

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Styrelserummet

### **Ordförande**

Katarina Nyberg Finn (S)

### **Ledamöter**

Roger Östlund (S)

Karin Näsmark (S)

Elin Hoffner (V), vice ordförande

Marie Svensson (V)

Margareta Mahmoud Persson (KD)

Lena Persson (KD)

Jennie Klaesson (M)

Carl-Oscar Fransson (M)

Mats E Nilsson (M)

Magnus Rönnerfjäll (C), 2:e vice ordförande

Thomas Andersson (C)

Anette Rangdag (SD)

### **Ersättare**

David Adervall (S)

Gunilla Larsson (S)

Crister Leandersson (S)

Jenny Palin (S)

Peter Bodemyr (V)

Martin Lilja (KD)

Andrea Hedenborg (KD)

Marcus Hansebo (M)

Roger Bergebo (M)

Ann-Sofie O'Dwyer (C)

Ted Michael Länsberg (SD)

Eva Ljungdahl (MP)

Ronny Karlsson (SD)

**1. Upprop, protokollets justering samt fastställande av föredragningslista + Program 25 september**

**Ärendebeskrivning**

1. Upprop ska genomföras.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska utse en person att tillsammans med ordförande justera protokollet. Protokollet föreslås justeras digitalt måndag den 29 september.
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska fastställa föredragningslistan.

**Beslutsunderlag**

- Program för hälso- och sjukvårdsnämnden 25 september 2025

**2. Informationer 2025 (HSN/6/2025)**

**Ärendebeskrivning**

- Rapport från politisk arbetsgrupp.

**Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit del av informationen och lägger den till handlingarna.

**3. Hälso- och sjukvårdsdirektörens rapport 2025 (HSN/4/2025)**

**Ärendebeskrivning**

- Läget inom hälso- och sjukvården.

**Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit del av informationen och lägger den till handlingarna.

**4. Delårsrapport augusti 2025 för hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN/1138/2025)**

**5. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljningar och fördjupningar 2025 (HSN/257/2025)**

**Ärendebeskrivning**

- Analys och kostnad av sommaren 2025.
- Uppföljning av folkhälsa.

**6. Redogörelse för hur lokalkostnaderna inom hälso- och sjukvården kan minska (HSN/732/2025)**

**Ärendebeskrivning**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade vid sitt sammanträde 10 april 2025 (§26) att det vid nämndens sammanträde i september ska redogöras för hur lokalkostnaderna kan minska.

Hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen bedrivs i huvudsak vid hälsocentraler eller Östersunds sjukhus, inklusive Remonthagen.

Det är svårt att uppskatta kostnaderna för sjukhusbyggnaderna i Östersund, då det inte finns motsvarande hyreskostnad beräknad. För hälsocentralerna i egen regi (inkluderat filialer) är kostnaderna innevarande år ca 41,7 miljoner, för Folk tandvårdens allmäntandvårdslokaler ca 8,8 miljoner och för övriga hyrda lokaler för t ex 1177, Barn och unga vuxna, ambulansstationer, helikopterhangar och - landningsplatser med mera ca 21,1 miljoner. Region Jämtland Härjedalen har förhållandevis liten lokalarea per invånare, när alla regionens verksamheter inkluderas. 2024 var de egna lokalerna 1,21 kvadratmeter per invånare, att jämföra med t ex 1,85 för region Västernorrland och 1,45 för region Gotland. För vår del innebär detta att vi har de femte minsta egna lokalerna i regionsverige. De hyrda lokalerna var i Region Jämtland Härjedalen sett till kvadratmeter per invånare högst i landet, med 0,53 kvadratmeter per invånare (Västernorrland och Gotland hade båda 0,27 kvadratmeter hyrda lokaler per invånare). Att den hyrda ytan är så stor kan delvis förklaras av att regionen i samband med Ädelreformen 1992 blev hyresgäster i tidigare egenägda lokaler. Endast tre av hälsocentralerna som drivs i egen regi finns i regionägda lokaler.

Nedan redogörs för de lokalmässiga förutsättningarna per division.

Division kirurgi: Bedriver sin verksamhet vid Östersunds sjukhus och har operationslokaler vid specialistvården Campus. Vid Campus bedrivs elektiv dagkirurgi och mottagningsverksamhet i lokaler som är anpassade utifrån regionens behov. Inom operationsverksamheter finns betydande effektivitetsvinster att göra genom att separera akuta och elektiva/dagkirurgiska operationsflöden. Det bedöms därför inte vara aktuellt att lämna lokalerna på Campus.

Division medicin: Bedriver sin verksamhet vid Östersunds sjukhus och Remonthagen. I lokalerna på Remonthagen finns stora delar av rehabiliteringsverksamheterna, inklusive en slutenvårdsavdelning. Lokalerna är byggda för sjukvårdsverksamhet, även om det saknas central gasanläggning. Det bedöms ur ett beredskapsperspektiv vara strategiskt att ha kvar lokalerna i Remonthagen, som därför behöver nyttjas i så stor utsträckning som möjligt.

Division nära vård: Bedriver sin verksamhet på många platser i alla länets kommuner. Vuxenpsykiatri har lokaler på Östersunds sjukhus. Barn- och ungdomspsykiatri och resterande delar av barn och unga vuxna finns i huvudsak i nära anslutning till Östersunds sjukhus i hyrda lokaler. Viss psykiatrisk verksamhet bedöms med tiden kunna flytta till fd. Jämtkraftstomten – regionens egna, nyförvärvade, lokaler. Hur detta påverkar möjligheten att framgent ändra lokalytan i de hyrda lokalerna är utifrån den stadigt ökande efterfrågan på barn- och ungdomspsykiatrisk vård är i nuläget inte möjligt att bedöma. 1177 på telefon hyr lokaler på Trygghetens hus, nära SOS Alarm och blåljusmyndigheter, vilket bedöms innebära positiva synergieffekter för vården i länet. Ungdomsmottagningen finns i hyrda lokaler centralt i Östersund och dessutom i kommunala lokaler i Strömsund, Järpen, Bräcke och Sveg. Utifrån målgruppen och samverkan med kommunerna bedöms det inte lämpligt att lämna dessa lokaler.

Hälsocentralerna i länet finns övervägande i regionägda, men delvis i hyrda lokaler och bedöms av verksamheten vara av lämplig storlek. Där antalet listade minskat, har den minskade belastningen främst lett till minskad trängsel i lokalerna och därigenom förbättrat arbetsmiljön. För exempelvis Frösö och Funäsdalens hälsocentraler pågår separata lokalprojekt. Som komplement till hälsocentraler

finns på utvalda orter filialer och/eller distriktssköterskemottagningar. Dessa utbudspunkter bedöms som viktiga för den nära vården. För att minska lokalytan utanför hälsocentralerna behöver i de flesta fall utbudspunkter helt tas bort, vilket i nuläget inte bedöms vara aktuellt.

