätt till frikort. Det leder till minskad administration för organisationen och bättre arbetsmiljö för berörda personalgrupper.

Målet är att på sikt nå en nationell lösning så att det automatiska frikortet fungerar oavsett var i landet patientbesöket äger rum.

Införandet sker i två steg. Först införs en lokal lösning som sedan kopplas till den eventuellt kommande nationella tjänsten. En förstudie pågår som drivs av Inera, som har rekommenderat

en lösning som innebär att en nationell e-tjänst för högkostnadsskydd införs. Den nationella e-tjänsten är dock bara en del av lösningen och det behövs även tas fram systemlösningar i alla regioner/landsting som ska anslutas till den nationella e-tjänsten för att hela den föreslagna lösningen ska kunna realiseras. För den lokala lösningen kan tjänsten avropas från Kommentus, dvs. ingen egen upphandling behöver göras. Tjänsten fungerar oberoende av vilka betalsätt som används. Privata vårdgivare kommer åt frikortstjänster via webbgränssnitt och de legitimerar sig med e-tjänstekort.

Det finns möjlighet att på sikt koppla uppgifter om avgifter mot 1177 och arbete med att ta fram en ”app” pågår.

7.3 Vilka beslut krävs för att komma igång?

7.3.1 Finansiering

Licenskostnad och installation beräknas uppgå till ca 550 000 kronor i engångskostnad, med årlig underhållskostnad på 70 000 kronor.

Dessutom tillkommer årliga kostnader för varje gång slagningar görs mot frikortssystemet (400 000 kronor?), men dessa bör kunna finansieras genom minskad personalkostnad på redovisningsenheten och därför ingår inte dessa poster i kalkylen i kapitel 2.

För den nationella lösningen finns ännu inga priser.

7.3.2 Övriga beslut

Beslut krävs att det är besöket som är frikortsgrundande, inte betalningen. Region Jämtland Härjedalen har i dag båda principerna, för sjukhusreceptionen är det besöket och för övriga betalningen. Detta beslutades efter införandet av receptionen då det inte var hanterbart att kontrollera att besöken var betalda. De flesta övriga landsting har den principen och den är nödvändig för att kunna införa e-frikortsmodul.

Skall fysiskt frikort skrivas ut till alla under en övergångsperiod eller skall det bara skrivas ut på begäran? I Värmland skickas endast ett brev ut med information, som också gäller som frikort vid besök i andra landsting/regioner.

Skall medgivande krävas av patient för att vara med eller skall alla komma med? Uppsala har valt att inte inta medgivande från patient medan Stockholms läns landsting valt att få muntligt medgivande.

7.4 Förslag

Förslag: Automatiserad frikortshantering införs. Det är besöket som ska vara frikortsgrundande, ej den faktiska betalningen.

8 FAKTURERING ELLER KORTBETALNING

8.1 Nuläge – flera betalalternativ

Region Jämtland Härjedalen har idag kortbetalning som huvudalternativ men erbjuder även fakturering. Kontantbetalningar accepteras endast om kunden begär detta alternativ. Under år 2014 hade Region Jämtland Härjedalen ca 64 000 transaktioner i kontantbetalningar (ca 13 %) och ambitionen är att minimera dessa.

Av totalt ca 480 000 betalningar utgör ca 64 000 kontantbetalningar, ca 110 000 fakturabetalningar och ca 310 000 kortbetalningar. Idag sker inga betalningar via e-faktura men det kommer att bli möjligt under slutet av år 2015.

Målet är att förenkla besök och betalning för Region Jämtland Härjedalens patienter och att minska administration och kostnader kring betalningsprocessen. Då hanteringskostnaden oavsett om man väljer faktura eller kortbetalning inte kommer att skilja sig avsevärt bör fokus/inriktningen vara att förenkla och göra det lättare för patienten.

Bedömningen är att möjligheterna för Region Jämtland Härjedalen att få ett bättre patientflöde och effektivare hantering är större med fakturering i efterhand i stället för betalning i direkt anslutning till vårdbesöket. Kortbetalning föreslås inte kunna göras i självbetjäningsterminalen utan endast i reception/motsvarande. Kontantbetalning ska alltid vara möjlig men endast i undantagsfall och på vissa platser (oförändrat).

8.2 Fakturering som enda betalalternativ i terminalen

Fakturering i efterhand är redan i dag möjligt på alla mottagningar.

Nedan redovisas exempel på möjliga konsekvenser av fakturering som enda betalalternativ i självbetjäningsterminalen (dvs. ej kortbetalning).

- Patienten får en faktura hemskickad efter sitt besök i vården
- Lägre kostnad/investering för självbetjäningsterminaler och system
- Bättre patientflöden vid självbetjäningsterminaler
- Kortare köer till receptioner
- Säkrare både för kunder och personal (inte hantera pengar eller kortkoder)
- Om huvuddelen av kortbetalningar omvandlas till fakturabetalningar kommer regionen att ha vissa mindre ränteförluster (ej aktuellt så länge räntan är noll eller negativ) då betalningstiden för kortbetalningar är omedelbar, mot 30 dagar vid fakturabetalning.
- Risk för ökade kundförluster (eller har den som vill undandra sig betalning redan tidigare valt fakturabetalning?)

Region Jämtland Härjedalens nuvarande ”Regler för betalningar och krav” Dnr LS/621/2012 gäller. Dokumentet bör omarbetas om fakturering väljs som huvudbetalalternativ.

8.3 Kortbetalning som betalalternativ i terminalen

Transaktionskostnaden för kortbetalning är lägre än fakturahanteringskostnaderna idag. Men dagens kostnad inkluderar inte de investerings-/utvecklingskostnader som krävs för att anpassa självbetjäningsterminalerna att integrera kortbetalning. Dessa investerings-/utvecklingskostnader blir inte kända förrän en upphandling görs men de beräknas vara av betydande storlek. Uppskattningen är att om man inkluderar dessa kostnader skulle kostnaden per transaktion för kortbetalning bli ungefär lika med kostnaden per faktura.

Om även kortbetalning ska finnas i självbetjäningsterminalerna krävs det avsevärt dyrare terminaler, uppskattningsvis minst ca 25 000 kronor dyrare per terminal.

Nedan redovisas exempel på möjliga konsekvenser av självbetjäningsterminaler med kortbetalning.

- Svårare att uppnå målsättningen med självbetjäningsterminaler (snabbare patientflöden)
- Positivt för de patienter som vill kunna betala med kort.
- Kö vid självbetjäningsterminaler om kortbetalning ska göras där
- Bättre kapitalavkastning då betalningstiden för kortbetalningar är omedelbar mot 30 dagar vid fakturabetalning (ej aktuellt så länge räntan är noll eller negativ).
- Färre kundförluster genom omedelbar betalning mot 30 dagar vid fakturabetalning?
- Rimligt att anta att ytterligare betalningsalternativ, utöver fakturabetalning, kopplade till självbetjäningsterminalerna som t ex kortbetalning kommer att leda till mer komplexa betalterminaler och behov av mer personellt stöd
- Dubbla hanteringskostnader och rutiner (kortbetalning och fakturabetalning)

8.4 Kontantbetalning i undantagsfall

Kontantbetalning inom sjukhuset kan för närvarande endast ske i Café Entré som ligger i anslutning till receptionen (enligt Hantering av betalning i receptionen i entrén på Östersunds sjukhus (LS/1118/2013) och i övrigt i hälsocentralernas kassor/receptioner. Detta förfarande är i enlighet med domen i kammarrätten gällande Jämtlands läns landsting och bör inte strida mot högsta förvaltningsdomstolens dom gällande Kronobergs läns landsting

På övriga betalstationer (hälsocentraler) ska möjlighet till kontantbetalning finnas.

Personal vid alla betalstationer ska alltid påminna patienten om möjligheten och fördelarna med övrigt betalningsalternativ som regionen erbjuder (fakturerings) via självbetjäningsterminalerna. Kontantbetalning är ett dyrt betalsätt för Region Jämtland Härjedalen eftersom det kostar att hantera sedlar och mynt och det kan krävas vaktpersonal.

8.5 Erbjuder alla patienter e-faktura

Under 2015 kommer Region Jämtland Härjedalen att kunna erbjuda alla privatpersoner e-faktura via bank.

Patienter erbjuds möjlighet att få e-faktura för att förenkla för dem, samt för att minska distributionskostnad och miljöpåverkan. E-faktura minskar antalet felinbetalningar och administration kring avstämning av betalningar.

Avtal finns med bank gällande både e-faktura och autogiro. Autogiro är möjligt idag men få ansökningar görs (bortsett från tandvården). För varje autogirobetalning skapas en faktura vilket innebär att kostnaden per autogirobetalning är 0,95 kronor extra för organisationen. Delprojektet ställer sig tveksam till tjänsten och föreslår att behålla den men inte prioritera att marknadsföra möjlighet till autogiro. Detta dels pga. den extra kostnaden och dels för att bedömningen är att få, oavsett insatser, kommer att välja tjänsten.

Antalet kundfakturer kommer att öka betydligt om självbetjäningsterminaler införs som genererar fakturer i efterhand. I landstinget i Värmland ökade fakturavolymen, men antalet frågor minskade eftersom en enklare avgiftsmodell infördes samtidigt (enhetstaxan).

8.6 Erbjuder samlingsfaktura

För att minska antalet fakturer föreslår utredningen att samlingsfakturer införs. Det innebär att patienten får endast en faktura per månad oavsett antal besök etc. Det skulle underlätta för patienterna. Den personal som svarar på fakturafrågor får också en samlad bild och kan bättre svara på frågor. (Redan idag finns en helpdesk/support inom redovisningsenheten som hanterar kundfakturafrågor.) Manuellt arbete bör i största möjliga mån automatiseras för att klara ökade fakturavolymer med bibehållen eller minskad personalstyrka.

Tjänsten Samlingsfakturer lanseras hösten 2016. Samlingsfakturer kan göras av alla fakturer till patienten, inte enbart patientavgifter. T ex kan hjälpmedel, tandvård, patienthotell etc. kopplas på.

Engångskostnaden för licens och installation är cirka 450 000 kronor. Därefter en årlig kostnad på cirka 30 000 kronor.

8.7 Förslag

Region Jämtland Härjedalen ska sträva mot fakturer i efterhand som huvudsakligt betalsätt. Kortbetalning möjliggörs i reception/motsvarande men ej i självbetjäningsterminalerna. Kontantbetalning möjlig i undantagsfall (oförändrat). Samlingsfakturer införs för kundfakturer.

9 JÄMLIK OCH JÄMSTÄLLD VÅRD

9.1 Prioriterade grupper

Region Jämtland Härjedalen skriver i Regionplanen 2015-2017: Vården ska ges efter behov och vara jämlik för kvinnor, män, flickor, pojkar, utrikesfödda, oavsett funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder, kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat.

9.2 Konsekvenser av nya avgifter

Förslaget till nya avgifter innebär högre, lägre eller oförändrade kostnader för patienterna. Höjda avgifter påverkar hushållsekonomin och det kan vara kännbart om man lever under knappa ekonomiska förhållanden. Vissa patienter kan samtidigt ha höga kostnader för läkemedel, sjukresor eller tekniska hjälpmedel. Enligt hälsa på lika villkor från 2014, har två procent i Jämtland ansett sig vara i behov av vård de senaste tre månaderna men avstått pga. ekonomiska skäl. Det är svårt att veta hur en avgiftsförändring slår men det finns en risk att flera avstår från att söka vård än idag.

De som besöker vården ofta, t ex kroniker, påverkas inte ekonomiskt totalt sett under ett år eftersom högkostnadsskyddet träder in från 1 100 kronor. En konsekvens om patientavgifterna höjs är att patienten kan snabbare komma upp i högkostnadsskyddet, dvs. de 1 100 kronorna ska betalas under en kortare tid. Viss möjlighet finns att skjuta upp en faktura samt att upprätta avbetalningsplan (mot avgift). Detta regleras i ”Regler för betalningar och krav” (LS/621/2012).

Barn och ungdomar, dvs. flickor och pojkar t o m 19 år har gratis sjukvård idag. Förslaget att införa patientavgift från fyllda 18 år påverkar gruppen 18-19-åriga flickor och pojkar. Dels ekonomiskt, dels kan det inte uteslutas att ungdomar kan avstå vård pga detta.

Förslagen om förhöjd avgift för mammografi och gynekologiskt cellprov påverkar kvinnor och förslaget om förhöjd avgift för aortascreening påverkar män. En risk med höjd avgift kan vara eventuell benägenhet att avstå från undersökningen. Volymmässigt görs fler gynekologiska cellprov och mammografiundersökningar än aortascreeningar, dvs. fler kvinnor påverkas av avgiftshöjning än män.

Kvinnor har generellt sett lägre inkomster än vad män har dvs. på så sätt slår en avgiftshöjning rent generellt hårdare mot kvinnor.

9.3 Konsekvenser av införande av självbetjäning

Ett införande av självbetjäning påverkar män och kvinnor lika.

Självbetjäningsterminalerna finns i olika utförande t ex höj- och sänkbara för att kunna vara funktionella oavsett kroppslängd på användaren. Detta gör också att rullstolsburna personer utan svårigheter ska kunna nyttja funktionen. För t ex. äldre medborgare ska personalen i receptionerna vid behov kunna visa hur man hanterar självbetjäningsterminalerna. För att som ny i landet kunna bruka självbetjäningsterminalerna behövs ett svenskt personnummer. Informationsblad på olika språk är nödvändigt.

Receptionerna kommer att finnas kvar efter införande av självbetjäningsterminaler, för att hjälpa de individer som behöver personlig service i lugnare miljö.

Barn och ungdomar är den grupp som antas komma att klara införandet av ny teknik bäst.

9.4 Konsekvenser av införande av automatiserat frikort

Idag är det patientens eget ansvar att bevaka att kvitton sparas och att frikort begärs. Det kan leda till att en del patienter som egentligen har rätt till frikort inte har det. Syftet med införande av automatisk frikortshantering är att den enskilde patienten inte behöver bevaka detta. Systemet blir mer rättvist.

9.5 Konsekvenser av betalning i efterhand

Det är vanligt att de flesta i samhället får ett antal fakturor per år att betala och därmed är vana med betalningsmetoden. Möjligtvis att nyanlända, oavsett kön, kan ha svårt att läsa, förstå och tyda en faktura men problemet anses vara överkomligt.

Kortbetalning bör inte vara något problem för unga och medelålders individer oavsett kön. Däremot kan det vara ett besvärligt betalsätt för äldre oavsett kön då de kan vara mera vana vid kontanter och fakturabetalning. Kontantbetalning kan möjligen vara det mest lämpliga för den äldsta generationen oavsett kön.

9.6 Ekonomisk konsekvens för fyra typpatienter

Tidigt i avgiftsöversynen togs det fram exempel på ekonomiska konsekvenser för fyra typpatienter av att övergå till en enhetstaxa på 200 kronor. För Patient A (diabetes) och B (KOL) med kroniska sjukdomar blev det inte någon ekonomisk skillnad eftersom en kroniker når högkostnadsskyddet och aldrig betalar mer än 1 100 kronor under ett år. Däremot kan de 1 100 kronorna behöva betalas under en kortare tid.

Konsekvenserna för patient C (brutet ben) och D ("hemmafixaren"/ofta gör sig illa) blev att beroende på vilka vårdbehov man hade blev det för den ena patienten 250 kronor billigare under ett år, med enhetstaxan, och för den andra patienten 150 kronor dyrare.

9.7 Möjlighet att få avbetalningsplan

Om patientavgifterna höjs kan en konsekvens bli att patienterna snabbare kommer upp i högkostnadsskyddet. Dvs. de 1 100 kronorna ska betalas under en kortare tid. En fråga som diskuterats i utskottet är möjligheten till amorteringsplan. Följande gäller idag.

- "Regler för betalningar och krav" Dnr LS/621/2012.
 - Maxbelopp är 10 000 kronor och tiden är högst tre år.
 - Kostnaden för amorteringsplan ska betalas av gäldenären.
- Upphandlat kravföretag sköter avbetalningsplaner, utan kostnad för Region Jämtland Härjedalen.
- Om gäldenären ringer redovisningsenheten när de fått faktura och innan fakturan förfallit till betalning kan de förmedla kontakt med kravföretaget för att lägga upp en avbetalningsplan.
- Om fakturan redan gått iväg till kravföretaget för utskick av påminnelse sköter kravföretaget om att lägga upp en frivillig avbetalningsplan. För närvarande är den lagstadgade uppläggningsavgiften 170 kronor och aviavgiften är 60 kronor. Ingen kostnad för Region Jämtland Härjedalen.
- Om gäldenären ringer och bara behöver skjuta upp betalningen en kortare tid kan redovisningsenheten flytta fram förfallodatum. Anstånd lämnas maximalt till den 30/31 i månaden efter.

9.7.1 Avbetalningsregler i andra landsting

I Norrbottens läns landsting skriver man på sin hemsida att "Vi erbjuder alla våra patienter att delbetala via faktura". Om patienten vill så erbjuds patienten kostnadsfri avbetalning/uppdelning på två månader. Vill patienten ha längre avbetalning så anlitas ett externt företag, och det tillkommer uppläggningsavgift samt ränta.

Region Östergötland erbjuder delbetalning på 5 eller 10 månader.



10 KOMMUNIKATION

Extern och intern kommunikation ingår i projektplanen. Ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet har diskuterat hur kommunikation med medborgarna ska ske.

Länets handikappråd fick information av projektledarna på sina möten den 7 maj och den 17 september.

Pensionärsrådet fick information av projektledarna den 3 september.

(Ungdomsrådet besöktes inte eftersom de i dagsläget har begränsad verksamhet.)

Den 25 juni informerades **samtliga chefer** i Region Jämtland Härjedalen om den pågående utredningen om enhetliga patientavgifter via den veckovisa "Ledningsinformationen".

11 ÖVRIGT

I denna avgiftsutredning har det fokuserats på att utreda mer enhetliga öppenvårdsavgifter. Den största förändringen är att samma avgift föreslås gälla för vårdbesök oavsett vårdgivarkategori.

I de fall det i gamla avgiftsbeslut anges att besöksavgift ska erläggas med t ex 100 kronor, så höjs dessa avgifter generellt till 200 kronor. (T ex enligt beslutet om säsongsinfluensavaccinering ska man betala 130 kr (100 kr för besöket och 30 kr för vaccinet), detta höjs i och med enhetstaxan till 230 kronor.)

Avgifter för intyg och hälsoundersökningar enligt den s k "Gula taxan" har inte ingått i denna utredning men bör ses över.

När det gäller syn- och hörcentralens hjälpmedel etc. kan det behövas en uppdatering av priser. Utprovning av hörapparat har haft samma avgift sedan 1993. Egenavgiften för glasögon är 400 kronor medan invånare som köper glasögon "på stan" måste betala mycket mera. Det har framkommit att det kanske borde finnas "servicebesök", smärre saker, som fortsätter vara avgiftsfritt. Det kan t ex gälla en justering av hjälpmedel. Det kan förtydligas i tillämpningsanvisningarna.

I utredningen lyfts fram ungefärlig potential i förstärkta intäkter om avgift införs för labb och röntgen.

Den 1 januari 2011 infördes en avgift på 100 kronor för vårdkontakt med läkare per telefon. Avgiften gäller då läkaren kommit överens med patienten om att kontakten ersätter ett mottagningsbesök. Avgiften ingår i högkostnadsskyddet. Statistiken visar på väldigt få besök, antingen görs få besök eller så tar man inte ut avgift eller att det registreras på annan kod. Denna avgift blir nu 200 kronor.



Förslag har kommit upp om att erbjuda betalning av patientavgifter via sms. Det kan vara en intressant betalningsform inför framtiden men har inte vunnit genomslag inom landsting och regioner ännu. Region Jämtland Härjedalen saknar resurser att på egen hand utveckla denna typ av tjänst.

Idéer om att patienter ska kunna betala sina avgifter med en tolfte dal per månad har uppkommit men ingår inte i denna utredning.

Utbildning av mottagnings- och receptionspersonal med flera är oerhört viktigt för att nå ut med beslut om nya avgifter och dess tillämpningar.

För att klara ett införande av de olika delprojekten krävs personella resurser och en genomförandeplan. Övriga landsting/regioner som infört de olika delarna som omfattas av detta projekt har beskrivit att det är ett omfattande arbete med många nedlagda timmar av olika professioner.

Ett vårdbesök är starkt subventionerat. Endast en mindre del av regionens intäkter består av patientavgifter. Ändå är det oerhört viktigt att ha en bra intäktsutveckling även för patientavgifter eftersom kostnaderna hela tiden ökar. Därför föreslås att patientavgifternas intäktsutveckling följs upp tydligare framöver. Dels sammanfattande till regionstyrelsen men även på enhetsnivå ur ett internkontrollperspektiv.

12BILAGOR

Bilaga 1: Reviderad tidsplan för utredning om mer enhetliga avgifter

Deluppdrag	EFUU	RS	RF
Beslut om mer enhetliga patientavgifter inklusive samtliga deluppdrag	Information 20 augusti och 1 oktober. Beslut 5 november.	Beslut 8 december.	Beslut februari 2016.
Deluppdrag Översyn avgifter - Förslag mer enhetliga avgifter inkl ekonomiska konsekvenser - Befintliga avgifter - Befintliga avgiftsfria - Nya (ex Distansoberoende/telemedicin) - Screening - Omvärldsanalys (3 landsting)			
Deluppdrag Automatiserad frikortshantering - Patienten får automatiskt frikort när högkostnadsskyddet nås			
Deluppdrag Fakturering - Patienten faktureras i efterhand - Patienten betalar med kort			
Deluppdrag Självbetjäning - Patienten anmäler sitt besök i självbetjäningsterminal			
Kommunikationsplan - Externt inkl medborgardialog - Internt i organisationen			

Deluppgifterna kommer att utföras parallellt och slutligen sammanfogas inför att beslut ska tas i regionfullmäktige.

Bilaga 2 Kompletterande uppdrag 2015-10-23, 2015-11-13

I nedanstående tabell redovisas de ekonomiska konsekvenserna av tilläggsuppdrag.

Typ av besök/avgift	Förslag avgift 200/300 kr	Ger ökad intäkt (kr)	Avgift 250/300 kr	Ger ökad intäkt (kr)	Avgift 300/400 kr	Ger ökad intäkt (kr)
Vårdbesök	200	5 000 000	250	11 000 000	300	17 000 000
Vårdbesök på jourtid, akutmottagning	300	100 000	300	100 000	400	1 100 000
Ambulans	200	800 000	250	1 600 000	300	2 400 000
Screening/riktade hälsokontroller	200	300 000	250	600 000	300	900 000
Ungdomar från fyllda 18 år upp till 20 år	200	1 460 000	250	1 865 000	300	2 200 000
Totalt ökade intäkter		7 660 000		15 165 000		23 600 000

Intäkterna för en enhetstaxa på 200 kr skulle ge ca 7,7 mnkr om åldern för avgiftsfritt för barn och ungdomar samtidigt sänks. Det beloppet har räknats fram enligt försiktighetsprincipen.