Folktandvården har i dagsläget tomställda lokaler i varierande omfattning på flertalet orter. Den pågående översynen av Folktandvårdens framtida klinikstruktur beaktar också lokalfrågor. Om kliniken i Åre kan särskilt nämnas att den beaktats i separat ärende (HSN/1084/2025).

Sammanfattning: Det finns begränsade möjligheter att minska lokalkostnaderna kopplade till Östersunds sjukhus. Det finns idag inga större möjligheter att helt friställa större, sammanhängande, lokalytor på sjukhuset så att verksamheter i externa, hyrda, lokaler kan flytta in. Minskning av hälsocentralernas lokaler kräver att utbudspunkter tas bort eller att lokalbehovsminskande arbetssätt radikalt ställs om.

Vårdlokalerna i Region Jämtland Härjedalen är i dag främst av äldre snitt, som inte är fullt ut anpassade efter dagens processer och behov. Verksamheten har anpassat sig efter lokal- och fastighetsförutsättningarna, vilket ibland leder till ineffektivitet. För att på sikt minska lokalkostnaderna krävs att lokaleffektiviteten ökar, bland annat genom att de är rätt utformade både för dagens, men kanske framförallt, framtidens vård. Den omställning av vården som fortgår (och framgent behöver konkretiseras och accelereras ytterligare) syftar till att minska antalet vårdbesök på sjukhus. Denna process kan öppna upp för att lokalytor på sjukhuset friställs, varvid ytterligare verksamhet kan flytta till regionägda lokaler. Hur påverkan blir på primärvården beror på hur omställningen formeras framöver, men det behöver fortsatt finnas primärvårdsnärvaro på många platser i länet. Arbetet med utvecklingsplan för Östersunds sjukhus pågår. Det vidare utvecklingsarbetet ska i enlighet med fullmäktigebeslut ske enligt alternativ 2, d v s att göra en utbyggnad på det nuvarande sjukhusområdet i kombination med ombyggnad av befintliga lokaler. Genomförandetiden för ett sådant projekt är lång, men skapar förutsättningarna för att både möjliggöra optimerade processer, men också för att på sikt flytta in mer verksamhet på sjukhustomten från idag hyrda lokaler.

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar informationen och lägger den till handlingarna.

### Expedieras till

Regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, divisionschefer, hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Redogörelse för hur lokalkostnaderna inom hälso- och sjukvården kan minska

**7. Fördjupning av hur minskningen av inhyrd bemanning fortlöper, samt hur planen framåt ser ut (HSN/969/2025)**

**Ärendebeskrivning**

Vid sitt sammanträde 10 april 2025 (§26) beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att minskningen av inhyrd bemanning skulle accelereras. Vid sammanträdet 12 juni (§58) beslutades att det vid sammanträdet i september ska redovisas en detaljerad fördjupning av hur minskningen av inhyrd bemanning fortlöper, samt hur planen för minskning av inhyrd bemanning ser ut för återstoden av 2025 samt 2026.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin plan med budget för 2025 satt en målsättning om att andelen egenanställd personal ska vara 95% vid årets slut. Målsättningen är i praktiken densamma som andelen inhyrd personal av totala personalkostnader, men formulerat på omvänt sätt. Per juni 2025 var andelen egenanställd personal 93%, att jämföra med 90% samma period föregående år.

Det ska noteras att det finns inhyrd bemanning där det inte planeras för ersättande rekrytering av egenanställd personal. Detta gäller främst mindre specialiteter, där det i nationell kontext finns få personer med aktuell kompetensprofil och behovet inom Region Jämtland Härjedalen är litet.

Nedan följer en sammanställning av divisionernas pågående arbete för att öka andelen egenanställd personal genom minskning av inhyrd bemanning. För 2026 finns ännu ingen detaljerad planering gjord, förutom det i nämndens plan angivna målvärdet för andelen egenanställd personal är 96% vid årets slut. En mer detaljerad planering upprättas under hösten, efter att hälso- och sjukvårdsnämndens plan med budget 2026 hanterats vid nämndens sammanträde i slutet av oktober.

Division kirurgi hade helåret 2024 kostnader för inhyrd bemanning om 72,4 miljoner kronor. Till och med 2025-07 är kostnaden 24,7 miljoner kronor och årsprognosen ligger på 47,7 miljoner kronor. Prognosen innebär en minskning med 34% för helåret 2025 jämfört med helåret 2024.

Division medicin hade helåret 2024 kostnader för inhyrd bemanning om 91,3 miljoner kronor. Till och med 2025-07 är kostnaden 46,2 miljoner kronor och årsprognosen ligger på 82,3 miljoner kronor. Prognosen innebär en minskning med 10% för helåret 2025 jämfört med helåret 2024.

Division nära vård hade helåret 2024 kostnader för inhyrd bemanning om 104 miljoner kronor. Till och med 2025-07 är kostnaden 57,5 miljoner kronor och årsprognosen ligger på 100,3 miljoner kronor. Prognosen innebär en minskning med 4% för för helåret 2025 jämfört med helåret 2024.

En mer detaljerad översikt har sammanställts i bilaga.

**Förslag till beslut**

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar informationen och fortsätter följa upp utvecklingen av den inhyrda bemanningen i ordinarie månadsrapporter.
2. Regiondirektören får i uppdrag att vid sammanträdet i december 2025 rapportera planen för den fortsatta minskningen av inhyrd bemanning 2026.

Expedieras till  
Regiondirektör  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
HR-direktör  
Ekonomidirektör  
Divisionschefer  
Hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Fördjupning av hur minskningen av inhyrd bemanning fortlöper, samt hur planen framåt ser ut
- Bilaga till Fördjupning av hur minskningen av inhyrd bemanning fortlöper, samt hur planen framåt ser ut

## 8. Riktvärde för arbetade timmar i hälso- och sjukvården (HSN/1439/2025)

### Ärendebeskrivning

Vid sitt sammanträde 10 april 2025 (§26) beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden att jämfört med januari 2025 inte öka antalet arbetade timmar inom hälso- och sjukvården (exklusive tandvården), utom om det leder till minskning av inhyrd bemanning, eller om oundvikbara alternativa kostnader är högre. Vid sammanträdet 20 augusti 2025 (§75) beslutades att det vid nämndens sammanträde i september ska presenteras förslag på exakt nivå per division, baserat på statistik från januari 2025, för beslut om tillämpning från och med oktober 2025.

Arbetade timmar är ett av flera sätt att differentiera bakgrunden till personalkostnader (som är en av hälso- och sjukvårdens högsta kostnadsgrupper), särskilt på övergripande nivåer. Det är dock svårt att styra på arbetade timmar, särskilt på områdes- eller enhetsnivå. Detta beror på att den största delen arbetade timmar utförs av månadsavlönade anställda, för vilka antalet arbetade timmar per månad varierar utifrån schemaläggning och kalenderrelaterade faktorer. En minskning av månadsanställdas arbetade timmar minskar inte kostnaderna om inte antalet anställda också minskar. I januari 2025 stod månadsavlönade för ca 96% av de arbetade timmarna.

Per januari 2025 fördelade sig antalet arbetade timmar utförda av egenanställd personal enligt följande:

- Hälso- och sjukvårdens förvaltningsområde: 473 910,62
- Division kirurgi: 127 192,78
- Division medicin: 128 618,42
- Division nära vård (exkl Folktandvården): 195 251,63
- Division nära vård (endast Folktandvården): 18 724,73
- Hälso- och sjukvårdsledning och område Patientsäkerhet: 4 123,05

Antalet arbetade timmar har bedömts avseende utvecklingen under året hittills och kända framtidsfaktorer. Utifrån detta föreslås nedan riktvärde för månatligt arbetade timmar med egen personal från och med oktober 2025. Det ska dock noteras att Folktandvården är exkluderad ur detta sammanhang, eftersom de arbetade timmarna därstädes, utifrån deras stora bemanningsproblem, behöver öka. I tidigare beslut sades att antalet arbetade timmar inte ska öka utom om det

leder till minskning av inhyrd bemanning, eller om oundvikbara alternativa kostnader är högre. Detta bör gälla även framgent, även om det innebär att uppföljningen försvåras med tiden. Det prognosticeras nu att en viss ökning kan komma att ske genom utväxling av inhyrd bemanning och förändrade avtal för andra köpta tjänster.

Förslag till riktvärde för maximalt antal arbetade timmar per månad fr. o. m oktober 2025:

- Division kirurgi: 127 250
- Division medicin: 128 750
- Division nära vård (exkl Folktandvården): 195 000
- Hälso- och sjukvårdsledning och område Patientsäkerhet: 4 000

Det pågår flera utvecklingsarbeten för att bättre följa upp bemanningsresurser, oavsett om det gäller egenanställd personal eller inhyrd bemanning. Utmaningarna i detta är flera och komplexa, relaterat till tillgängliga data och stödsystemens funktionalitet.

#### Förslag till beslut

1. Riktvärde för arbetade timmar per månad för egenanställd personal enligt ovan fastslås, och ska från och med månadsrapporten för oktober redovisas per division.
2. För att få en mer komplett bild av verksamhetens totala bemanningskapacitet och bemanningskostnader ska en utvecklad uppföljning tas fram och presenteras för hälso- och sjukvårdsnämnden vid sammanträdet i december 2025, för möjlig implementering från och med månadsrapporten per februari 2026.

#### Expedieras till

Regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, HR-direktör, ekonomidirektör, divisionschefer, hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd.

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Riktvärde för arbetade timmar i hälso- och sjukvården

### 9. Uppdatering om mängden köpt vårdgarantivård (HSN/1441/2025)

#### Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade vid sitt sammanträde 12 juni 2025 (§58) att det vid septembersammanträdet ska avges en redovisning av hur minskningen av köpt vårdgarantivård, med särskilt fokus på utvecklingen av antalet patienter som remitterats för vårdgarantivård, fortlöper.

Köpt vård registreras inom de tre divisionerna och på ett övergripande kostnadsställe. På det senare registreras endast oplanerad utomlänsvård. De tre divisionernas köpta vård (och uppföljningen av den samma) ser olika ut, se vidare nedan. Det ska noteras att det i detta ärende inkluderas fler köpta vårdtjänster än vad som i resultatrapporterna benämns som köpt vård.

Den köpta vården kan i grova drag delas in i vård som köps på grund av medicinska behov, exempelvis vård på universitetssjukhus, köpt vård inom fritt vårdval och



vårdgaranti samt utomlänsvård som kommer av akut sjukdom eller olyckshändelse som måste hanteras där länsinvånaren befinner sig för tillfället. Köpt vård från Norrlands universitetssjukhus regleras i regionavtal, och inkluderar en fast preliminärdebitering per månad. Denna avräknas årsvis mot faktiskt konsumerad vård. Preliminärdebiteringen är inkluderad i köpt vård på övergripande kostnadsställe.

Den största delen av kostnaderna för köpt vård är inte påverkbar. Kostnaderna för vårdgarantivård kan styras genom storleken på sjukvården vid Östersunds sjukhus. Men även vid ett läge där vården ges inom vårdgarantins gränser kommer kostnader för fritt vårdval att kunna uppkomma, genom patients rätt att välja var i landet man söker sin vård. Det är därmed också svårt att särskilja kostnader för fritt vårdval från vårdgarantivård. Det är emellertid en mindre del av kostnaderna för köpt vård som utgörs av vårdgarantivård eller fritt vårdval.

För perioden januari till och med juli 2025 registrerades på det övergripande kostnadsstället köpt vård för 94,3 miljoner (jämfört med 104,6 miljoner 2024). Ingen del av denna vård är redovisad vårdgarantivård, men det ingår kostnader som kan vara fritt vårdval.

Division kirurgi (utom område ögon) har för perioden januari till och med juli 2025 redovisat köpt vård för 82,1 miljoner kronor, mot 73,7 samma period föregående år. Av detta utgör fritt vårdval och vårdgarantivård ca 7%. För årets första sju månader är kostnaden för fritt vårdval och vårdgarantivård 8,6 miljoner kronor, jämfört med 10,5 föregående år. Detta innebär att kostnaden för fritt vårdval och vårdgarantivård minskat med 1,9 miljoner kronor. Kostnaden för fritt vårdval och vårdgarantivård avser 166 patienter innevarande år mot 273 föregående år. Den övriga köpta vården innevarande år utgör till 87% vård som konsumerats inom universitetssjukhusregionerna och till 8% i Västernorrland, där patienter från Jämtland Härjedalen kan strålbehandlas (istället för i Umeå).

Område ögon (inom division kirurgi) har exkluderats från ovanstående sammanställning, då det där under andra halvan av 2025 görs en särskild körsatsning utifrån statliga stimulansmedel. Hittills i år har område ögon redovisat köpt vård för 7,7 miljoner kronor mot 5,4 samma period föregående år. För årets första sju månader är kostnaden för fritt vårdval och vårdgarantivård 2,9 miljoner kronor, mot 0,4 föregående år. Detta innebär en ökning med 2,5 miljoner kronor. Kostnaden för fritt vårdval och vårdgarantivård avser 151 patienter, mot 50 föregående år. De statliga stimulansmedlen för att korta köerna berör inom Region Jämtland Härjedalen främst ögonverksamheten. Regionen kan som mest erhålla ca 7 miljoner i riktat bidrag för den ökning av operation/åtgärd inom ögonsjukvården, där köerna sedan länge varit mycket långa. För att erhålla dessa medel måste Region Jämtland Härjedalen, till följd av kraftsamlingen, acceptera ökade kostnader under andra halvan 2025. Kostnaderna hade oavsett kommit i ett senare skede, men då hade det inte nödvändigtvis varit kopplat till det riktade statsbidraget, varför kostnaden per kökortande insats då blivit högre. Bedömningen är att regionen under hösten ska kunna uppnå vårdgarantin för gråstarrsoperationer genom den nu pågående satsningen. Här måste dock konstateras att det i dagsläget saknas personella förutsättningar att bibehålla detta gynnsamma läge framåt.