Effekten av höjningen från 200 till 250 kronor har räknats schablonmässigt att 50 % försvinner pga. frikort. Intäkterna skulle då öka med 7,5 mnkr ytterligare, dvs totalt 15,2 mnkr.

Effekten av höjningen från 250 till 300 kronor har räknats schablonmässigt att 50 % försvinner pga. frikort. Intäkterna skulle då öka med ytterligare 8,4 mnkr, dvs totalt uppgå till 23,6 mnkr.

Det har inte beaktats att patientströmmar kan förändras vid ändrad avgiftsnivåer, och fler kan avstå från vård. Dvs. att beräknade intäkter inte nås.



Bilaga 3 Sammanställning förslag nya avgifter

Typ av besök/avgift	Förslag ny avgift (kr)
Vårdbesök oavsett vårdgivarkategori	200
Gruppbesök och teambesök	200
Screening/riktade hälsokontroller	200
Distansöverbryggande teknik	200
Ambulans	200
Laboratoriemedicin hälsokontroll	200
Nödvändig tandvård	200
Debitering uteblivna besök (även avgiftsfria)	200
Vårdbesök på jourtid och på akutmottagning	300
Förlängning av sjukintyg och receptförnyelse	100
Barn och unga under 18 år	0
Laboratoriemedicin pga. sjukdom	0
Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin	0

Bilaga 1 - Avgifter och taxor (reviderad version jämfört med Finansplanen)

Nedan redovisas **med fetstil** de förslag till nya avgifter som har presenterats av majoriteten (socialdemokrater och moderater). Förslaget visas i nedanstående tabell för att på ett enkelt sätt möjliggöra jämförelse med avgifterna enligt Finansplan 2016-2018 (bilaga 2).

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
Läkarbesök		
Primärvård	Dagtid	300
	Asylsökande	50
Privata offentligt finansierade allmänläkare	Jourtid	400
	Hembesök dagtid	300
Specialiserad vård Privata offentligt finansierade specialistläkare	Akuta besök utan remiss	400
	Akuta besök med remiss	0
	Planerade besök:	
	Första besök efter remiss	300
	Preoperativ bedömning inför inläggning	300
	Övriga besök (återbesök)	300
Primär- och specialiserad vård	Provtagningar pga. sjukdom	0
	Röntgen, fysiologen och nuklearmedicin	0
	Telefonrecept, remiss för fotvård	100
	Kvalificerad telefonrådgivning som ersätter ett besök	300
	Oplanerade återbesök på grund av försämrat tillstånd inom 24 timmar	0
Sjukvårdande behandling		
Besök hos distrikts- / sjuksköterska, sjukgymnast, logoped, psykolog, dietist, fotterapeut, kurator, arbetsterapeut m.fl. yrkeskategorier som utövar sjukvårdande behandling. Även besök via distansöverbryggande teknik oavsett yrkeskategori (undantag egenprovtagning under 2 år).		300
Besök sjukvårdande behandling asylsökande		25
Avgifter i samband med intyg för körkort efter rattonykterhet		
	Läkarbesök	300

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
	Provtagning	100
	Intyg enligt timtaxa, se grupp 4 nedan.	
Intyg, Hälsokontroller		Förslag ses över
Intyg och vissa hälsokontroller debiteras enligt följande grupp nivåer.		
För intygen tillkommer moms.		
Grupp 1		0
Grupp 2		300
Grupp 3	Timtaxa. Annan vårdgivare än läkare som självständigt utfärdar intyg.	500
Grupp 4	Timtaxa. Avser läkare, lägsta avgift 500 kr. Tid därutöver 250 kronor per påbörjad 15-minutersperiod.	1 000
Gynekologisk hälsokontroll		
Gyn cytologiskt cellprov		150
Screening		
Mammografi screening		150
Aortascreening		150
Hälsoskolor		150
Vaccinationer		
Avgift vid vaccination ska alltid uttas med besöksavgift plus vaccinkostnad även när vaccinationen ges i samband med läkar- eller distriktssköterskebesök på grund av sjukdom.		
Läkarkontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid läkarkontakt.	300
Sjuksköterskekontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid sjuksköterskekontakt.	300
Riskgrupper och ålder över 65 år	Undantag ska gälla vid vaccination mot influensa till personer över 65 år samt medicinska riskgrupper, där en total avgift i stället tas ut.	75
Adoptionsresa	I samband med adoptionsresor ska varken besöksavgift eller avgift för vaccination uttas. Gäller föräldrar och syskon.	0
Resevaccination	Kostnad för vaccin samt en hanteringskostnad på 100 kronor per vaccin tillkommer.	300
Hjälpmedel		
Besöksavgift		300
Hörselhjälpmedel	Ordinationsavgift för hörapparat. Överskjutande kostnad över 3 500 kronor per hörapparat betalas av hörapparatbäraren.	500
	Utprovning av maskers	200
Synhjälpmedel	Avståndsglas alt bifokalglas/progressiva glas. Avgift per glasögonpar.	400
	Glasögonbidrag, per år, till barn 0-7 år	700

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
	Glasögonbidrag eller kontaktlinsbidrag, per år, till patienter som opererats för gråstarr.	1 000
Peruk och toupéer	Hanteras av hjälpmedelscentralen, se nedan.	
Ortopedtekniska hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		300
Egenavgift	Egenavgift resår-, termo- och tygkorsetter	600
Ortopediska skor	Egenavgift Vuxna	1 000
	Egenavgift Barn	300
Inlägg, ortoser		300
Hjälpmedelscentralens sortiment		
Hjälpmedelscentralens sortiment är uppdelat i:		
• egenansvar/egenvårdsprodukter – kan inte fås som hjälpmedel • egenansvar med kostnadstak 300 kr • egenavgift – kan även vara årsavgift eller serviceavgift • deponeringsavgift – återbetalas när hjälpmedlet återlämnas • hjälpmedel som utlånas kostnadsfritt Hjälpmedelscentralens regler finns på www.jll.se		
Tandvård		
Nedanstående patientavgifter ska gälla för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Högkostnadsskyddet gäller för besöken. För barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år gäller den avgiftsfria barn- och ungdomstandvårdens regler. Från och med den 1 januari det år patienten fyller 20 år till 20-årsdagen ska ingen patientavgift tas ut.		
Allmäntandläkare	Dagtid	300
	Jourtid	400
Specialisttandläkare	Dagtid	300
	Övrig tid	400
Tandhygienist		300
Ambulanstransport		
Avgiften uttas ej av barn och ungdomar under 18 år		
Avgift per ambulanstransport		300
Särskilda avgiftsbefrielser		
Barn & ungdomar	Avgiftsbefrielsen för barn och ungdomar intill 18-årsdagen. Detta gäller för läkarbesök och sjukvårdande behandlingar inom primär- och länssjukvård samt hos privata, offentligt finansierade vårdgivare. För ungdomspsykiatrisk mottagning gäller avgiftsbefrielse intill 23-årsdagen.	-

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
	Uttag av patientavgift görs i dessa fall ej heller vid telefonrådgivning.	
Patienter utskrivna enligt LPT och LRV	I enlighet med vad som gällt under 2010 ska patienter som varit inskrivna på sjukhuset enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) vara befriade från patientavgift vid återbesök på psykiatriska kliniken inom sjukhuset.	-
Egenprovtagning via distansöverbyggande teknik	Avgiftsfritt under två år.	-
Avgiftstak för patientavgift öppen vård		
Högekostnadsskydd	Avgiftstaket för sjukvårdsavgifter.	1 100
Debitering vid uteblivna patientbesök		
Patient som uteblir från ett bokat besök utan att ha meddelat mottagningen debiteras gällande patientavgift. Detta gäller även då patient har frikort, är avgiftsbefriad (barn / ungdom, värnpliktig eller smittskyddsfall) samt enligt nedanstående vid:		
Mödravårdscentraler	Barnmorska	300
	Läkare	300
Barnavårdscentraler	Sjuksköterska	300
	Läkare	300
Röntgenverksamhet		300
Vaccinationer	Besök hos sjuksköterska	300
	Besök hos läkare	300
Hörcentralen		300
Fys lab		300
Lab.undersökningar		300

Sluten vård		Avgift 2014 (kr)
Av patienter som intas enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) uttas ej avgift.		
Vid inläggning för operation, som inställs på grund av bristande kapacitet eller överbeläggning, uttas ej avgift.		
Ålder:	0 - 19 år	0
	20 - 64 år	100
	65 år och äldre	80
Personer under 40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning erlägger en och samma avgift från och med första vård dagen.		50

Avgifter då remittenten inte är verksam enligt lagen om läkevårdsersättning	
Patientavgiften avskaffad vid besök på röntgen, fys lab och isotoplab. Motsvarande avgift tas i stället ut av den remitterande läkaren.	
När patient besöker klin lab för provtagning, debiteras den remitterande läkaren 100 kr + avgift för analys av provet enligt prislista.	

RS/200/2015

Bilaga 2 - Avgifter och taxor (enligt Finansplan 2016-2018)

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
Läkarbesök		
Primärvård	Dagtid	150
	Asylsökande	50
Privata offentligt finansierade allmänläkare	Jourtid	250
	Hembesök dagtid	200
Specialiserad vård Privata offentligt finansierade specialistläkare	Akuta besök utan remiss	300
	Akuta besök med remiss	0
	Planerade besök:	
	Första besök efter remiss	100
	Preoperativ bedömning inför inläggning	100
	Övriga besök (återbesök)	250
Primär- och specialiserad vård	Provtagningar, utan koppling till planerat besök	0
	Röntgen, utan koppling till planerat besök	0
	Telefonrecept, remiss för fotvård	60
	Kvalificerad telefonrådgivning som ersätter ett besök	100
	Oplanerade återbesök på grund av försämrat tillstånd inom 24 timmar	0
Sjukvårdande behandling		
Besök hos distrikts- / sjuksköterska, sjukgymnast, logoped, psykolog, dietist, foterapeut, kurator, arbetsterapeut m.fl. yrkeskategorier som utövar sjukvårdande behandlingar.		100
Besök sjukvårdande behandling asylsökande		25
Avgifter i samband med intyg för körkort efter rattonykterhet		
	Läkarbesök	150
	Provtagning	100
	Intyg enligt timtaxa, se grupp 4 nedan.	
Intyg, Hälsokontroller		

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
Intyg och vissa hälsokontroller debiteras enligt följande grupp nivåer.		
För intygen tillkommer moms.		
Grupp 1		0
Grupp 2		300
Grupp 3	Timtaxa. Annan vårdgivare än läkare som självständigt utfärdar intyg.	500
Grupp 4	Timtaxa. Avser läkare, lägsta avgift 500 kr. Tid därutöver 250 kronor per påbörjad 15-minutersperiod.	1 000
Gynekologisk hälsokontroll		
Gyn cytologiskt cellprov		150
Screening		
Mammografi screening		150
Aortascreening		150
Vaccinationer		
Avgift vid vaccination ska alltid uttas med besöksavgift plus vaccinkostnad även när vaccinationen ges i samband med läkar- eller distriktssköterskebesök på grund av sjukdom.		
Läkarkontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid läkarkontakt.	300
Sjuksköterskekontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid sjuksköterskekontakt.	300
Riskgrupper och ålder över 65 år	Undantag ska gälla vid vaccination mot influensa till personer över 65 år samt medicinska riskgrupper, där en total avgift i stället tas ut.	75
Adoptionsresa	I samband med adoptionsresor ska varken besöksavgift eller avgift för vaccination uttas. Gäller föräldrar och syskon.	0
Resevaccination	Kostnad för vaccin samt en hanteringskostnad på 100 kronor per vaccin tillkommer.	300
Hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Hörselhjälpmedel	Ordinationsavgift för hörapparat. Överskjutande kostnad över 3 500 kronor per hörapparat betalas av hörapparatbäraren.	500
	Utprovning av maskers	200
Synhjälpmedel	Avståndsglas alt bifokalglas/progressiva glas. Avgift per glasögonpar.	400
	Glasögonbidrag, per år, till barn 0-7 år	700
	Glasögonbidrag eller kontaktlinsbidrag, per år, till patienter som opererats för gråstarr.	1 000
Peruk och toupéer	Hanteras av hjälpmedelscentralen, se nedan.	
Ortopedtekniska hjälpmedel		