Division medicin har för perioden januari till och med juli 2025 redovisat köpt vård för 78,9 miljoner kronor, mot 63,3 samma period föregående år. Inom divisionen



finns endast en mindre del köpt vård som skulle kunna klassas som vårdgarantivård. Den köpta vården utgörs i huvudsak slutenvård som av medicinska skäl sker på annan ort. Innevarande år utgör köpt öppenvård 8,3 miljoner kronor, vilket utgör lite drygt 10% av den köpta vården. I detta ingår till en liten del vårdgarantivård, men storheten kan inte specificeras ytterligare.

Division nära vård har för perioden januari till och med juli 2025 redovisat köpt vård för 38 miljoner kronor, mot 35 samma period föregående år. Av detta utgör 9,4 miljoner kronor innevarande år kostnader som kan likställas med vårdgarantivård. Dessa kostnader hänförs till särskilda avtal med andra vårdgivare, vilka syftar att omhänderta uppskjuten vård inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Föregående år var kostnaderna för dessa avtal 10 miljoner kronor under samma period. Dessa kostnader utgör för innevarande år 25% av divisionens kostnader för köpt vård. Utfasning av avtalen inom vuxenpsykiatri pågår, där utredningar avslutas under 2025 och behandlingar avslutas 2026. Den övriga köpta vården inom division nära vård utgörs av sådan vård som inte bedrivs inom Region Jämtland Härjedalen, vård vid behandlings- eller HVB-hem, inom rättspsykiatriens högre säkerhetsklasser, högspecialiserad ätstörningsvård, längsgränspatienter i Strömsunds kommun, ersättning för vårdavtal (såsom medicinsk fotvård hos andra vårdgivare), ambulanstransporter utförda av andra regioner, viss specialisttandvård som inte bedrivs inom regionen samt viss barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård.

Sammanfattningsvis finns för perioden januari till och med juli 2025 kostnader för köpt vård om totalt 301 miljoner kronor (mot 281,6 föregående år). Kostnaderna för vårdgarantivård, så långt det kan redovisas, uppskattas utgöra omkring 18 miljoner kronor innevarande år, mot omkring 20,5 miljoner kronor föregående år. Det innebär att kostnaden för vårdgarantivård utgör omkring 6% av den totala kostnaden för köpt vård under januari till och med juli 2025 (mot omkring 7,3% samma period föregående år).

I nuläget saknas dessvärre möjligheten att följa antalet patienter som remitterats för vårdgarantivård (men där faktura ännu inte mottagits), eftersom remisserna inte förses med dylik märkning. Att lägga administrativa resurser på att införa sådan märkning ter sig olämpligt i nuläget, särskilt då flertalet områden närmar sig att klara vårdgarantins gränser. Huvuddelen av den köpta vårdgarantivården finns inom division kirurgi, där man systematiskt märker inkommande fakturor för att adekvat uppföljning. För de övriga divisionerna är systematiken inte lika utvecklad, men kostnaderna är å andra sidan också lägre.

Vid nämndens sammanträde i oktober redovisas, enligt beslut vid nämndens sammanträde 20 augusti (§75), vårdtillfällen med en kostnad överstigande 1 mkr och åtgärdsplan för att förebygga liknande händelser. Enligt beslut vid samma sammanträde ska divisionerna också senast vid nämnden i oktober 2025 lämna förslag på åtgärder för att minska köpt vård, med målet att nå en minskning redan under fjärde kvartalet 2025.

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar informationen och lägger den till handlingarna, samt fortsätter att i månadsrapporterna följa hur den köpta vården utvecklas framgent.

Expedieras till

Regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, ekonomidirektör, divisionschefer,  
hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Uppdatering om mängden köpt vårdgarantivård

**10. Uppdrag om analys av negativa avvikelser inom hälso- och sjukvården  
(HSN/733/2025)**

**Ärendebeskrivning**

Vid § 26 Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde i februari 2025 (§ 26) gjorde Jennie Klaesson (M) följande tilläggsyrkande, vilket bifölles: *Regiondirektören får i uppdrag att, med stöd av externa datakällor – exempelvis, men inte uteslutande, Kolada – genomföra en analys för att identifiera områden där Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård uppvisar negativa avvikelser som bedöms vara påverkansbara. Resultatet av analysen ska redovisas för nämnden senast i juni 2025.*

Återredovisningen av den för ändamålet sammanställda rapporten har fördröjts till september 2025.

I rapporten jämförs bemanningen med hälso- och sjukvårdspersonal i Jämtlands län med riket, primärt för åren 2021-2022. Vårdproduktion har, när uppgifter funnits, jämförts mellan länen. Kostnad Per Patient (KPP) har i förekommande fall tagits med. Jämförelser har relaterats till länens befolkningsstorlek. För analysens skull har också en del uppgifter, som visar förutsättningar för att bedriva vård (så som geografi och befolkningsstruktursiffror), tagits med. Rapporten är omfattande och innehåller stora mängder statistik. Avsnitt 1 och 2 ger en god sammanfattande bild av jämförelser mot riket. Bilagorna 1 och 2 ger en bild av utvecklingen inom Region Jämtland Härjedalen för åren 2022-2024, där nationell statistik för jämförelse ännu saknas.

Inledningsvis kan nämnas att det innan sommaren initierats en översyn av administrationens storlek inom Region Jämtland Härjedalen. Denna översyn görs också inom hälso- och sjukvården, vilket förutom avväganden om antalet administrativa tjänster också innebär att administrativa uppgifter måste värderas så att de inte spiller över på vårdpersonalens kliniska tid. Ärenden på temat administrationsöversyn återkommer till nämnden under hösten 2025.

Som åskådliggörs i rapporten har Region Jämtland Härjedalen en synnerligen bekymmersam ekonomisk utveckling, med höga hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Skillnaden mellan riket och Region Jämtland Härjedalen var 5 541 kr per invånare år 2023. Över 1 300 kr av dessa utgjordes av merkostnader för sjuktransporter och sjukresor, vilket pekar på de geografiska utmaningarna. Genom den inslagna vägen med bland annat *Färdplan 2030* som styrmekanism finns realistiska möjligheter att minska skillnaden mot riket.

Rapporten åskådliggör de utmaningar som jämförelse mellan landets regioner innebär, då regionernas sjukvårdssystem inte är enhetligt organiserade. Särskilt kan produktionsbegreppet mätt i antal vårdkontakter nämnas, då produktion inte mäts och hanteras lika i landet. Hälsovalssystemet i Region Jämtland Härjedalen bygger på fast ersättning per listad patient eller extrauppdrag. Detta system ger

möjligheter att, i linje med av Regionfullmäktige i Regionplanen beslutat uppdrag, öka graden av personcentrering i vården. Vid varje vårdkontakt kan potentiellt flera hälsoproblem adresseras. I andra regioner förekommer prestationsbaserad ersättning utifrån antal vårdkontakter, vilket kan antas dra upp antalet vårdkontakter i vissa regioner. Jämförelser mellan olika regioner blir därmed svåra att analysera. Inom primärvården prioriteras läkarnärvaro i kommunala särskilda boenden. Även om detta inte alltid genererar registrerade vårdkontakter, leder det till en mer sammanhållen vård för patienten. Nu pågår också utveckling av den så kallade Jämtlandsmodellen, som är en modell för kommunikation och konsultation mellan vårdgivare, vårdnivåer och huvudmän i länet. Modellen beskriver kontaktvägar och samarbetsformer. Syftet är att patienterna ska omhändertas på rätt nivå, men kan innebära en förändring i antalet registrerade vårdkontakter och remisser när särskilda frågetelefoner implementeras, utan att för den skull innebära att färre arbetade timmar behövs.

Det är positivt att antalet anställda i primärvården ligger på så pass hög nivå som den gör, och borgar för att Region Jämtland Härjedalen lättare kan ta nästa steg i omställningen mot en Nära vård. Regionen är, enligt Svenska Distriktsläkarföreningen, den enda där antalet läkare i primärvården motsvarar Socialstyrelsens riktvärde med 1100 listade per distriktsläkare. Att Region Jämtland Härjedalen ligger så pass bra till förklarar en annan observation i rapporten, nämligen att antalet läkare under utbildning (främst ST-läkare) är högre än riket i övrigt. Kompetensförsörjningen i en glesbygdsregion som Region Jämtland Härjedalen är problematisk. Det är svårt att rekrytera färdigspecialiserade medarbetare, som inte sällan hunnit bilda familj på annan ort. Det har därför varit lyckosamt att säkerställa en rekryteringsbas genom att öka antalet utbildningstjänster, eftersom det historiskt visat sig att andelen som stannar kvar i länet efter specialiseringen inte är 100%. Detta innebär att en viss överrekrytering har varit, och även framledes kommer vara, nödvändig. Det ska också nämnas att det är svårt att med exakt träffsäkerhet dimensionera antalet utbildningsanställningar. Från läkarexamen och fram tills specialistbevis utfärdas får man räkna med att det tar minst sju år vid heltidsarbete. Mer realistiskt är dock att det tar uppemot tio år utifrån familjebildning under specialiseringstjänstgöringen. Detta innebär att regionens läkarchefer har att planera läkarförsörjningen på 15 år, för att tillräckliga marginaler ska finnas i planen. Att förutspå födelsetal, vårdbehov och medicinska framsteg på så lång sikt är mycket svårt. Det kan dock konstateras att det sällan uppstår övertalighet i högt specialiserade yrkesgrupper. Eftersom det tar så lång tid att utbilda medarbetarna till önskad nivå och är svårt att externrekrytera färdigspecialiserade medarbetare visar exemplet med distriktsläkarsatsningen från 2016 värdet av denna typ av satsningar. Kostnaderna för inhyrd bemanning och köpt vård minskar så sakteliga, i takt med att de under pandemin upparbetade köerna omhändertas. Detta åskådliggörs också av att antalet vårdkontakter ökat med 10% från år 2022 till år 2024 och antalet operationer ökat med 13,7% inom samma tidsperiod. Inom flera specialiteter minskar köerna till både förstabesök och operation/åtgärd och antalet patienter som får sin vård inom vårdgarantins gränser ökar. Det är önskvärt att utvecklingen med större andel elektiv vård omhändertagen på plats i länet fortsätter, eftersom en

stabil elektiv vård är förutsättningen för den breda akutsjukvård som tillhandahålls inom Region Jämtland Härjedalen.

Hälso- och sjukvårdsledningens bedömning är att en drastisk och snabb minskning av antalet anställd vårdpersonal inte är rätt väg att gå för att uppnå ekonomi i balans. Fokus bör snarare läggas vid att skapa ekonomiska förutsättningar som gör att den vårdpersonal vi har, och som behövs för att fullgöra lagstadgade krav på tillgång till vård, kan behållas. Arbetet för att uppnå en ekonomi i balans fortsätter oförtrutet. De långsiktiga åtgärder som identifierats och som följs i månadsrapporterna (bland annat intäktssäkring, utväxling av inhyrd bemanning, minskning av köpt vård, införande av produktions- och kapacitetsstyrning, minska läkemedelskostnader, förmedla vårdkapacitet till andra regioner och minska kostnader för flygambulans) är fortfarande relevanta. Dessutom har ytterligare insatser identifierats i samband med ansökan om medel från Effektiviseringsdelegationen. Den mest omvälvande av dessa åtgärder är framtagande och implementering av ett tydligare, närmare, vårdsystem i enlighet med intentionerna i *God och nära vård* samt *Färdplan 2030*. Ett underlag för detta arbete kommer presenteras för Hälso- och sjukvårdsnämnden i slutet av 2025. Sammantaget bidrar, både redan vidtagna samt planerade, åtgärder till en ökad balans mellan intäkter och kostnader, samt i förlängningen syftar till att minska skillnaden mot riket avseende hälso- och sjukvårdskostnaderna per capita. Föreliggande rapport har sammanställts under första halvåret 2025, och innehåller jämförelsetal mellan Region Jämtland Härjedalen och andra regioner mot primärt åren 2021-2022. Sedan dess har vissa jämförelsekällor uppdaterats utifrån senare årsutfall. Det är därför angeläget att nämnden får möjlighet att uppdatera sig utifrån dessa redan under hösten 2025. En sådan uppdatering ska utgöra beslutsunderlag för vidare analyser och åtgärder, med särskilt fokus på att stärka den egna kapaciteten och utveckla samverkan med andra regioner för att uppnå en effektivare hälso- och sjukvård. Som en kompletterande del av beslutsunderlaget behöver aktuell väntetidsstatistik samtidigt redovisas, så att det tydligt framgår var väntetidsutmaningarna är särskilt stora och insatser riktas mot framgent. Av samma anledning är det rimligt att belysa att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien inom Region Jämtland Härjedalen har ett förstalinjeansvar på ett sätt som inte förekommer i andra regioner. Utifrån denna organisationsform är det svårt att jämföra regionens barn- och ungdomspsykiatri mot andra regioner, varför det är rimligt att utreda om denna organisering är lämplig även framgent. I utredningen bör i så fall särskilt beaktas hur högre grad av digitalisering inom kan bidra till en förbättrad tillgänglighet.

### Förslag till beslut

1. Regiondirektören får, utifrån den ökade produktionen under 2023-2024, i uppdrag att till nämndens sammanträde i november 2025 återkomma med uppdaterad redovisning av jämförelsetal senare år än 2022, samt redovisa personalförändrings- och produktionsförändringsstatistiken med högre organisatorisk detaljeringsgrad.
2. Regiondirektören får i uppdrag att vid nämndens sammanträde i november 2025 med hög organisatorisk detaljeringsgrad redovisa aktuell väntetidsstatistik för såväl förstabesök, operation/åtgärd samt återbesök

och föreslå särskilda fokusområden för vidare fördjupning inom såväl somatik som psykiatri.

3. Regiondirektören får i uppdrag att utreda om tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiska insatser kan effektiviseras genom att delar av barn- och ungdomspsykiatri överförs till primärvården och vården i högre grad använder digitala lösningar. Uppdraget ska återrapporteras vid nämndens sammanträde i april 2026.