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Egenavgift	Egenavgift resår-, termo- och tygkorsetter	600
Ortopediska skor	Egenavgift Vuxna	1 000
	Egenavgift Barn	300
Inlägg, ortoser		300
Hjälpmedelscentralens sortiment		
Hjälpmedelscentralens sortiment är uppdelat i:		
• egenansvar / egenvårdsprodukter – kan inte fås som hjälpmedel • egenansvar med kostnadstak 300 kr • egenavgift – kan även vara årsavgift eller serviceavgift • deponeringsavgift – återbetalas när hjälpmedlet återlämnas • hjälpmedel som utlånas kostnadsfritt Hjälpmedelscentralens regler finns på www.ill.se		
Tandvård		
Nedanstående patientavgifter ska gälla för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Högkostnadsskyddet gäller för besöken. För barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år gäller den avgiftsfria barn- och ungdomstandvårdens regler. Från och med den 1 januari det år patienten fyller 20 år till 20-årsdagen ska ingen patientavgift tas ut.		
Allmäntandtläkare	Dagtid	150
	Jourtid	250
Specialisttandtläkare	Dagtid	250
	Övrig tid	250
Tandhygienist		100
Ambulanstransport		
Eventuell befrielse av avgift t ex flera transporter under kort tidsperiod enligt riktlinjer.		
Avgiften uttas ej av barn och ungdomar		
Avgift per ambulanstransport		150
Särskilda avgiftsbefrielser		
Barn & ungdomar	Avgiftsbefrielsen för barn och ungdomar intill 20-årsdagen ska fortsätta. Detta gäller för läkarbesök och sjukvårdande behandlingar inom primär- och länssjukvård samt hos privata, offentligt finansierade vårdgivare. För ungdomspsykiatrisk mottagning gäller avgiftsbefrielse intill 23-årsdagen.	-
	Uttag av patientavgift görs i dessa fall ej heller vid telefonrådgivning.	
Patienter utskrivna enligt LPT och LRV	I enlighet med vad som gällt under 2010 ska patienter som varit inskrivna på sjukhuset enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) vara befriade från patientavgift vid återbesök på	-

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
	psykiatriska kliniken inom sjukhuset.	
Avgiftstak för patientavgift öppen vård		
Högekostnadsskydd	Avgiftstaket för sjukvårdsavgifter.	1 100
Debitering vid uteblivna patientbesök		
Patient som uteblir från ett bokat besök utan att ha meddelat mottagningen debiteras gällande patientavgift. Detta gäller även då patient har frikort, är avgiftsbefriad (barn / ungdom, värnpliktig eller smittskyddsfall) samt enligt nedanstående vid:		
Mödravårdscentraler	Barnmorska	100
	Läkare	150
Barnavårdscentraler	Sjuksköterska	100
	Läkare	150
Röntgenverksamhet		250
Vaccinationer	Besök hos sjuksköterska	300
	Besök hos läkare	300
Hörcentralen		100
Fys lab		250
Lab.undersökningar		100

Sluten vård		Avgift 2014 (kr)
Av patienter som intas enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) uttas ej avgift.		
Vid inläggning för operation, som inställs på grund av bristande kapacitet eller överbeläggning, uttas ej avgift.		
Ålder:	0 - 19 år	0
	20 - 64 år	100
	65 år och äldre	80
Personer under 40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning erlägger en och samma avgift från och med första vårddagen.		50
Avgifter då remittenten inte är verksam enligt lagen om läkevårdsersättning		
Patientavgiften avskaffas vid besök på röntgen, fys lab och isotoplab. Motsvarande avgift tas i stället ut av den remitterande läkaren.		



När patient besöker klin lab för provtagning, debiteras den remitterande läkaren 100 kr + avgift för analys av provet enligt prislista.

Ekonomistaben
Anneli Svensson
Tfn: 063-147661
E-post: anneli.svensson@regionjh.se

2015-11-09

RS/248/2015

Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen - slutförslag

Inledning

Sponsring är ett affärsmässigt samarbetsavtal till ömsesidig nytta mellan två (eller flera) parter, där sponsorn lämnar ersättning i form av pengar, varor och/eller tjänster och den sponsrade parten som motprestation tillhandahåller tjänster som ger sponsorn reklam, stärker sponsorns varumärke eller är till annan nytta för sponsorn. Bidrag utan motsvarande motprestation är inte sponsring. Sponsring kan gå i två riktningar, in till organisationen och ut från organisationen.

Sponsring får inte utgöra ett otillåtet stöd till ett enskilt företag eller innebära att kravet på objektivitet kan ifrågasättas. Lagen om offentlig upphandling, skattelagstiftning och marknadsföringslagen ska beaktas.

Region Jämtland Härjedalen är i huvudsak finansierad med skatteintäkter och det krävs gemensamma regler för att inte riskera att förtroende och opartiskhet kan ifrågasättas. Sponsringspolicyn omfattar inte Region Jämtland Härjedalens bidragsgivning till organisationer.¹

Värdering

Region Jämtland Härjedalens regel är att inte sponsra extern part eller att själv ta emot sponsring. Policyn gäller för hela organisationen inklusive helägda kommunala bolag och stiftelser som organisationen ensam stiftat. Region Jämtland Härjedalens delägda kommunala bolag och stiftelser som organisationen stiftat tillsammans med någon annan eller föreningar som organisationen är medlem i bör ha en försiktig och restriktiv inställning till sponsring.

Sponsring in till Region Jämtland Härjedalen

Huvudregeln är att Region Jämtland Härjedalen inte låter sig sponsras av extern part.

Undantag: Regionstyrelsen kan anta samverkansregler som Sveriges kommuner och landsting rekommenderar mellan offentligt finansierad hälso- och sjukvård och läkemedelsindustri, medicinsk industri, laboratorieteknisk industri eller liknande.² Inom kollektivtrafiken kan begränsad sponsring ske i särskilda fall. Det får inte riskera att förtroende och opartiskhet kan ifrågasättas.

¹ Relaterat dokument: Regler och villkor för bidrag till externa organisationer samt länsкультуrens övriga stödformer (LS/926/2014.)

² Nya samverkansregler tecknade från 2014 (LS/1659/2013).

Sponsring ut från Region Jämtland Härjedalen

Regeln är att Region Jämtland Härjedalen inte sponsrar extern part.

Region Jämtland Härjedalens uppdrag att främja utveckling och tillväxt

I Region Jämtland Härjedalens uppdrag ingår att främja utveckling och tillväxt. Om organisationen vill bidra ekonomiskt med anledning av ett större publikt evenemang med internationell och medial uppmärksamhet kan det ses som en naturlig del av uppdraget. Region Jämtland Härjedalen definierar inte detta som sponsring. Om ett ekonomiskt stöd beviljas ska syftet alltid vara att det ska bidra till att Region Jämtland Härjedalens mål och visioner kan uppnås.

Underlag inför beslut

Det krävs en noggrann bedömning innan skattemedel kan användas för stöd till publika evenemang. Beslut ska alltid fattas av styrelse eller nämnd utifrån en skriftlig begäran med relevanta underlag. Om stöd beviljas bör det framgå av beslutet hur insatsen ska följas upp och utvärderas.

Hälso- och sjukvårdens ansvar vid publika evenemang

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har Region Jämtland Härjedalen ansvaret för att tillhandahålla akut hälso- och sjukvård till alla som befinner sig inom Jämtland Härjedalen. Det kan innebära att vården kan behöva dimensionera om befintlig sjukvårdsorganisation utifrån ett evenemang. Region Jämtland Härjedalen har inte något ansvar att ställa någon särskild beredskap till förfogande för arrangörer.

Vid större publika evenemang kan regionen tillfälligt förändra sin organisation för att på bästa sätt möta det vårdbehov som kan uppstå. Om personal vill ställa upp ideellt vid ett evenemang ska detta ske enligt Region Jämtland Härjedalens regler.

Ekonomistaben
Anneli Svensson
Tfn: 063-147661
E-post: anneli.svensson@regionjh.se

2015-11-09

RS/248/2015

Hantering av inkomna synpunkter på remissversion av sponsringspolicy

Regionala utvecklingsnämnden (RUN) har på sitt sammanträde den 13 oktober 2015 behandlat remissversionen av Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen (RS/248/2015) och lämnat synpunkter genom ett remissvar.

Regionala utvecklingsnämnden är positiv till att Region Jämtland Härjedalen beslutar om en sponsringspolicy med grundregeln att inte sponsra extern part. Nämnden beskriver bland annat att det finns tillfällen där undantag bör gälla Länstrafiken och stiftelsen Jamtli. Dessutom bör ”ett större publikt evenemang” definieras tydligare. Med anledning av RUN:s synpunkter föreslås följande förändringar i remissversionen.

Inledning

Tillägg (förtydligande): Sponsringspolicyen omfattar inte Region Jämtland Härjedalens bidragsgivning till organisationer.

Värdering

Nuvarande formulering: Region Jämtland Härjedalens delägda kommunala bolag och stiftelser som organisationen stiftat tillsammans med någon annan eller föreningar som organisationen är medlem i bör ha samma försiktighet och restriktiva inställning till sponsring.

Nytt förslag: ”samma försiktighet och restriktiva inställning till sponsring” ändras till ”bör ha en försiktig och restriktiv inställning till sponsring”. Genom denna ändring blir Jamtlis handlingsutrymme inte lika begränsat.

Sponsring in till Region Jämtland Härjedalen

Huvudregeln är att inte låta sig sponsras av extern part. Kompletteras med ytterligare ett undantag: Inom kollektivtrafiken kan begränsad sponsring ske i särskilda fall. Det får inte riskera att förtroende och opartiskhet kan ifrågasättas.

Sponsring ut från Region Jämtland Härjedalen

Huvudregeln är att Region Jämtland Härjedalen inte sponsrar extern part. Inget tillägg föreslås. RUN:s förslag om undantag för Länstrafiken avser kampanjer till vissa kundgrupper. Det är inte sponsring utan kan anses ingå som en naturlig del i verksamhetens uppdrag.

Region Jämtland Härjedalens uppdrag att främja utveckling och tillväxt

Önskemål om en tydligare definition av och som vidgar begreppet ”ett större publikt evenemang med internationell och medial uppmärksamhet”. För att tillåta även andra evenemang än idrottsliga föreslås att parenteserna med ”motsvarande VM/EM-status” tas bort.

2015-10-13

Regionala utvecklingsnämnden

§ 142 Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen (RUN/1155/2015)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har, 2015-06-12, fastställt en remissversion av Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen (RS/248/2015.) Ärendet har remitterats till regionala utvecklingsnämnden för synpunkter för att slutligt beslutas i styrelsen senast i december 2015 och i fullmäktige senast i februari 2016. Policyn utgår från att sponsring är ett affärsmässigt samarbetsavtal och det nya förslaget innebär att regionen inte ska sponsra extern part eller själv ta emot sponsring. Sponsring får inte utgöra ett otillåtet stöd till enskilt företag eller innebära att kravet på objektivitet kan ifrågasättas. Lagen om offentlig upphandling, skattelagstiftningen och marknadsföringslagen ska beaktas. Genom att regionen i huvudsak är finansierad med skatteintäkter krävs gemensamma regler för att inte riskera att förtroende och opartiskhet kan ifrågasättas.