#### Expedieras till

Regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, divisionschefer, avdelningschef  
HOSPA, hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd.

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Uppdrag om analys av negativa avvikelser inom hälso- och sjukvården
- Rapport - negativa avvikelser inom hälso- och sjukvården

### **11. Organisation och ansvar för biobanken i Region Jämtland Härjedalen (HSN/1381/2025)**

#### Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde 2025-08-26 § 128 beslutades att flytta Region Jämtland Härjedalens biobanksorganisation från Regionstyrelsen till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

De senaste åren har Biobanken för regionen varit organiserad under forsknings- och utvecklingsverksamheten. Tanken med denna verksamhet är att bland annat agera som regional biobankscentrum (RBC) med myndighetsutövning samt besluta om medikolegala ansökningar som avser biobank (vård, forskning och regulatoriskt). I detta uppdrag ingår även operativ biobanksserviceverksamhet som även inkluderar säkerställande av juridiken för provsamlingarna inklusive vävnad och övriga vårdprovsamlingar.

Dock har flera biobanksförfrågningar och forskningsärenden om bland annat biobaksstudier fortsatt att komma till Laboratoriemedicins olika verksamheter då hanteringen centralt inte har kunnat etableras av olika anledningar. Detta har medfört olika hanteringsförfaranden samt avsaknad av rutiner för spårbarhet vid hantering av prover som ingår i olika studier. Därav har flera ärenden inte kunnat hanterats enligt regelverk på ett standardiserat sätt. Detta har medfört att Region Jämtland Härjedalen enligt inkomna uppföljningskrav från myndigheter brustit inom majoriteten av sina biobanksuppdrag samt donationsuppdrag som avser hantering av humant biologiskt material.

En annan viktig aspekt är Regeringens strategi om LifeScience; Sverige behöver främja fokus på att uppnå excellens, långsiktig konkurrenskraft och stärkt patientnytta. Detta genom bl.a. sammanhållen strategisk infrastruktur som möjliggör precisionsmedicin och precisionsdiagnostik genom t ex biobankning av humant biologiskt provmaterial, samt tillgängliggörande av provbundendiagnostik och dess provdata för medicinsk forskning för ökad patientsäkerhet.

Precisionsmedicin och precisionsdiagnostik blir en förutsättning för att kunna ge rätt vård och diagnostik i rätt tid.

Region Jämtland Härjedalen ska främja en jämlik diagnostik och vård till alla invånare. Detta oavsett befolkningstätheten i länet och regionens invånarmassa jmf med andra regioner i landet.

Förslag till ny regionövergripande organisation:

- Samorganisering av Region Jämtland Härjedalens Biobankscentrum, (d.v.s. Biobanksorganisation), till Laboratoriemedicin Region Jämtland Härjedalen.
- Samtliga resurser; personal, roller/funktioner och övriga resurser som är kopplade till dessa verksamheter ska överföras till Laboratoriemedicin i samband med samorganiseringen.
- Tillsättning av chef för Region Jämtland Härjedalens Biobank samt biobanksansvarig och övriga centrala funktioner sker av verksamhetschefen för Laboratoriemedicin.

Organisationernas uppdrag har till stor del varit ofinansierad i nuvarande struktur och i samband med flytt kommer ytterligare budgetutrymme behöva tillföras för att klara uppdraget. Med anledningen av detta har 1,9 mkr flyttats från FOU till HSN/Laboratoriemedicin och 2,6 mkr har flyttats från Regiongemensamt kostnadsställe inom regionstyrelsen till HSN/Laboratoriemedicin.

Resultatet av organisationsförändringen blir således:

- Sammanhållen strategisk infrastruktur och kompetenscentrum inom regionen.
- Förutsättningar att framöver reglera och standardisera hanteringen av biobanksärenden och förfrågningar i enlighet med regelverket.
- Möjlighet att kunna sätta upp regionövergripande processer för en regional Biobanksinfrastruktur i enlighet med regelverket.
- Naturliga synergier för att sätta upp regional Sjukvårdsintegrerad Biobanksinfrastruktur, sk. SIB, för framtida vård och behandling samt möjliggör jämlik diagnostik och vård i enlighet med precisionsmedicin samt ökad attraktionskraft för regionen som forskning- och utveckling instans.

### Förslag till beslut

1. Region Jämtland Härjedalens biobankorganisation i enlighet med organisationsstrukturen ovan, placeras organisatoriskt som egen verksamhet under Laboratoriemedicin.
2. Verksamhetschefen för Laboratoriemedicin utses till övergripande chef för Region Jämtland Härjedalens Biobanksorganisation samt ansvarig att utse/tillsätta de centrala funktionerna och rollerna för den nya organisationen inklusive biobanksansvarig och biobanksamordnare under 2025.

### Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör, Chef laboratoriemedicin, divisionschefer, förvaltningscontroller

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Organisation och ansvar för biobanken i Region Jämtland Härjedalen



## 12. **Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar (HSN/1076/2025)**

### Ärendebeskrivning

Sedan den 1 januari 2010 är regioner och kommun skyldiga att enligt gällande lagstiftning ha en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Överenskommelsen ska följa de områden Socialstyrelsen anger i sitt meddelandeblad nr 1/2010:

- Vilka målgrupper som omfattas??
- Gemensamma mål för landstingens och kommunernas verksamheter??
- Rutiner för samarbete kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar???
- Hur individuella planer ska upprättas, (samordnade individuella planer, SIP) för individer som har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten<sup>3</sup>. ?
- Ansvarsfördelningen på området där gemensamma insatser krävs???

Målgrupper är Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning med behov som förutsätter samordnade och samtidiga insatser mellan olika aktörer.

Frågeställningarna kan spänna över olika kunskapsområden och flera verksamheter kan vara inblandade. ?

Personcentrerade vård- och stödinsatser där samverkan mellan huvudmännen är särskilt viktigt gäller exempelvis vid samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos, barn och ungdomar med psykiska och sociala problem, somatisk sjukdom hos person med psykisk funktionsnedsättning samt äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar.

De mål som fastslagits i denna överenskommelse utgår från de fem strategierna i Gemensam plan för primärvårdsnivå. ?

I denna plan finns tre vägledande principer utifrån ett invånar- och medarbetarperspektiv: ?

1. Vad är viktigt för invånaren? ?
2. Vi gör det tillsammans. ?
3. Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter. ?

Dessa vägledande principer ska följas gällande ansvarsfördelning i samarbete kring enskilda personer inom områden där gemensamma insatser krävs. ?

Parterna överenskommer att prioritera genomförandet och uppföljning av överenskommelsen via mål, aktiviteter och mätetal i handlingsplan psykisk hälsa och suicidprevention.?

- Ökad delaktighet?
- Hälsofrämjande och förebyggande fokus?
- Ökad tillgänglighet, kontinuitet, samordning och samverkan



Ansvar beskrivs i den reviderade överenskommelsen utifrån lagstiftning och övriga överenskommelser.

Länshandlingsplan för psykisk hälsa och suicidprevention vilken är under revidering och ska lyftas för beslut hösten 2025 inför 2026 kommer att bli det operativa verktyget för överenskommelsen.

Handlingsplanen blir därmed en förlängning till alla överenskommelser som på något sätt berör område psykisk hälsa. ?Upplägg kommer följa ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Innehåller både kortsiktiga?och långsiktiga mål, utvecklingsområden och aktiviteter inom området psykisk hälsa och suicidprevention. ?

Identifierade utvecklingsområden ska resultera i prioriterade aktiviteter med tydlig målformulering i länshandlingsplan. Ansvar för aktiviteterna ska tydliggöras vilket ska ses som ett stöd för implementering av överenskommelsen hos respektive huvudman. ?

Utvecklingsområden, mål och resultat av aktiviteterna i handlingsplanen ska följas upp fortlöpande samt vid årlig revidering av handlingsplanen. ?

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att godkänna reviderad upplaga av ”Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar”.

### Expedieras till

Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Chef folkhälsoenheten

Länets kommuner

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Överenskommelse psykiska funktionsnedsättningar
- Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar
- Protokollsutdrag SVOM 2025-06-02 §25 Rekommendationsbeslut Överenskommelse psykiska funktionsnedsättningar

## 13. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av fattade beslut (HSN/1139/2025)

### Ärendebeskrivning

Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljningsplan ska en uppföljning göras en gång per år av de uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämnden gett till regiondirektören. Sedan hösten 2022 används planeringsverktyget Stratsys för uppföljning av regionfullmäktiges, regionstyrelsens och nämndernas fattade beslut. Verktyget utgör ett stöd till ledningsgrupper i planerings- och uppföljningsarbetet

samt bidrar till att förenkla den återrapportering som årligen sker till styrelse och nämnder över fattade beslut.

Uppföljningen redovisas i bilaga och avser beslut från och med 2024 och framåt.

#### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden noterar informationen till protokollet.

#### Expedieras till

Sekreterare hälso- och sjukvårdsnämnden

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning av fattade beslut
- Uppdrag från politiska möten (Region Jämtland Härjedalen)

### 14. **Nytt samverkansavtal hälso- och sjukvård (HSN/1556/2025)**

#### Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen och länets åtta kommuner har sedan april 2023 arbetat med processen att förnya det avtal som beskriver huvudmännens gemensamma samarbete och respektive ansvar för hälso- och sjukvård i länet.

Projektets mål var att ta fram ett nytt samverkansavtal inklusive resursfördelningsmodell för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med fokus på ordinärt boende som:

- Utgår från den gemensamma målbilden Tillsammans för god hälsa hela livet,
- tydliggör ansvarsfördelningen i länet, inklusive specialiserad vård i hemmet,
- går i linje med den nationella förflyttningen mot Nära vård,
- tar höjd för framtida utvecklingsmöjligheter och demografisk utveckling,
- uppfattas som tydligt för medarbetarna,
- har en överskådlig disposition, gärna i form av ett samlat dokument,
- fungerar för alla åldrar och målgrupper,
- är grundat i tillitsbaserad styrning samt
- har fokus på medborgarnas behov samt den samlade samhällsnyttan i form av god kvalitet och kostnadseffektivt utförande i länet.

Samverkansavtalet är indelat i tre delar som riktar sig till förtroendevalda, chefer, medarbetare och samverkanspartners:

- Del 1 (grön) är ett ramverk med principer för samverkan samt ekonomisk resursfördelningsmodell. Denna del förväntas vara hållbar över tid, tas fram och beslutas centralt i samverkansstrukturen.
- I del 2 (ljusblå) finns överenskommelser med fokus på praktisk tillämpning och uppföljning. Överenskommelserna tas fram och beslutas centralt i samverkansstrukturen och kompletteras vid behov av lokala tillägg för genomförande och uppföljning.
- I del 3 (gul) finns gemensamma utvecklingsområden som ska bidra till parternas gemensamma målbild för omställning Nära vård

Det nya samverkansavtalet består av dokumenten:

- Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet
- Överenskommelse gemensam utveckling
- Överenskommelse medicintekniskt stöd
- Överenskommelse hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Överenskommelse hälso- och sjukvård i särskilt boende, korttidsplats för vuxna, boende med särskilt stöd och service samt vid daglig verksamhet
- Överenskommelse syn- och hörselrehabilitering
- Överenskommelse palliativ hälso- och sjukvård
- Överenskommelse tilläggsbelopp

SVOM beslutade den 5 september 2025 (§31) att rekommendera Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner att godkänna Nytt samverkansavtal för hälso- och sjukvård från 1 januari 2026.

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen att godkänna nytt samverkansavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner från 1 januari 2026.

### Expedieras till

Regionsekreterare

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Nytt samverkansavtal hälso- och sjukvård
- Bilaga 2 Överenskommelse - Gemensam utveckling - Gul
- Bilaga 1 Principer för samverkan och ekonomisk reglering gällande hälso- och sjukvård i hemmet - Grön
- Bilaga 3 Överenskommelse Medicintekniskt stöd till kommunens primärvård - Blå
- Bilaga 4 Överenskommelse Hälso- och sjukvård i ordinärt boende - Blå
- Bilaga 5 Överenskommelse Hälso- och sjukvård i särskilt boende, korttidsplats för vuxna, boende med särskilt stöd och service samt vid daglig verksamhet - Blå
- Bilaga 6 Överenskommelse Syn- och Hörselrehabilitering - Blå
- Bilaga 7 Överenskommelse Palliativ Hälso- och sjukvård - Blå
- Bilaga 8 Överenskommelse Tilläggsbelopp - Blå
- Protokollsutdrag 2025-09-05 § 31 Nytt samverkansavtal hälso- och sjukvård

## 15. Svar på medborgarförslag om användning av 1177 (HSN/951/2025) (HSN/951/2025)

### Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har mottagit ett medborgarförslag om att utbilda representanter från pensionärsföreningarna och andra föreningar i hur de kan använda Mina sidor på 1177.se. Förslagsställaren menar att dessa personer sedan kan utbilda föreningsmedlemmarna vidare och att detta på sikt borde innebära en kostnadsbesparing för regionen.

1177 består av tre olika delar;

- 1177 på telefon som primärvården ansvarar för.
- Webbplatsen 1177 som ägs gemensamt av Sveriges regioner men där kommunikationsavdelningen inom Region Jämtland Härjedalen har det regionala redaktörsansvaret.
- 1177:s e-tjänster där avdelningen för digital utveckling ansvarar.

Under åren har ett antal utbildningsinsatser för e-tjänsterna gjorts av kommunikationsavdelningen och i samverkan med medarbetare från digital utveckling. Utbildningar har skett specifikt i såväl pensionärsföreningar, regionens pensionärsråd men även via deltagande på event i exempelvis badhusparken eller via drop-in på Östersunds bibliotek. I takt med att de personella resurserna minskat och ansvarsområdena växt är det inte längre möjligt att prioritera den här typen av utbildningsinsatser.