Regionala utvecklingsnämnden är positiv till att regionen tar fram en Sponsringspolicy med grundregeln att regionen inte sponsrar extern part. Regionala utvecklingsnämnden påpekar att det finns tillfällen där vissa undantag som beskrivs gällande hälso- och sjukvården, kan vidgas till att gälla även Länsstrafiken i förkommande fall samt stiftelser som till exempel Jamtli. Begreppet ”ett större publikt evenemang” bör definieras tydligare utifrån det regionala tillväxtarbetet.

Ett tillägg föreslås att policyn inte omfattar regionens bidragsgivning till organisationer.

Beslutsunderlag

Sponsringspolicy för region Jämtland Härjedalen – remissversion.

Protokollsutdrag från ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet 2015-04-21, § 30.

Remissvar sponsringspolicy, 2015-09-21.

Protokollsutdrag arbetsutskottet 2015-10-05, § 163.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

1. Remissvar gällande Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen skickas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.
2. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen att beakta remissvarets synpunkter och förslag inför kommande slutligt beslut.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTETS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

1. Remissvar gällande Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen skickas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.
2. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen att beakta remissvarets synpunkter och förslag inför kommande slutligt beslut.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2015-10-13

Regionala utvecklingsnämnden

Förslag till beslut på mötet

Eva Hellstrand (C) yrkar följande:

Regionala utvecklingsnämnden bedömer att konsekvenserna av sponsringspolicy och reglerna för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler inte är tillräckligt utredda. Ett stort antal företag/logotyper är synliga i regionens lokaler, i forskning och försök och i många andra sammanhang. Vad händer med detta om policyn och reglerna införs? Nämnden anser att ärendet ska återremitteras av regionstyrelsen för ytterligare utredning.

Beslutsgång

Ordförande ställer fråga på Eva Hellstrands yrkande och finner att nämnden bifaller till det.

Ordförande ställer fråga på grundförslaget och finner det antaget.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

1. Regionala utvecklingsnämnden bedömer att konsekvenserna av sponsringspolicy och reglerna för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler inte är tillräckligt utredda. Ett stort antal företag/logotyper är synliga i regionens lokaler, i forskning och försök och i många andra sammanhang. Vad händer med detta om policyn och reglerna införs? Nämnden anser att ärendet ska återremitteras av regionstyrelsen för ytterligare utredning.
2. Remissvar gällande Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen skickas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.
3. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen att beakta remissvarets synpunkter och förslag inför kommande slutligt beslut.

Utdrag till

Områdeschef Kultur; Regionfullmäktige

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Regional utveckling

KULTUR
Ingrid Printz
0703112424
ingrid.printz@regionjh.se

2015-09-21

RUN/1155/2015Dnr:

Remiss Sponsringspolicy (RS/248/2015)

Regionstyrelsen har, 2015-06-12, fastställt en remissversion av Sponsringspolicy för Region Jämtland Härjedalen (RS/248/2015.) Ärendet har remitterats till regionala utvecklingsnämnden för synpunkter, för att slutligt beslutas i styrelsen senast i december 2015 och i fullmäktige senast i februari 2016. Sponsring får inte utgöra ett otillåtet stöd till enskilt företag eller innebära att kravet på objektivitet kan ifrågasättas. Lagen om offentlig upphandling, skattelagstiftningen och marknadsföringslagen ska beaktas. Genom att regionen i huvudsak är finansierad med skatteintäkter krävs gemensamma regler för att inte riskera att förtroende och opartiskhet kan ifrågasättas. Nedan följer några synpunkter/förslag utifrån Sponsringspolicyens rubriker.

Värdering:

Policyn utgår från att sponsring är ett affärsmässigt samarbetsavtal och det nya förslaget innebär att regionen inte ska sponsra extern part eller själv ta emot sponsring. Policyn gäller för hela Region Jämtland Härjedalen inklusive helägda kommunala bolag och stiftelser som regionen ensam stiftat. Regionens delägda kommunala bolag och stiftelser som regionen stiftat tillsammans med någon annan eller föreningar som regionen är medlem i bör ha samma försiktighet och restriktiva inställning till sponsring.

Synpunkter/förslag: Regionala utvecklingsnämnden är positiv till att regionen tar fram en sponsringspolicy med grundregeln att regionen inte sponsrar extern part. Frågan om en restriktiv hållning till sponsring gällande kommunala bolag, föreningar eller stiftelser som regionen stiftat med någon annan, kan behöva särskild översyn. Ett exempel är de tillfällen där Jamtli ingått ett sponsringsavtal för utveckling av besöksmål. Ordet ”samma” försiktighet och restriktiva hållning, bör utgå.

Nämnden är positiv till att policyn ”Regler för gåvor och donationer (LS/324/1998) uppdateras efter det att sponsringspolicy har fastställts. Ett tillägg till policyn vore önskvärd, om att ”Sponsringspolicy omfattar inte regionens bidragsgivning till organisationer. Stöd och bidrag till externa organisationer regleras i Regler och villkor för bidrag till externa organisationer samt länskulturens övriga stödformer (LS/926/2014).”

Sponsring in till regionen:

Huvudregeln är att regionen inte låter sig sponsras av extern part. Undantag från regeln gäller Regionstyrelsen som kan anta samverkansregler som Sveriges kommuner och landsting rekommenderar mellan offentligt finansierad hälso- och sjukvård och läkemedelsindustri, medicinsk industri, laboratorieteknisk industri eller liknande.

Synpunkter/förslag: Ett undantag gällande Länstrafiken vore önskvärt under förutsättning att sponsringen kan anses vara lönsam och bidrar till en positiv utveckling för kollektivtrafiken, t.ex. när en busstillverkare vill testa fordon i samarbete med Länstrafiken. Ett undantag bör också kunna införas gällande sponsring för ex stiftelser, kommunala bolag som regionen stiftat med någon annan, se tidigare exempel Jamtli.

Sponsring ut från regionen:

Regeln är att regionen inte sponsrar extern part.

Synpunkter/förslag: Länstrafiken vill kunna pröva möjlighet till sponsring om sponsringen bidrar till att stärka Länstrafikens varumärke med fokus på kunder i regionen. Primära målgrupper är ungdomar och arbetspendlare.

Regionens uppdrag att främja utveckling och tillväxt:

I regionens uppdrag ingår att främja utveckling och tillväxt. Om regionen vill bidra ekonomiskt med anledning av ett större publikt evenemang med internationell och medial uppmärksamhet, kan det ses som en naturlig del av uppdraget. Regionen definierar inte detta som sponsring. Beslut om sådant stöd ska baseras på en skriftlig förfrågan och fattas av styrelse eller nämnd. Insatsen ska följas upp och utvärderas. Om regionen vill bidra ekonomiskt med anledning av ett större publikt evenemang (motsvarande VM/EM-status) med internationell och medial uppmärksamhet kan det ses som en naturlig del av uppdraget. Regionen definierar inte detta som sponsring. Om ett ekonomiskt stöd beviljas ska syftet alltid vara att det ska bidra till att regionens mål och visioner kan uppnås.

Synpunkter/förslag: En tydligare definition av och som vidgar begreppet ”ett större publikt evenemang med internationell och medial uppmärksamhet” är önskvärd för de evenemang som faller utanför den idrottsliga benämningen VM/EM-status. Unescokonferensen 2016 Creative Cities Network kan utgöra ett exempel på ett evenemang med internationell och medial uppmärksamhet.

Underlag inför beslut

Det krävs en noggrann bedömning innan skattemedel kan används för stöd till publika evenemang. Beslut ska fatta av styrelse eller nämnd utifrån en skriftlig begäran med relevanta underlag. Om stöd beviljas bör det framgå av beslutet hur insatsen ska följas upp och utvärderas.

Synpunkter: Regionala utvecklingsnämnden är positiv till policyns skrivning om att beslut fattas av styrelse eller nämnd utifrån en noggrann bedömning och med uppföljning, utvärdering av insatsens effekt.

Hälso- och sjukvårdens ansvar vid publika evenemang

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har Region Jämtland Härjedalen ansvaret för att tillhandahålla sjukvård till alla som befinner sig inom regionens geografiska område. Vid större publika evenemang kan regionen tillfälligt förändra sin organisation för att på bästa sätt möta det vårdbehov som kan uppstå. Om personal vill ställa upp ideellt vid ett evenemang ska detta ske enligt regionens regler. Regionen kan välja att ta ett "principalansvar" för egna anställda som utför volontärsuppdag som första hjälpare. Särskilt beslut fattas av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Synpunkter: Regionala utvecklingsnämnden ser positivt på att regionen tillfälligt kan förändra organisationen för att på bästa sätt möta det vårdbehov som kan uppstå vid ett större publikt evenemang och att regionen har särskilda regler för ideella insatser, volontärsuppdag.

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



**Regler för spridning av information samt fotografering
och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler**

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Vem beslutar om vad som är tillåtet?	4
2	SPRIDNING AV INFORMATION.....	4
2.1	Bedömning av lämplighet.....	4
2.2	Basutbud av information	5
2.3	Kampanjer	5
2.4	Information från enskilda verksamheter	5
2.5	Information från andra aktörer	6
2.5.1	Samhällsinformation – ja!	6
2.5.2	Reklam och kommersiell information – en gråzon	6
2.6	Digital information	7
2.7	Tidningar	7
2.8	Anslagstavlor	7
2.9	Skyltning.....	8
2.10	Utställningar	8
2.11	Snurrdörren vid entrén på sjukhuset	8
2.12	Uppträdanden och evenemang	9
2.13	Information till personal	9
3	FOTOGRAFERING OCH INSPELNING	9

1 INLEDNING

Inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter finns ett stort antal lokaler och passager som allmänheten har tillträde till. Väntrum och entréer där patienter och besökare tillbringar tid i väntan på undersökning, behandling eller besked har en särskild roll. God medicinsk kvalitet och omsorg om individen börjar redan där. Motsvarande professionella kvalitet och omsorg ska naturligtvis gälla gentemot besökare i offentliga lokaler där exempelvis kultur, utbildning och mötesplatser tillhandahålls av verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen.

Det är viktigt att informationsmaterial löpande rensas bort, så att utbudet är ständigt aktuellt. För många budskap vid receptioner, i väntrum eller på anslagstavlor begränsar informationens effekt. Därför ska inaktuella anslag alltid tas ner, oavsett vem som har satt upp dem.

Detta dokument innehåller även regler för vad som är tillåtet när det handlar om fotografering, filminspelning och ljudupptagning i Region Jämtland Härjedalens lokaler.

1.1 Vem beslutar om vad som är tillåtet?

Beslut som rör spridning av information samt filminspelning och fotografering sker i enlighet med Region Jämtland Härjedalens delegationsbestämmelser.

2 SPRIDNING AV INFORMATION

2.1 Bedömning av lämplighet

Väntrum, entréhallar, korridorer, anslagstavlor och andra allmänna utrymmen är ofta intressanta platser för företag, opinionsbildare och andra aktörer som vill sprida information och budskap. Region Jämtland Härjedalens lokaler ska så långt som möjligt hållas fria från ovidkommande information. Även information som kan tyckas vara harmlös bör ifrågasättas, eftersom den kan uppfattas som godkänd, eller till och med rekommenderad, av Region Jämtland Härjedalen utan att vara det.