Sedan en tid tillbaka har den nationella redaktionen för 1177 uppdaterat samlingssidan [www.1177.se/e-tjanster](http://www.1177.se/e-tjanster), och vissa av undersidorna där, med en rad filmer som tydligt och pedagogisk visar hur det går till att logga in och använda e-tjänsterna. Dit går det alltså med fördel att hänvisa patienter och invånare som vill lära sig mer om e-tjänsterna.

Det finns också möjlighet att ta hjälp av den nationella supporten för den som behöver hjälp att hitta till eller använda en tjänst. Supporten för 1177 är öppen dygnet runt.

Många kommuner erbjuder även särskilt stöd för invånare över 69 år som vill ha hjälp med digitala tjänster och produkter som syftar att underlätta vardagen, exempelvis 1177. Ofta erbjuds hjälpen via särskilda drop-in-tider, men det går också att boka en träff för att få hjälp i hemmet, på en mötesplats eller via telefon.

### Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionfullmäktige att avslå medborgarförslaget.
2. Paragrafen justeras omedelbart.

### Expedieras till

Förslagsställaren

Regiondirektören

Kommunikationsdirektören

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Svar på medborgarförslag om användning av 1177
- Medborgarförslag om användning av 1177(RS\_368\_1\_2025) Maskad

## 16. Justering av tandvårdstaxan 2026 (HSN/1326/2025)

### Ärendebeskrivning

Med anledning av den av regeringen aviserade tandvårdsreformen (Tiotandvård) har Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, beslutat om nya referenspriser från och med den 1 november 2025. Normalt brukar den årliga förändringen ske från och med 15 januari.

Inför beslutet om ny referensprislista har TLV genomfört en enkätundersökning angående tandvårdens fasta kostnader. Sammanlagt 415 vårdgivare svarade på

enkäten, däribland Region Jämtland Härjedalen. Baserat på enkätsvaren har TLV förändrat beräkningsmodellen av fasta kostnader inom tandvårdens referenspriser. Hälso- och sjukvårdsnämnden ville till sammanträdet i juni 2025 få en kartläggning av tandvårdstaxan samt förslag på möjliga förändringar (HSN/169/2025).

Folktandvården föreslog då att eventuella förslag på förändringar skulle hanteras i den årliga taxeöversynen.

Av de analyser som varit möjliga att göra har inget framkommit som föranleder någon annan förändring än en generell prisuppräknings. Folktandvården föreslår därför att tandvårdstaxan revideras med referensprisökningen per åtgärdsgrupp enligt den bifogade tabellen med undantag från 400 - Kirurgiska och 800 - Protetiska åtgärder. Dessa åtgärder föreslås oförändrade, det vill säga samma taxa som fastställdes fr o m 15 januari 2025. Åtgärderna ligger redan högt i förhållande till referenspriset och därför görs bedömningen att ingen höjning bör ske i år. I samband med justering av tandvårdstaxan inför 2027 föreslås att en översyn görs avseende kirurgiska och protetiska åtgärder för att se om prisbilden för dessa åtgärder är densamma som vid den senaste omräkningen 2021.

Tandvårdstaxan för sjukdomsförebyggande åtgärder, som har största referensprisökningen, ska enligt tidigare beslut ligga lika med referenspris för att främja förebyggande tandvård. En lägre uppräknings än 15,7% skulle innebära att taxan för sjukdomsförebyggande åtgärder läggs under gällande referenspris. Inga åtgärder har tillkommit eller tagits bort i TLV's referensprislista.

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår Regionfullmäktige

1. Prisjustering ska ske enligt TLV's generella prisjustering av referenspriserna per åtgärdsgrupp med undantag för 400 – Kirurgiska åtgärder och 800 – Protetiska åtgärder.
2. 400 – Kirurgiska åtgärder och 800 – Protetiska åtgärder behåller nuvarande taxa (Taxa gällande från 250115).
3. Beslutad tandvårdstaxa enligt ovan gäller från den 1 november 2025.
4. Paragrafen justeras omedelbart.

### Expedieras till

Regionstyrelsen

Verksamhetschef område folktandvård

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Divisionschef nära vård

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse justering av tandvårdstaxan 2026
- Bilaga 1 - Förändring referenspris i % per åtgärdsgrupp
- Bilaga 2 - Prislista med jämförelse

## 17. Anmälan av inkomna handlingar till hälso- och sjukvårdsnämnden

### Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden tar del av förteckningen över inkomna handlingar.

## Anmälningar

- RS/292:5/2024 §88 Regionstyrelsen Svar på begäran om översyn av ersättningsmodellen för Vårdval allmäntandvård barn och unga
- RS/292:6/2024 Tjänsteskrivelse Svar på begäran om översyn av ersättningsmodellen för Vårdval allmäntandvård barn och unga
- RS/280:6/2025 §122 Regionstyrelsen Svar på granskning av bisysslor
- RS/280:7/2025 Svar på granskning av bisysslor
- RS/758:1/2025 Expediering av regeringsbeslut - Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra insatser som stödjer en effektiv personalplanering S2025/01478

## 18. Anmälan av delegationsbeslut till hälso- och sjukvårdsnämnden Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden tar del av förteckningen över fattade delegationsbeslut.

### Delegeringsbeslut

- HSN/1028:1/2025 Upphandlingsuppdrag Ortopediska implantat
- HSN/6:17/2023 Delegationsbeslut Delegationsbestämmelser för hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-2026 - vidaredelegation från regiondirektör
- HSN/2:6/2025 Delegationsbeslut fattade av chefer - Anställningar inom hälso- och sjukvård 2025-05-10--06-05
- HSN/617:4/2025 Svar på remiss Vägledning för högriskläkemedel Parenteralt Kalium
- HSN/616:4/2025 Svar på remiss Vägledning Högriskläkemedel, högrisklista (JOIKA)
- HSN/615:7/2025 Svar på remiss Nationellt vårdprogram Skörhet hos äldre
- HSN/606:3/2025 Svar på remiss Vägledning Logopediska insatser för barn och ungdomar med utvecklingsrelaterad språkstörning
- HSN/1216:1/2025 Upphandlingsuppdrag Upphandlare Konsult för upphandling av NAT-utrustning
- HSN/2:7/2025 Delegationsbeslut fattade av chefer - Anställningar inom hälso- och sjukvård 2025-06-06--2025-08-08
- HSN/1484:1/2025 Upphandlingsuppdrag Reagensinköp akuta analyser Cepheid (GeneXpert )
- HSN/1506:1/2025 Upphandlingsuppdrag av instrument och reagens inkl. förbrukningsmaterial för NAT-testning inom blodverksamhet
- HSN/772:6/2022 Signerad kopia av: Införa vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
- HSN/1571:1/2025 Upphandlingsuppdrag Influensavaccin säsongen 20262027
- HSN/2:8/2025 Delegationsbeslut fattade av chefer - Anställningar inom hälso- och sjukvård 2025-08-09--2025-09-05
- HSN/1634:1/2025 Upphandlingsuppdrag Artroskopistaplar