Det är inte tillåtet att sätta upp, lägga ut eller visa material som:

- strider mot Region Jämtland Härjedalens verksamhet
- innebär reklam för metoder eller preparat som inte är förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet

- innebär reklam för receptbelagda läkemedel
- innebär reklam för produkter eller tjänster där Region Jämtland Härjedalen inte är intressent
- är av religiös, facklig eller partipolitisk karaktär. Undantaget är: regionpolitik där grupperingar med representanter för både majoritet och opposition är avsändare, fackföreningar som representerar Region Jämtland Härjedalens medarbetare samt Sjukhuskyrkans interreligiösa verksamhet.
- har karaktären av namninsamling eller informerar om penninginsamling.
- syftar till direkt försäljning av produkter eller tjänster, som inte bedrivs av Region Jämtland Härjedalen själv, Region Jämtland Härjedalens hyresgäster eller andra upphandlade avtalsparter.
Exempelvis är olika forskningssamarbeten, testbäddar som inrättas för test av produkter/tjänster samt Designcentrums samarbeten med fristående formgivare naturliga delar av verksamheten.

2.2 Basutbud av information

Region Jämtland Härjedalens basutbud av informationsmaterial ska finnas i väntrummen inom hälso- och sjukvården. Det innehåller bland annat information om patienträttigheter, avgifter och patientnämndens verksamhet.

2.3 Kampanjer

Basutbudet kan kompletteras med informationsmaterial som ingår i kampanjer, som har Region Jämtland Härjedalen som avsändare. Det kan exempelvis handla om influensavaccination, egenvårdsråd eller andra speciella satsningar. Det innefattar även material från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 1177 Vårdguiden eller olika nationella kampanjer.

2.4 Information från enskilda verksamheter

Basutbud och kampanjer kan kompletteras med information från enskilda verksamheter (hälsocentraler, öppenvårdsmottagningar, folkhögskolor eller motsvarande) inom Region Jämtland Härjedalen. Det kan vara om exempelvis vilka tjänster som erbjuds, öppettider, vägbeskrivningar och kontaktinformation. Utformningen av sådan information ska alltid följa organisationens grafiska profil, och på så sätt ha Region Jämtland Härjedalen som tydlig avsändare.

2.5 Information från andra aktörer

Lokaler och mark som Region Jämtland Härjedalen äger är inte allmän plats, så det finns ingen skyldighet att förmedla information från externa aktörer där. Men visst sådant material kan ändå få förekomma – i begränsad omfattning – om innehållet bedöms som särskilt viktigt för patienter, anhöriga, kunder, deltagare och besökare. I grunden handlar det om vem avsändaren är och att syftet stämmer med Region Jämtland Härjedalens regler, utifrån Bedömning av lämplighet.

2.5.1 Samhällsinformation – ja!

Det är tillåtet att sprida samhällsinformation i Region Jämtland Härjedalens lokaler. Dit räknas information från kommuner, försäkringskassan, socialstyrelsen eller andra myndigheter. Beroende på innehåll så *kan* även information från ideella organisationer (patientföreningar, anhängargrupper, kvinnojourer, brottsofferjourer, Bris och liknande) ingå i kategorin samhällsinformation.

Informationen ska gynna patienter, anhöriga, kunder, deltagare och besökare – och det får inte finnas några konkurrensaspekter eller liknande att ta hänsyn till. Samhällsinformationen ska inte heller blandas med Region Jämtland Härjedalens egen information, utan finnas tillgänglig i exempelvis en särskild pärm, i broschyrställ eller på anslagstavla – och det måste tydligt framgå vem som är avsändare. För material som visas på digitala skärmar, se punkt 2.6

Vid händelse av kris- eller katastrofläge har Region Jämtland Härjedalen rätt att ersätta befintlig information i lokalerna med egen krisinformation.

2.5.2 Reklam och kommersiell information – en gråzon

Kommuner och landsting ska bedriva sin verksamhet och förhålla sig på ett sådant sätt att allmänhetens förtroende för verksamheten upprätthålls. Mot bakgrund av det ska det vara reklamfritt i/på Region Jämtland Härjedalens lokaler/mark. Information från externa näringsverksamheter, i säljande syfte, får alltså inte spridas eller exponeras där. Undantag gäller för kollektivtrafiken, där det är tillåtet med reklam på fordon och vid hållplatser.

Det finns också en gråzon mellan vad som är reklam och vad som kan räknas som kommersiell information. Det är tillåtet med viss kommersiell information om *service* i anslutning till avdelningar/mottagningar, foajéer, väntrum och andra samlingslokaler. Till exempel om öppettider för apoteket, sjukhusrestaurang och kiosk eller sjukrese-, buss- och tågtider, eller annan motsvarande serviceinformation.

På vissa mottagningar kan det också vara relevant att informera om behandling och rehabilitering vid anläggningar som Region Jämtland Härjedalen samarbetar med, eller som patienter kan få ekonomiskt stöd till.

Kommersiell information ska alltid finnas på särskilt anvisad plats och inte blandas med information som har Region Jämtland Härjedalen som avsändare.

2.6 Digital information

I vissa väntrum, korridorer och foajéer finns tv-skärmar, där det är möjligt att visa information i form av både rörlig bild och bildspel med stillbilder. Motsvarande kan även visas på datorer, läs-/surfplattor (tablets) eller liknande, som finns tillgängliga för patienter, anhöriga, kunder, deltagare och besökare att söka information med. Tänk på att information som hela tiden 'rullar' på en skärm kan upplevas som störande av de som vistas i lokalen. Av det skälet måste informationen där alltid vara ljudlös. Om möjligt ska det också finnas ett område i lokalen där man kan befinna sig utan att se skärmen.

Material som visas på digitala skärmar kan, av tekniska skäl, inte delas upp på två separata ytor. Därför ska istället en tydlig uppdelning ske genom att det framgår av den grafiska formgivningen vad som har Region Jämtland Härjedalen som avsändare och vilken information som kommer från annan tillåten avsändare.

Vid händelse av kris- eller katastrofläge har Region Jämtland Härjedalen rätt att ersätta befintlig information i lokalerna med egen krisinformation.

2.7 Tidningar

Vanliga dags- och veckotidningar är trevliga inslag för dem som tillbringar en stund i väntrum, allmänna läshörnor eller motsvarande lokaler. Gamla och slitna exemplar bör rensas ut, så att tidningshyllan alltid ger ett fräscht intryck. Många tidningar innehåller visserligen reklam, men den riktar sig sällan direkt till Region Jämtland Härjedalens målgrupper. Helt annonsfinansierade tidningar och tidningar som vänder sig direkt patienter, patientgrupper eller motsvarande ska däremot inte förekomma i organisationens lokaler.

2.8 Anslagstavlor

Om anslagstavlor innehåller information från Region Jämtland Härjedalen blandat med material från andra aktörer så kan det vara svårt för besökare att avgöra vem som står bakom materialet. Därför ska det finnas skilda, tydligt uppmärkta, anslagstavlor, så att det framgår vad som är från Region Jämtland Härjedalen respektive andra avsändare.

I reception i Regionens hus finns en anslagstavla som är märkt med 'Region Jämtland Härjedalens officiella anslagstavla'. Den är endast avsedd för att anslå protokoll och information från de politiska organen i Region Jämtland Härjedalen.

Linda Henriksson
Kommunikationsstaben

På anslagstavlor märkta med 'Information från Region Jämtland Härjedalen' får endast material som är godkänt av Region Jämtland Härjedalen förekomma – exempelvis information där organisationen själv är avsändare eller information om olika nationella kampanjer som organisationen är involverad i. Material från andra aktörer får endast förekomma på anslagstavlor märkta med 'Information från organisationer och föreningar'. Otillåtet innehåll ska plockas ned omedelbart då det upptäcks. Se stycket [Bedömning av informationens lämplighet](#).

Utöver det ska alla anslagstavlor en gång i månaden rensas från inaktuell information. Information om att/när tavlan rensas ska finnas med i märkningen på tavlan, så att den som affischerar får upplysning om detta. I och med att anslagstavlorna regelbundet rensas bör man alltid sätta upp kopior, och inte originaldokument, på tavlorna.

Affisivering får aldrig förekomma på dörrar, glasrutor, målade/tapetserade väggar eller andra ytor som inte är avsedda för spridning av information.

2.9 Skyltning

Fastighetsenheten ansvarar för skyltning i Region Jämtland Härjedalens lokaler och på mark som organisationen äger. Alla skyltar ska vara utformade utifrån Region Jämtland Härjedalens skyltprogram och grafiska profil.

2.10 Utställningar

Region Jämtland Härjedalens lokaler får användas för utställningar under förutsättning att de är godkända av ansvarig chef eller, när det gäller allmänna utrymmen, av Region Jämtland Härjedalens kommunikationschef i samråd med fastighetschefen. Samma riktlinjer gäller som för skriftlig information i Region Jämtland Härjedalens lokaler, speciellt stycket [Bedömning av informationens lämplighet](#).

Med hänsyn till synskadade får inte utställningsmontrar eller bord med information lämnas obebakade. Däremot går det bra att vid särskilda tillfällen inrätta en utställning om någon ansvarig fysiskt finns på plats och informerar förbipasserande. Tänk ändå på säkerheten, exempelvis att nödutgångar och andra viktiga passager inte blir blockerade.

För riktlinjer om utställningar och demonstrationer som riktar sig till personal, se stycket [Information till personal](#).

2.11 Snurrdörren vid entrén på sjukhuset

Vid huvudentrén på Östersunds sjukhus finns en snurrdörr med två inglasade ytor, som kan användas för information och mindre utställningar. Bokningslista för intressenter som vill använda utrymmet finns hos Kommunikationsstaben. Vilket innehållet som är tillåtet styrs av

samma principer som för information i väntrum, entréhallar och motsvarande lokaler. I samband med bokning får intressenten skriftlig information om förhållningsorder och förutsättningar.

2.12 Uppträdanden och evenemang

Vid förfrågningar om att få framföra någon form av uppträdande eller evenemang i Region Jämtland Härjedalens lokaler eller på Region Jämtland Härjedalens mark ska särskild hänsyn tas till hur det kan påverka den allmänna ordningen och trivseln. För innehåll och budskap gäller samma riktlinjer som för övrig information i Region Jämtland Härjedalens lokaler, se stycket [Bedömning av informationens lämplighet](#). Utöver det ska hänsyn tas till risken för störningar på grund av ljudvolym.

2.13 Information till personal

Lokaler och områden där patienter, anhöriga, kunder, deltagare, besökare och/eller samarbetspartners befinner sig ska inte användas för information om personalaktiviteter eller facklig verksamhet. Dit räknas även utställningar som riktar sig till personalen. Personalutrymmen, matsalar och personalrestauranger kan vara lämpliga platser för den typen av information eller utställningar – men då tydligt markerat som sådant.

3 FOTOGRAFERING OCH INSPELNING

Den tekniska utvecklingen har gjort det enkelt att fotografera, filma och spela in ljud. Allt fler patienter och närstående väljer att dokumentera sina besök i vården. Även inom utbildningsverksamheten (exempelvis folkhögskolor) kan det finnas en önskan hos elever att dokumentera under föreläsningar, för att underlätta för sig i sin inläring. Både det och den bevakning som medier gör av Region Jämtland Härjedalens verksamhet kan ibland upplevas som känsligt för andra patienter, elever, närstående, besökare och personal.

Dessa regler gäller oavsett om det är en privatperson (patient eller besökare), medarbetare, journalist, yrkesfotograf eller motsvarande som ska utföra fotografering, filminspelning eller ljudupptagning – och även (speciellt kravet på samtycke) oavsett om det är en privatperson eller medarbetare som ska medverka. Grunden är dock att patientens/elevens rättigheter och integritet alltid ska stå i centrum.

INGET GENERELLT FÖRBUD I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Fotografering och filmning är i regel alltid tillåten på allmänna platser. Region Jämtland Härjedalens lokaler räknas inte som allmänna platser, men det finns för den skull inte något beslut om foto- eller filmningsförbud. Fotograferingen eller inspelningen får däremot aldrig röja patienters sekretess eller störa ordinarie verksamhet.

Linda Henriksson
Kommunikationsstaben

2015-11-11

Dnr:RS/1140/2015

Om en tillfrågad patient eller elev är villig att ställa upp på en intervju, så är det en frivillig överenskommelse mellan personen i fråga och journalisten. Däremot kan Region Jämtland Härjedalen bestämma att intervjun inte får ske i en lokal där andra patienter, elever, besökare eller personal riskerar att fotograferas eller filmas utan sitt medgivande. Intervjun kan då ske till exempel utomhus eller i ett enskilt rum.

När det gäller hälso- och sjukvården så ska all vård och behandling så långt som möjligt ske i samråd med patienten, med respekt för dennes självbestämmande och integritet. I lokaler där vård bedrivs (på mottagningar och avdelningar med tillhörande väntrum och korridorer) ska därför hälso- och sjukvårdspersonalen se till att bestämmelserna följs:

- Enligt offentlighets- och sekretesslagen får ingen vårdgivare, vare sig medvetet eller oaktsamt, medverka till att någon fotograferas eller filmas mot sin vilja.
- Uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden är skyddade enligt offentlighets- och sekretesslagen och patientdatalagen. Sekretessen är däremot inte absolut utan kan hävas, helt eller delvis, om den enskilde patienten själv godkänner det.
- När en patient ger samtycke, så ska personalen notera detta i patientens journal.
- Tänk på att patienten, i och med sitt vårdbehov, kan vara i ett underläge och i en beroendeställning. Se därför till att patienten verkligen förstår vad ett samtycke innebär.
- Om samtycke från patienten inte finns ska personalen se till att fotografering eller filmning inte sker.
- Personalen ska också se till att andra personer som vistas i lokalerna (och inte har givit samtycke) inte avbildas och i övrigt berörs så lite som möjligt.
- I händelse av att ovanstående inte respekteras så hanteras det på samma sätt som övriga ordningsstörningar i organisationen.
- Man får däremot aldrig ta kameror eller annan utrustning i beslag eller tvinga någon att radera material.

LJUDUPPTAGNING

- Enligt svensk lag är ljudupptagning alltid tillåten så länge den som spelar in själv också deltar i samtalet – och det är oavsett om det gäller i en vårdsituation eller annat tillfälle.
- Att patienter väljer att spela in samtal med vårdpersonal är oftast för att i lugn och ro, efter besöket, kunna lyssna på vilka besked och råd man fick.
- Enligt lag ska patientens behov av trygghet stå i centrum. Vården ska vara tillgänglig, respektera patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter. Därför finns ingen grund för ett inspelningsförbud.
- Vill man spela in ljud är det ändå bra att först informera övriga som medverkar. Om personalen anser att det kommer påverka vårdsituationen negativt, är det lämpligare att kalla in annan personal än att förbjuda inspelningen.

2015-10-13

Regionala utvecklingsnämnden

§ 143 Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler - remissversion (RUN/1228/2015)

Ärendebeskrivning

Regionala utvecklingsnämnden ombeds lämna synpunkter på nyutgåva; Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler. Ärendet har remitterats till regionala utvecklingsnämnden för synpunkter, för att slutligt beslutas i styrelsen senast i december 2015 och i fullmäktige senast i februari 2016 i koppling till beslut om Sponsringspolicy (RS/248/2015).

Utgåvan slår fast att regionen har ett stort antal lokaler och passager som allmänheten har tillträde till och att regionen inte har skyldighet att förmedla information från externa aktörer men kan upprätthålla informationsplats om syftet är lämpligt. Information får inte strida mot regionens verksamhet eller ge reklam för metoder, läkemedel eller produkter och tjänster där regionen inte är intressent. De riktlinjer som anges för information gäller även fotografering, inspelning och evenemang.

Regionala utvecklingsnämnden påpekar att en helhetssyn bör genomsyra dokumentet och utöver hälso- och sjukvård även gälla regional utveckling. Dokumentet behöver ses över gällande ett antal punkter som kan få en inlåsande effekt för det regionala tillväxtansvaret. Ett undantag gällande Designcentrum där syftet ibland kan vara svårt att särskilja från ett "marknadsföringssyfte" kan behöva göras, liksom för de "testbäddar" regionen inrättat för test av produkter/tjänster. Målgruppen i dokumentet bör vidgas att gälla patienter/kunder/anhöriga/deltagare/besökare/samarbetspartners.

Beslutsunderlag

Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler - remissversion.

Remissvar regional utveckling, 2015-09-28.

Protokollsutdrag arbetsutskottet 2015-10-05, § 164.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet förslår regionala utvecklingsnämnden

1. Remissvar gällande "Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i regionens lokaler" skickas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.
2. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen att beakta remissvarets synpunkter och förslag inför kommande slutligt beslut.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2015-10-13

Regionala utvecklingsnämnden

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTETS BESLUT

Arbetsutskottet förslår regionala utvecklingsnämnden

1. Remissvar gällande ”Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i regionens lokaler” skickas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.
2. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen att beakta remissvarets synpunkter och förslag inför kommande slutligt beslut.

Förslag till beslut på mötet

Eva Hellstrand (C) yrkar följande:

Regionala utvecklingsnämnden bedömer att konsekvenserna av sponsringspolicy och reglerna för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler inte är tillräckligt utredda. Ett stort antal företag/logotyper är synliga i regionens lokaler, i forskning och försök och i många andra sammanhang. Vad händer med detta om policyn och reglerna införs? Nämnden anser att ärendet ska återremitteras av regionstyrelsen för ytterligare utredning.

Beslutsgång

Ordförande ställer fråga på Eva Hellstrands yrkande och finner att nämnden bifaller till det.

Ordförande ställer fråga på grundförslaget och finner det antaget.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

1. Regionala utvecklingsnämnden bedömer att konsekvenserna av sponsringspolicy och reglerna för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler inte är tillräckligt utredda. Ett stort antal företag/logotyper är synliga i regionens lokaler, i forskning och försök och i många andra sammanhang. Vad händer med detta om policyn och reglerna införs? Nämnden anser att ärendet ska återremitteras av regionstyrelsen för ytterligare utredning.
2. Remissvar gällande ”Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i regionens lokaler” skickas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.
3. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen att beakta remissvarets synpunkter och förslag inför kommande slutligt beslut.

Utdrag till

Områdeschef Kultur; Regionstyrelsen

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Ingrid Printz
Regional Utveckling
Kultur
070-3112424
Ingrid.printz@regionjh.se

2015-09-28
Dnr: RUN/1228/2015

Remissvar - Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region jämtland Härjedalens lokaler

Regionstyrelsen har fastställt nytt utgåva; Regler för spridning av information samt fotografering och inspelning i Region Jämtland Härjedalens lokaler. Beslut om remissversion av utgåvan fattas på Regionstyrelsen den 30 september. Regionala utvecklingsnämnden ombeds lämna eventuella synpunkter av utgåvan i koppling till ärendet om Sponsringspolicy(RUN/1155/2015). Regionstyrelsen fattar beslut om "Sponsringspolicy" samt "Regler för spridning av information mm" senast i december och fullmäktige beslutar senast i februari 2016. Utgåvan slår fast att regionen har ett stort antal lokaler och passager som allmänheten har tillträde till. Regionen har ingen skyldighet att förmedla information från externa aktörer men kan upprätthålla informationsplats om syftet är lämpligt och har tydlig avsändare utifrån de regler som presenteras i utgåvan. Bedömningen är lämplighet.

Spridning av information:

Grundregeln är att informativa anslag och viktig samhällsinformation ska vara tillåten och tillgängliggöras på anvisade anslagsplatser. Detsamma gäller digital information. Avsändare kan vara regionen, annan myndighet, eller en ideell organisation där budskapet kan anses gynna patienter, anhöriga el besökare. Regionens information ska utgå från den grafiska profilen och inte blandas med extern information där avsändare tydligt ska framgå.

Otillåten information:

Information får inte strida mot regionens verksamhet eller ge reklam för metoder, läkemedel eller produkter och tjänster där regionen inte är intressent. Information får inte vara av religiös, facklig eller partpolitisk karaktär, undantaget landstingspolitik där avsändaren är gruppering med representation från majoritet och opposition.

Reklam:

Information med reklam – eller marknadsföringssyfte från externa näringsverksamheter är inte tillåten. Det gäller såväl trycksaker som information i digital form. Kollektivtrafiken är undantagen regeln där reklam på fordon och hållplatser är tillåten. Exempel på "kommersiell

information” som kan tillåtas i anslutning till mottagningar, avdelningar och väntrum är information om apotekets eller restaurangens öppettider, buss- och tågtider mm.

Skyltning/Utställningar:

Fastighetsenheten ansvar för skyltning av regionens lokaler och mark som organisationen äger. Utställningar i regionens allmänna lokaler ska vara godkända av ansvarig chef. Säkerhetsaspekter vid utställningar ska beaktas. Vid huvudentrén till Östersunds sjukhus finns inglasade ytor som kan användas för information, vilka bokas hos Kommunikationsstaben.

Upptredanden/Evenemang:

Hänsyn ska tas till evenemangets art och om det kan påverka allmän ordning, trivsel. De riktlinjer som angetts för information gäller.

Fotografering, filmning och inspelning:

Fotografering, filmning och inspelning av ljud är i regel alltid tillåten på allmän plats. Grundprincipen är att patientens, kundens rättigheter och integritet ska skyddas och kravet på samtycke gälla. Lagen om sekretess ska följas. Frivilliga överenskommelser, mellan t.ex. en patient och en journalist, kan ske om samtycke finns och utan att påverka ordinarie verksamhet. Medverkande medarbetare och andra berörda ska informeras om inspelningen. Andra personer i lokalerna ska inte avbildas utan samtycke.

Regionala utvecklingsnämndens synpunkter/förslag:

Regionala utvecklingsnämnden vill påpeka att reglerna i stort utgår från en av regionens kärnverksamheter, Hälso- och sjukvård. Det är relevant att dokumentet redan inledningsvis tydliggörs att gälla även den andra kärnverksamheten, Regional utveckling. En helhetssyn bör genomsyra dokumentet.

Offentliga lokaler tillhandahålls genom kultur, folkhögskolor, mötesplatser som t.ex. designcentrum och andra allmänna platser. Designcentrum kan i likhet med kollektivtrafiken behöva ett undantag från regeln som gäller reklam. Designcentrum fungerar som mötesplats och ett visningsrum för design och formgivningsprodukter från regionalt och nationellt verkssamma formgivare/företagare. Där kan syftet ibland vara svårt att särskilja från ett ”marknadsföringssyfte”.

Regionala utvecklingsnämnden föreslår även att vidga målgruppen i dokumentet, patienter/anhöriga/besökare till patienter/kunder/deltagare/besökare/samarbetspartners.

2015-11-10

Fullmäktiges presidium

§ 86 Översyn av reglementena för Länets handikappråd och Landstingets pensionärsråd (RS/311/2015)

Ärendebeskrivning

Vid sitt sammanträde den 22 – 23 oktober 2013 beslutade dåvarande landstingsfullmäktige att ge landstingsstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av reglementena för Länets handikappråd, Landstingets pensionärsråd och Landstingets ungdomsråd. Översynen skulle ta sikte på att tydliggöra syftena med råden och rådens uppgifter, utgångspunkten var att råden borde vara rådgivande. Länets handikappråd har även lämnat in ett initiativärende om i samband med översynen byta namn till Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen.

Fullmäktiges presidium har behandlat frågan om ungdomsrådets verksamhet och regionala utvecklingsförvaltningen har fått i uppdrag att utreda fortsatta former för ungdomsinflytande i Region Jämtland Härjedalen.

De existerande samverkansråden (handikapp- och pensionärsråd) bedöms vara det mest kostnads- och ändamålsenliga alternativet för medborgarinflytande. De nya reglementena strävar efter att vara könsneutrala och moderna i sin språkutformning. Länets handikappråd lämnade redan 2013 in ett förslag om namnändring till Länets tillgänglighetsråd. Dåvarande landstingsstyrelsen beslutade då att ärendet om namnändring skulle tas i samband med översynen av råden. Ordet handikapp har på senare år fått en negativ betydelse och det är idag få grupper som vill betrakta sig själva som 'handikappade'. Socialstyrelsen har sedan 2007 avrått från att använda ordet handikapp då ordet anses vara stigmatiserande och istället har man föreslagit att 'funktionsnedsättning' används för att beskriva samma företeelse. Tillgänglighet är ett ord som numer används mer frekvent för att även beskriva ur tillgänglig en verksamhet är för personer med olika funktionsnedsättningar. Denna tillgänglighet handlar inte bara om fysisk tillgänglighet som t.ex. fastigheter utan även om tillgänglighet för människor med någon form av intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning.

Fullmäktiges presidium skickade den 14 september de reviderade reglementena på remiss till respektive organ. Pensionärsrådet har under remisstiden inkommit med synpunkter på innehållet i reglementet. Synpunkterna har beaktats men föranleder ingen ändring i det nu gällande förslaget. Handikapprådet har inkommit med redaktionella ändringar som därefter har inarbetats i det gällande förslaget. Rådet önskar även sortera under regionfullmäktige. Översynen har tagit fasta på att rådets nuvarande placering är lagd utifrån styrelsens roll som utförare och det ansvar som åligger styrelsen att ha kontakt med organisationens verksamheter.

Resultatet av översynen sammanfattas enligt punkter nedan:

- Länets handikappråd byter namn till Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen.
- Landstingets pensionärsråd byter namn till Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

2015-11-10

- Pensionärsrådets och handikapprådets reglementen har reviderats för att passa i den nya organisationen.

Beslutsunderlag

Förslag till reglemente för Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Förslag till reglemente för Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Protokollsutdrag §37 LPR Pensionärsrådets reglemente

Regiondirektörens förslag

Regionfullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

1. Länets handikappråd byter namn till Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen.
2. Reglemente för Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen antas.
3. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Reglemente för Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen antas.

FULLMÄKTIGES PRESIDUMS BESLUT

Regionfullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

1. Länets handikappråd byter namn till Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen.
2. Reglemente för Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen antas.
3. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Reglemente för Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen antas.

Utdrag till

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande



Reglemente för Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SYFTE.....	4
2	UPPGIFTER.....	4
3	LEDAMÖTER	4
4	ARBETSFORMER.....	5
5	ERSÄTTNING	5
6	SAMMANTRÄDEN	5
7	ÖVRIGT.....	5

1 SYFTE

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen är en samrådsgrupp för frågor som rör personer med någon typ av funktionsnedsättning. Rådet består av representanter från funktionshinderrörelsen i Jämtland och Härjedalen, förtroendevalda och tjänstemän från Region Jämtland Härjedalen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Funktionshinderrörelsen bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalen verksamheters utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för grupperna. Rådets inhämtande av synpunkter ska ske i så tidigt skede att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse. Rådet ska vara ett referensorgan med överläggningsrätt i frågor som rör personer med funktionsnedsättning. Överläggningsrätt innebär att rådet ska informeras och att samråd ska ske.

2 UPPGIFTER

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska:

- verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet
- framföra önskemål och vara rådgivande i frågor som rör organisationens verksamheter för personer med funktionsnedsättning
- lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör personer med funktionsnedsättning
- bevaka hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet
- sprida information om funktionshinder- och hjälpmedelsfrågor till berörda i Jämtland Härjedalen
- följa forskning och utveckling inom funktionshinder- och hjälpmedelsområdet

3 LEDAMÖTER

Tillgänglighetsrådet består av 13 ordinarie ledamöter. Ordförande tillsätts av Regionstyrelsen (1 förtroendevald ledamot), Region Jämtland Härjedalen (1 ledamot), Försäkringskassan (1 ledamot), Arbetsförmedlingen (1 ledamot). Funktionshinderrörelsen utser inom sig 9 ledamöter representerande Synskadades riksförbund i Jämtlands län (1 ledamot), Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder (1 ledamot), Emmaföreningen (1 ledamot), Jämtgubben (1 ledamot) samt Handikappsamverkan i Jämtland (5 ledamöter). För varje ledamot ska en ersättare finnas.

Sakkunniga kan adjungeras till rådet.

Distriktsorganisationerna som ingår i tillgänglighetsrådet ska före den 1 november det år då allmänna val genomförs utse ledamöter och ersättare till rådet.

4 ARBETSFORMER

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen:

- Utser inom sig ordförande och vice ordförande. Ordförande ska utses bland de förtroendevalda och vice ordförande bland representanterna från handikapporganisationerna. Regiondirektören utser sekreterare för rådet
- Planerar själv sin verksamhet
- Utser inom sig arbetsutskott och kan vid behov tillsätta arbetsgrupp/arbetsgrupper
- Ska få utbildning liknande den som erbjudas politiskt förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen
- Ska årligen delge regionstyrelsen sitt årsbokslut
- Har rätt att väcka ärenden hos regionstyrelsen

5 ERSÄTTNING

Ledamöterna i Tillgänglighetsrådet har rätt till arvode, traktaments- och resersättning enligt fullmäktiges fastställda regler för förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen.

6 SAMMANTRÄDEN

Skriftlig kallelse, föredragningslista samt handlingar av vikt ska vara tillgängliga för rådets ledamöter och för kännedom till rådets ersättare senast en vecka före sammanträden.

Rådet ska sammanträda fyra gånger per år.

Extra sammanträde ska hållas om rådets ordförande, vice ordförande eller mer än hälften av rådets ledamöter begär det.

Vid sammanträden ska protokoll föras. Protokollet ska justeras av en ledamot från handikapporganisationerna.

Fullständiga protokoll ska delges ledamöter och ersättare i rådet samt regionstyrelsen. Protokoll ska finnas tillgängliga på www.regionjh.se

7 ÖVRIGT

För Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska det finnas en budget.

Ändring av detta reglemente kan aktualiseras av Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen och regionstyrelsen.



Reglemente för Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Beslutsinstans: Regionfullmäktige



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SYFTE.....	4
2	UPPGIFTER.....	4
3	LEDAMÖTER	4
4	ARBETSFORMER.....	5
5	ERSÄTTNING	5
6	SAMMANTRÄDEN	5
7	ÖVRIGT.....	5

1 SYFTE

Region Jämtland Härjedalen ska enligt § 8 HSL i planering och utveckling av hälso- och sjukvården samverka med bland annat Jämtland Härjedalens pensionärsorganisationer. Rådet består av representanter från Jämtland och Härjedalens pensionärsorganisationer, förtroendevalda och tjänsteman från Region Jämtland Härjedalen.

Pensionärsorganisationerna bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalens verksamheter utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för gruppen. Rådets inhämtande av synpunkter ska ske i så tidigt skede att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse. Rådet ska vara ett referensorgan med överläggningsrätt i frågor som rör äldre. Överläggningsrätt innebär här att rådet ska informeras och att samråd ska ske.

2 UPPGIFTER

Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska

- verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar pensionärer delaktighet och jämlikhet
- framföra önskemål och vara rådgivande i frågor som rör organisationens verksamheter för pensionärer
- lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör pensionärer
- vara ett forum för opinionsbildning och kunskapsspridning i frågor som rör pensionärer

3 LEDAMÖTER

Riksorganisationerna för pensionärer som genom sin distriktsorganisation bedriver organiserad verksamhet i minst fyra kommuner inom regionen får ingå i rådet.

Regionfullmäktige utser fyra förtroendevalda samt ersättare varav minst en ska vara ledamot i regionstyrelsen

Antalet pensionärsrepresentanter i rådet ska vara minst lika många som förtroendevalda. Antalet ledamöter från respektive organisation bestäms av rådet med hänsyn till organisationens medlemsantal.

Distriktsorganisationerna som ingår i pensionärsrådet ska före den 1 november det år då allmänna val genomförs utse ledamöter och ersättare till rådet.

4 ARBETSFORMER

Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen:

- Utser inom sig ordförande och vice ordförande. Ordförande ska utses bland de från regionen valda och vice ordförande bland företrädarna för pensionärsorganisationerna. Regiondirektören utser sekreterare för rådet.
- Planerar själv sin verksamhet.
- Kan tillsätta arbetsgrupp med uppgift att bereda ärenden och /eller förslå dagordning till rådets sammanträden
- Ska få utbildning liknande den som erbjuds politiskt förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen.
- Ska årligen delge regionstyrelsen sitt årsbokslut
- Har rätt att väcka ärenden hos regionstyrelsen

5 ERSÄTTNING

Ledamöterna i Pensionärsrådet har rätt till arvode, traktaments- och resersättning enligt av fullmäktige fastställda regler för förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen.

6 SAMMANTRÄDEN

Skriftlig kallelse, föredragningslista samt handlingar av vikt ska vara tillgängligt för rådets ledamöter och för kännedom till rådets ersättare senast en vecka före sammanträden.

Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska sammanträda minst sex gånger per år.

Extra sammanträde ska hållas om rådets ordförande, vice ordförande eller mer än hälften av rådets ledamöter begär det.

Vid sammanträdet ska protokoll föras som justeras av ledamot från pensionärsorganisationerna.

Fullständiga protokoll ska delges ledamöter och ersättare i rådet samt regionstyrelsen och regionfullmäktige. Protokoll ska finnas tillgängliga på www.regionjh.se

7 ÖVRIGT

För Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska det finnas en budget.

Ändring av detta reglemente kan aktualiseras av Pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen och regionfullmäktige.

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd

§ 51. Svar på remiss: Översyn av reglemente för pensionärsrådet i Region Jämtland Härjedalen (RS/311/2015)

Protokollsutdrag pensionärsrådet 2015-10-29 § 51

Ärendebeskrivning

I samband med förslag till ny politisk organisation vid landstingsfullmäktiges sammanträde 2013-10-22 – 23 fick dåvarande landstingsstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av reglementena för handikapprådet, pensionärsrådet och ungdomsrådet. Översynen skulle ta sikte på att tydliggöra syftet med råden och rådens uppgifter. Intentionen var att framhäva att råden skulle vara rådgivande.

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd har av regionfullmäktiges presidium getts möjlighet att lämna synpunkter på översyn av reglemente för pensionärsrådet.

Yrkande

Ordförande yrkar under rubrik 2, Uppgifter, att texten i tredje punkten ersätts med ”vara remiss - och referensorgan i frågor som berör pensionärer.

Proposition

Ordförande ställer proposition på Elin Hoffners (V) yrkande och finner det antaget.

Pensionärsrådet beslutar

Region Jämtland Härjedalens pensionärsråd föreslår regionfullmäktiges presidium

1. Under rubrik 2, Uppgifter, att texten i tredje punkten ersätts med ”vara remiss - och referensorgan i frågor som berör pensionärer.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande