

Tid: kl. 09:00-17:00

Plats: Styrelserummet

Ordförande

Katarina Nyberg Finn (S)

Ledamöter

Roger Östlund (S)

Karin Näsmark (S)

Elin Hoffner (V), vice ordförande

Marie Svensson (V)

Elin Swärd (KD)

Martin Lilja (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)

Lars-Erik Olofsson (KD)

Andrea Hedenborg (KD)

Marcus Hansebo (M)

Roger Bergebo (M)

Ann-Sofie O'Dwyer (C)

Elaine Hausheer (SD)

Ronny Karlsson (SD)

Eva Ljungdahl (MP)

**1. Upprop, protokollets justering samt fastställande av dagordning +
Program 24 september**

Ärendebeskrivning

1. Upprop ska genomföras.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska utse en ledamot att tillsammans med ordförande justera protokollet.
3. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska fastställa dagordningen.

Beslutsunderlag

- Program Hälso- och sjukvårdsnämnden 24 september 2026

2. Hälso- och sjukvårdsdirektörens rapport 2026 (HSN/4/2026)

Ärendebeskrivning

- Information om demensvård (Lisbet Gibson, Anna Fremner)
- Aktuellt inom hälso- och sjukvården
- IVF
- ESF-ansökan
- Förändring vårdhotellet Eira

**3. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljningar och fördjupningar 2026
(HSN/2240/2025)**

Ärendebeskrivning

- Uppföljning sommaren
- Uppföljning folkhälsa (Elisabet Strömblad, muntligt)

**4. Delårsrapport augusti 2026 för hälso- och sjukvårdsnämnden
(HSN/1557/2026)**

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin verksamhetsplan 3 målområden innehållande 21 uppdrag och 35 kortsiktiga nyckeltal. Målområden för God och nära vård är övergripande bedömning gul utifrån att det fortsatt finns utmaningar med att ge vård i rimlig tid. Målområde för ledningsprocesser - Ledning, styrning och uppföljning av beslut och verksamhet samt God och tillgänglig tandvård är bedömningen att det ej har uppnåtts målen (röda). Uppdragen och nyckeltalen redovisas i sin helhet i tertialrapporten.

Verksamhet

Sommaren innebär alltid en påfrestning på hälso- och sjukvården. I år befarades antalet slutenvårdsplatser bli lägre än tidigare år, och insatser i form av avsteg från nationellt hyravtal genom direkt upphandling och justeringar i lokala regelverk för extraersättningar genomfördes. I slutändan hölls ändå färre vårdplatser än önskvärt öppna. Emellertid har trycket på slutenvården i stort varit lägre än föregående år, vilket delvis antas beror på förbättrade förebyggande insatser för riktade patientgrupper. Primärvården och ambulanssjukvården har fungerat väl, liksom den planerade öppenvården (sett till nedjusterad produktion). Neonatalavdelningen hölls stängd knappt två veckor. Under denna tid fanns ett neonatalt team på plats

för att säkra god patientsäkerhet. Ett mindre antal barn och föräldrar som annars skulle vårdats i Östersund inför, under eller efter förlossningen har behövt vårdas utanför länet.

Vårdstatistik redovisas inom öppenvården som antal vårdkontakter vilket visar runt 2% uppgång inom både primärvård och specialiserad vård hos sjukhusets mottagningar, men märks framförallt hos BUP/habilitering/föräldra- och barnhälsan med 8,5% uppgång. Förflyttningen mot distansoberoende kontakter fortsätter (ökar 10%) och utgör 7,6% av kontakter, besök inom och utom vårdinrättning är relativt stabilt ca 60% av kontaktytan. Resterande kontakter är administrativa. För slutenvården ökar antalet vårdtillfällen 3,6%, antal disponibla vårdplatser -1 och beläggingsgrad 90%. Ackumulerade vårddagar och medelvårdtid har minskat något. Inom Folk tandvården fortsätter tyvärr den bokade allmäntandvårdstiden att minska, medan det inom specialisttandvården finns en mer gynnsam utveckling. Sammantaget är vårdproduktionen inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde fortsatt hög. I vissa fall krävs inhyrd bemanning eller köp av vård. Arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning är pågående och planeras accelerera. Tillgänglighetsredovisningen för väntetid i vården visar att alla fyra parametrar (telefon tillgänglighet, medicinsk bedömning, första besök och operation/åtgärd) har förbättrats från föregående år.

Ekonomi

Efter en sommar med utmaningar inom bemanning och både planerad samt icke önskad neddragning av öppethållanden, visar utfallet efter augusti månad ett försämrat resultat. Överdrag mot budget uppgår till 380 mkr, motsvarande 11% av totala bruttokostnadsmassan. Ökad nettokostnad mot fjolåret har accelererat under sommaren från 35 mkr i juni till 143 mkr efter augusti, denna ökande avvikelse är främst hänförlig till skillnader i bidragsnivåer men även högre kostnader för köpt vård i år än fjolåret. Nettokostnadsutvecklingen är 6% högre jämfört med perioden 2025, men vid justering för övriga bidrag som utfaller med stor varians mellan åren, så är förändringen 2,8%.

Intäkter från patientavgifter ökar totalt 2,5 mkr, trots ett tapp hos folk tandvården med 5,2 mkr. En mindre ökning av fakturering för utomlänspatienter och tandvårdsersättning från försäkringskassan. Hälsovalsersättningar ökar 28 mkr men övriga bidrag är 73 mkr lägre än föregående år.

Bruttokostnader är 136 mkr högre än föregående år, 3,9% (104 mkr 3,2% justerat för interna kostnader inom HS). Personalkostnader är 63 mkr (3,4%) högre, inhyrd bemanning minskat kostnaden 5,5 mkr (-4% kostnad, -11% timvolym).

Samtantaget är bemanningskostnader 2,9% högre. Köpt vård är efter sommaren 29 mkr (9%) högre än fjolåret, en post som kan svänga snabbt och innehåller olika delar med olika utveckling. Läkemedel ökar 3,8 mkr (0,9%) men mer markant ökning av sjukvårdsartiklar, varor och tekniska hjälpmedel 20 mkr (11%) både utifrån ökad produktion men även delvis kopplat mot statsbidrag för NAT-tester, kökortning av höftoperationer och ökade beredskapslager. Övriga kostnadsmassan har minskat 5,2 mkr, det är både kostnadsförflyttningar inom regionen men även utslag av restriktivitet i inköp.

Prognosen är genomgången utifrån sommarens utfall och kvarstår i spannet -400-550 mkr mot tilldelad budget, med brasklappen att bedömningen lutar mot det högre intervallet utifrån det faktum att resultatförbättrande åtgärder inte har nått

den nivå av positiva effekter som krävs. Uppföljning av åtgärderna visar -103 mkr vid jämförelse av resultatposter mot föregående år, rensat för beräknad prispåverkan (som tyvärr äter upp besparingar) och kostnader som täcks i statsbidrag uppmäts en effekt om 73 mkr. Positiva exempel finns i rapporten från vissa åtgärder, men den totala effekthemtagningen som redovisas i sk trafikljusfil pekar på sen effekthemtagning och att ungefär hälften av åtgärdsplanens 216 mkr har status osäker eller kommer ej att uppnås. För att arbeta i riktning mot det lägre prognosintervallet behöver verksamheterna ytterligare prioritera och anpassa resursanvändningen. Arbetet ska även fortsatt i första hand inriktas på minskade kostnader för inhyrd bemanning, personalkostnader och köpt vård. Det innebär att prioriteringar av insatser behöver göras, exempelvis vad gäller återbesök och preventiva insatser. Prioriteringarna ska utgå från patienternas individuella behov efter medicinsk bedömning, så att patienter med störst behov ges företräde. Den långsiktiga strategin som drivs i programmet för vårdens omställning behöver fortsätta för att bemöta medborgares vårdbehov patientnära i ett vård- och resurseffektivt format.

Personal

Bemanning och arbetskapacitet har stärkts men med betydande nyanser mellan verksamhetsområden. Hälso- och sjukvården ökar i antal anställda främst inom grupperna undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Även antalet omräknade årsarbetare ökar, det vill säga, verksamheterna har även mer arbetstid till sitt förfogande. Fortsatt framåt behöver vikten ligga på analys av resurstillgång, planering av resurser och arbetsuppgifter.

Sjukfrånvaron utgör 6,6% av ordinarie arbetstid (fg år 6,4%) vilket fortsatt är oönskat hög. Sammantaget framträder något skilda sjukfrånvaromönster mellan divisionerna, med tydliga skillnader i nivåer, intervall och utveckling över tid.

Återredovisning av uppdrag från regionstyrelse och regionfullmäktige

Vid beslut i regionfullmäktige 17 juni har hälso- och sjukvårdsnämnden fått tillåtelse att gå med 400 mkr underskott men eftersträva minsta möjliga obalans i budget samt att återredovisa säkerställande av genomförande och effekthemtagande 216 mkr enligt nämndens åtgärdsplan. Denna status framgår i delårsrapporten som osäker.

Regionstyrelsen har i beslut 25 augusti uppdragit hälso- och sjukvårdsnämnden att särskilt redovisa de aktiviteter som genomförts och planeras för att minska personalkostnaderna, inklusive hyrbemanning, samt effekter dessa aktiviteter har gett eller förväntats ge samt vilka extra kostnader som uppstått till följd av sommarens personalbehov och hur de förhåller sig till åtgärderna.

Ett flertal åtgärder pågår i syfte att minska bemanningskostnader; särskild prövning vid anställningar och hyravrop, schemaplanering, kalibrering av uppgifter mot kompetensnivå, översyn av mottagningsverksamhet, översyn av förenklingar inom administration. Beslut har fattats gällande lägre ersättningsnivåer vid extrapass/flyttad semester, beslut som har behövt backas för att säkerställa en patientsäker bemanning.

Ytterligare påverkan behöver ske såsom omnämns vid prognos kring prioritering av vårdinsatser, främst gällande återbesök och preventiva insatser. Totala kostnader för sommarbemanning genom hyrbemanning och extrapass/semesterflytt är inkluderade med ca 72 mkr men är ännu inte

slutavräknade. Av denna post beräknas ca 5 mkr avse fördyringar hänförligt till direktupphandling samt återförd nivå på sommarersättningar motsvarande år 2025. Tillkommande köpt vård och transporter avseende neonatalvård samt förlossningar ingår med ca 3 mkr utifrån preliminära uppskattningar. Dessa tillkommande kostnader har medfört kostnadsutveckling som påverkat effekthemtagning negativt.

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport för augusti 2026 godkänns.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör, ekonomidirektör, divisionschefer, regionstyrelsen, förvaltningscontroller hälso- och sjukvård, stabschef hälso- och sjukvård

Beslutsunderlag

- Delårsrapport augusti 2026 för hälso- och sjukvårdsnämnden
- Delårsrapport augusti 2026 HSN

5. **Ansökan om dispens från arbetstidsregler för ambulansverksamheten i Härjedalen (HSN/167/2026)**

Ärendebeskrivning

Arbetsgivaren avser att ansöka om förlängd dispens från de nya arbetstidsreglerna enligt tilläggsöverenskommelsen mellan centrala parter, tecknad 2023-05-05. Dispens skulle möjliggöra undantag från Allmänna Bestämmelser § 13 mom. 5 och ge möjlighet att planera arbetspass med en total arbetstid på upp till 24 timmar, givet godkännande av den centrala arbetstidsnämnden. Ansökan avser ambulansstationerna i Funäsdalen, Hede och Sveg.

Det finns fortsatt stora svårigheter att rekrytera till Härjedalen på grund av att det är extrem glesbygd. Den nya arbetstidsförläggningen resulterar i fler tillfällen att pendla för medarbetarna, då det är vanligt förekommande att medarbetare har långa pendlingsavstånd. Vidare ser man att det är svårt att finna behörig kompetens på lokal nivå och området ser en brist på inflyttande personer med rätt kompetens. Idag är verksamheten beroende av att bemanna med medarbetare från tex Östersund (15 – 20 mil enkel väg). Möjligheterna att ta in nyexaminerade sjuksköterskor är även begränsade då det är lång inskolningstid som förutsätter att verksamheten har erfaren personal på plats. Två nya medarbetare kan heller inte ha samma arbetspass på grund av avsaknad av ambulansrelaterade utbildningar och körutbildningar.

Arbetsgivaren behöver söka dispens då tillämpning av 20-timmarspass (undantag) resulterar i en förskjutning av passtiderna. Ytterligare en faktor som gör att det inte är en hållbar lösning beror på de långa pendlingsavstånden; vid beviljat undantag behöver medarbetare som bor långt från stationen behöva pendla lika många tillfällen då jour ej räknas som arbetstid. Konsekvensen av detta är att de utför lika många pass och pendlingar men har längre arbetspass på grund av jouten.

Arbetsgivaren bedömer att med detta arbetssätt kommer man inte kunna leva upp till kraven i AFS 2015:4 om organisatorisk och social arbetsmiljö och skapa en balans mellan arbete, fritid och familjeliv; arbetsgivaren förutsätter att en sådan balans är väsentlig för att kunna prestera i arbetet.

Arbetsgivaren ser stora svårigheter att lösa bemanningen till kommande sommarsäsong. Arbetsgivaren ser också svårigheter för vidare kompetensförsörjning då det lönetillägg för svårrekryterade stationer är under förändring. Verksamheten har individer som pendlar från andra län och oro finns för att dessa inte ser anledning till att fortsätta av ekonomiska skäl. Detta innebär att arbetsgivaren behöver söka dispens mellan 2027-01-01 – 2027-12-31 för att kunna fortsätta arbetet med kompetensförsörjning inom området.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen

Ansökan om dispens från arbetstidsregler för ambulansverksamheten i Härjedalen skickas till Centrala parter arbetsnämnd.

Expedieras till

Centrala parter arbetsnämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden, hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Ansökan om dispens från arbetstidsregler för ambulansverksamheten i Härjedalen

6. Anmälningsskyldighet till IVO (HSN/1650/2026)

Ärendebeskrivning

I Patientsäkerhetslagen, kap 3 §5 framgår att vårdgivaren ska, om inte något annat särskilt föreskrivs i enlighet med tredje stycket, till Inspektionen för vård och omsorg anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

Motsvarande anmälningsskyldighet har den som bedriver verksamhet som avses i 7 kap. 2 §. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Anmälan enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska göras av den som vårdgivaren har utsett som ansvarig för anmälningsskyldigheten.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2024-06-13 §77 (HSN/1056/2024) att chefläkarfunktionen utses som anmälningsskyldig gentemot IVO i enlighet med Patientsäkerhetslagen 2010:659 kap.3 §5.

Det finns ett behov av att tydliggöra anmälningsskyldigheten i det fall en chefläkarfunktion inte finns att tillgå.

Förslag till beslut

1. Chefläkarfunktion utses som primär anmälningsskyldig gentemot IVO i enlighet med Patientsäkerhetslagen 2010:659 kap. 3 §5.

2. I det fall chefläkarfunktion inte finns att tillgå, utses Regionöverläkare och/eller divisionschefer med erforderlig kompetens som anmälningsansvariga.

Beslutsunderlag

- Anmälningsansvarig till IVO

7. **Svar på initiativärende om höjning av avgift för uteblivet besök inom tandvård och operation (HSN/587/2026)**

Ärendebeskrivning

Anette Rangdag (SD) föreslår i ett initiativärende en höjning av avgift för uteblivet besök inom tandvård och operation.

2025 hade Folktandvården 2037 registrerade uteblivna besök och 6 st uteblivande till operation. Debiteringsfrekvensen beräknas idag på 55-60% för Folktandvården. Det innebär att intäkten för år 2025 för uteblivna besök var ca 480 tkr med nuvarande uteblivandeavgift på 400 kronor. En höjning enligt motionens förslag till 1000 kr per uteblivet besök skulle i så fall ge en ökning på ca 720 tkr vid samma debiteringsprocent 55-60%.

Om debiteringsfrekvensen istället höjdes till 90% med avgiften 400 kr så skulle intäkterna öka med 240 tkr. Debiterade man ut avgift för alla uteblivandebesök så minskar troligen även de uteblivande besöken då patienterna mest troligt lär sig att det kostar om man inte dyker upp. Det viktigaste är ändå att minska uteblivna besök och därigenom öka tillgängligheten. Kommer patienterna på sina besök, ökar ju intäkterna väsentligt då ett besök på tandvården för en vuxen oftast kostar mycket mer än 1000 kr.

Det bedöms inte möjligt att debitera ut 100% uteblivandeavgifter då det alltid finns några besök som är svår att ta ut om någon tex drabbats av sjukdom samma dag och då hör av sig med väldigt kort varsel. En utdebiteringsgrad på 90% bedöms vara maxgränsen.

Andelen inom Folktandvården som uteblev 2025 ligger på drygt 8% vilket är en förbättring sedan 2024 då det var knappa 10%. Arbetet med att bli bättre att debitera uteblivandeavgifter har visat effekt då andelen uteblivande har minskat.

I dag förekommer det i alla verksamheter att man istället för att fakturera ut en uteblivandeavgift enbart ger patienten en ny tid och stryker den gamla tiden i systemet. På så sätt är det även svårt att få fram korrekt statistik på hur mycket uteblivna besök som finns.

Detta kan bero på att man ute i verksamheten:

- inte känner till reglerna om uteblivandeavgifter som finns att läsa i Avgiftshandboken
- tycker man synd om patienten och därför avstår från att fakturera

- inte vet hur man ska hantera vårdssystemet Cosmic repektive T4 för tandvården med registrering när patienten uteblir och det skapas ny tid.

Tandvården behöver också utveckla sitt system T4 så att det finns ett konto i bokföringen där man ser hur mycket uteblivandeavgifter som faktiskt har debiterats ut. Idag görs en uppskattning utifrån andel timmar uteblivande i förhållande till total bokad tid. Intäkten följs som kr/utebliven tid som ska öka för att visa att så mycket som möjligt debiteras. Det finns därför en del osäkerhet i exakt hur många uteblivna besök samt antal kronor som kommer in.

SMS-påminnelserna måste också börja fungera bättre, då patienterna lärt sig att de ska få påminnelse inför besöket. Troligen är det många barn och ungdomar som missar sina besök.

Totalt sett har Primärvården + Specialistvården ökat intäkterna för uteblivandeavgifter med 990 000 kr när man jämför år 2025 med år 2023 (Den största intäktsökningen har skett i Primärvård och Psykiatri, med +819 tkr).

På grund av brister i hur uteblivande avgifterna konteras i Folk tandvården så går det inte att utläsa om höjda uteblivna avgifter från juni 2024 har ökat intäkterna, det ser snarare ut att ha minskat.

Region Jämtland Härjedalen höjde uteblivandeavgifterna 1 juni 2024. I bilaga redovisas alla regioners avgifter. Många regioner har höjt sina uteblivandeavgifter 2025 och 2026. Alla har problem med att många patienter uteblir från sina besök.

Operationsprocessen instämmer i Tandvårdens bedömning och ser inget skäl till ytterligare höjning av avgift. Fokus bör riktas mot insatser som främjar patienternas följsamhet till operationsförberedelser samt efterlevnad av gällande rutiner för ombokning och avbokning, i syfte att minska antalet uteblivna och sent avbokade operationer. I tillägg behöver verksamheten se över interna rutiner och säkerställa god följsamhet till dessa, då nuvarande systemstöd inte kan säkerställa en fullt automatiserad och smidig hantering av uteblivna besök.

Mot denna bakgrund bör Region Jämtland Härjedalen inte höja några uteblivandeavgifter i dagsläget. Det finns en farhåga att ju dyrare avgiften är desto svårare är det att ta ut den. Målet måste vara att minska uteblivandet eftersom det kostar verksamheten mycket i tillgänglighet och administration. Istället bör verksamheten satsa på att öka följsamheten till fattade beslut, att stödsystemen fungerar bättre (såsom T4 samt SMS-påminnelser) och att försöka nå närmare 100% debiteringstäckning med den avgift som redan är fastställd istället för att höja avgifterna igen.

Förslag till beslut
Initiativärendet avslås.

Expedieras till
Anette Rangdag, SD

Beslutsunderlag

- Svar på initiativärende om höjning av avgift för uteblivet besök inom tandvård och operation
- Bilaga: Uteblivandeavgifter i alla regioner år 2026
- Initiativärende SD - höjning av avgift för uteblivet besök inom tandvård och operation

8. Svar på Motion En väg in för 65+ i primärvården (HSN/977/2026)

Ärendebeskrivning

Ann-Sofie O'Dwyer och Marie-Louise Oscarsson (båda C) föreslår i en motion en väg in för 65+ i primärvården. Förslaget är att alla hälsocentraler fördelar en distriktsskötersketjänst som i planerad verksamhet vänder sig till målgruppen 65+ via ett telefonnummer till funktionen. Telefonnumret ska inte gälla för akuta ärenden.

Inom primärvården finns många prioriterade utvecklingsområden, däribland "Utvidgad primärvård", med vissa variationer mellan hälsocentralerna. Gemensamt för konceptet är att kontinuitet är den viktigaste faktorn. Detta skapar trygghet och förtroende hos patienten, och minskar (enligt forskning) akuta kontakter och behov av sjukhusvård. Målet med utvidgad primärvård är att genom ett konkret personcentrerat arbetssätt kring de sköraste invånarna, kunna ge ökad tillgänglighet, ökad trygghet och ökad patientkännedom oavsett ålder. Detta ska ske genom utsedd fast vård- och läkarkontakt. Arbetet ska underlätta för patienten, anhöriga och samarbetspartners (slutenvården, ambulansen, kommunen etc) genom en tydlig planering för patienten. Detta leder till en utökad möjlighet för dialog om den gemensamma planen för patienten. Inom konceptet (som också kan omfatta hemsjukvårdsanslutna patienter) bedöms patientens behov utifrån ett antal punkter:

- Huruvida ett omfattande omsorgsbehov (inklusive anhörigvård) och/eller stöd i läkemedelshantering föreligger.
- Om den fysiska rörligheten är nedsatt och det finns svårigheter att ta sig till hälsocentral.
- Om en bedömning ger värde 4 eller högre på den kliniska skörhetsskalan Clinical Frailty Scale (som också används vid bedömning av hemsjukvårdsbehov).
- Nylig fallhändelse i eller utanför hemmet (som inte nödvändigtvis har krävt vård)
- Om oro har väckts kring vårdssituationen, exempelvis från anhöriga, via Trygg och säker hemma eller andra vårdinstanser.
- Om det finns flera kroniska diagnoser såsom diabetes, KOL, hjärtsvikt, kronisk ischemisk hjärtsjukdom, njursvikt, stroke, kognitiv svikt, psykiatrisk sjukdom eller behov av palliativ vård.
- Om patienten varit inlagd på sjukhus de senaste tre månaderna, eller har haft återkommande akutbesök/sjukhusinläggningar/ambulanslarm eller har många läkarbesök på mottagning(ar) senaste året, eller varit högfrekvent kontaktsökande.

Om fler än två till tre kriterier uppfylls ger det stöd för anslutning till utvidgad primärvård, men det är alltid den samlade bilden som avgör. Anslutning sker enligt behovsprincipen, och kronologisk ålder är vare sig automatiskt kvalificerande eller diskvalificerande för att anslutas till utvidgad primärvård.

Detta arbetssätt säkerställer en kostnadseffektiv organisering av hälso- och sjukvården, och säkerställer att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens krav.

Primärvårdens uppdrag är att hålla god tillgänglighet oavsett ålder. Hälsocentralerna bör därför inte organiseras specifikt utifrån ålder, utan generellt arbeta för att identifiera de patienter som har störst behov och genom preventiva insatser stötta dem. Det bedöms därför vara mer ändamålsenligt att fortsätta utveckla konceptet med utvidgad primärvård.

Förslag till beslut

Motionen anses besvarad.

Expedieras till

Regionstyrelsen, regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, divisionschef nära vård, bitr divisionschef nära vård, tf stabschef hälso- och sjukvård.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse - Svar på Motion En väg in för 65+ i primärvården
- Motion från Ann-Sofie ODwyer (C) om tjänst för 65plus i primärvården

9. **Svar på motion från Robert Hamberg (M) om bättre övergång från BUP till VUP (HSN/978/2026)**

Ärendebeskrivning

Robert Hamberg (M) föreslår i en motion en bättre övergång mellan BUP och VUP. Hamberg föreslår att hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att utreda hur en flexibel övergång mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri kan utformas för att förbättra kontinuiteten i vården och skapa bättre förutsättningar för vuxna patienter.

Inom sjukvården sker bytet från barnsjukvården till vuxensjukvården generellt vid 18-årsdagen. Detta gäller också i Region Jämtland Härjedalen, när man som patient på Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) skall överföras till Vuxenpsykiatri (VUP). Precis som motionen beskriver infaller 18-årsdagen under en period i livet då många förändringar sker samtidigt. Man blir myndig, gymnasieutbildningen är i sitt slutskede och man är på väg att flytta till eget boende. I Jämtlands län är det dessutom inte ovanligt att man redan under gymnasietiden flyttar till eget boende på grund av långa avstånd till utbildningsorterna.

Överföring till specialiserad sjukvård som VUP sker i regel genom remiss. Remissen säkerställer att relevant bakgrundsinformation blir känd för remissmottagaren samt att remittenten får bekräftelse på att remissen accepterats och att vården därmed kan fortsätta med säkerställt patientansvar. Dock är det så att långa väntetider kan försvåra en sömlös övergång. Likaså kan det ju förhålla sig så att den vård som är pågående vid 18-årsdagen inte lämpar sig för ett avslut och en remittering vid precis den tidpunkten.

För att möjliggöra en bra övergång finns en samverkansrutin mellan BUP och VUP sedan ett antal år tillbaka. I rutinen står det att VUP kan ta emot en remiss från 17 år och 9 månader samt att BUP skall fortsätta pågående vård fram till 18 år och 3 månader. Denna flexibilitet i åldersgränser syftar till att minska antalet ungdomar som får byta vårdkontakter i samband med 18-årsdagen. Man kan såklart tänka sig ännu vidare åldersramar. Dock finns ett prejudicerande fall i Region Jämtland Härjedalen från IVO, där IVO kritiserat BUP för att ha gett vård efter 18-årsdagen. Detta då ansvarig läkare var specialist inom barn och ungdomspsykiatri och inte vuxenpsykiatri. De läkare som arbetar inom BUP är specialister inom barn- och ungdomspsykiatri, inte inom vuxenpsykiatri. Den kritiken får man dock väga mot patientsäkerhetsriskerna att byta vårdkontakter under pågående utredning eller behandling. Rutinen säger också att patienten kan tillgodoräkna sig väntetid till utredningar vid övergång från BUP till VUP.

Neuropsykiatriska utredningar har ofta längre väntetider och detta syftar till att undvika dubbla väntetider. För ADHD patienter finns också ett specifikt avsnitt som skall säkerställa att ingen ska riskera avbrott i sin läkemedelsbehandling. För patienter som kommer sent vid 17-årsåldern till BUP och där man gör bedömningen att vårdtiden kommer vara mycket lång, exempelvis psykospatienter, finns möjlighet för BUP att överremittera patienten en bit innan 17 årsdagen. Vid samtliga överremitteringar kan BUP begära överföringsmöten med patient, BUP och VUP som deltagare. Detta för att underlätta övergången och etablerandet av nya vårdkontakter på VUP.

När det gäller ätstörningsvården så kommer BUP och VUP:s ätstörningsverksamheter att samlokaliseras i de nya lokalerna i Getingen (fd Jämtrakfts lokaler vid Östersunds sjukhus). Målet är att kunna erbjuda en åldersintegrerad ätstörningsvård. Ätstörningsbehandling har ofta långa vårdtider varför detta skulle vara av särskilt stort värde i de verksamheterna. BUP har en mer familjebaserad ätstörningsvård medan VUP har mer av individualiserad KBT-baserad vård. Det är tänkbart att vissa ungdomar som bor hemma efter 18-årsdagen skulle vara betjänt av en mer familjebaserad vård och att andra äldre ungdomar under 18 år skulle föredra och vara mer betjänt av en individualiserad vård som tillhandahålls av personal inom VUP.

Under 2025 gav Sociala vård- och omsorgsgruppen, SVOM, företaget Sirona i uppdrag att utreda vården för unga kring 18 år med psykisk ohälsa. Uppdraget slutrapporterades under våren 2026 (Dnr RS/357:2/2026). Under 2025 och 2026 har Region Jämtland Härjedalen fått statliga stimulansmedel för att arbeta med förbättrade övergångar. Under 2025 arbetade BUP och VUP med att förbättra samverkansrutinen men även med att genomföra en förstudie kring samlokalisering i Getingen. Under 2026 finns planer på att avdela en personalresurs för att under 2026 och 2027 arbeta vidare med frågan om förbättrade övergångar. I det arbetet tas rekommendationerna i Sironas rapport med. Likaså involveras även primärvården i det arbetet, då huvuddelen av BUP:s patienter överförs till hälsocentralerna. Det lokala programområdet (LPO) för psykisk hälsa i

kunskapsstyrningsorganisationen involveras vid behov i arbetet. På så sätt involveras även kommunerna och brukarorganisationerna i arbetet.

I lagrådsremissen gällande samsjuklighetsutredningen finns förslag på förbättrad samordning för personer med komplexa vårdbehov. En hel del av patienter som förs över från BUP till VUP ingår i de grupper som beskrivs i lagrådsremissen. Det är därför av vikt att region och kommunerna tillsammans omsätter kommande lagändringar på ett tillfredställande sätt. Om så sker kan det också medföra förbättrade övergångar från BUP till både VUP, Primärvårdens hälsocentraler och de kommunala insatserna som finns för de över 18 år.

Förslag till beslut

Motionen anses besvarad.

Expedieras till

Regionstyrelsen

Beslutsunderlag

- Svar på motion från Robert Hamberg (M) om bättre övergång från BUP till VUP
- Motion från Robert Hamberg (M) om bättre övergång från BUP till VUP

10. Redovisning av delegeringsbeslut

Ärendet i korthet

Hälso- och sjukvårdsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till ordförande och tjänstepersoner i vissa frågor enligt hälso- och sjukvårdsnämndens delegationsordning. Dessa beslut ska anmälas till hälso- och sjukvårdsnämnden om inte annat framgår av bestämmelserna.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden tar del av redovisningen av delegationsbeslut.

Delegeringsbeslut

- HSN/916:5/2026 Delegationsbeslut - Svar på remiss Förslag till ändringar i föreskrifterna (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister
- HSN/1366:6/2026 Delegationsbeslut - Svar på remiss förslag till föreskrifter rörande delegation för ersättning inom det statliga tandvårdsstödet
- HSN/915:5/2026 Delegationsbeslut - Yttrande över remiss - förslag till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens register över administrerade läkemedel
- HSN/1380:3/2026 Delegationsbeslut enskild överenskommelse
- HSN/1649:2/2026 Delegationsbeslut enskild överenskommelse
- HSN/1744:2/2026 Delegationsbeslut begäran om allmän handling (avslagsbeslut)
- HSN/2:6/2026 Delegationsbeslut fattade av chefer - Anställningar inom hälso- och sjukvård 2026-06-02--2026-08-01

- HSN/2:7/2026 Delegationsbeslut fattade av chefer - Anställningar inom hälso- och sjukvård 2026-08-02--2026-09-01

11. Anmälningar för kännedom

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden tar del av av redovisningen av inkomna handlingar.

Anmälningar

- RS/626:12/2020 §124 Regionstyrelsen Avslut av riktlinje för 80-90-100 modellen
- RS/433:6/2026 §129 Regionstyrelsen Hälso- och sjukvårdsnämndens återredovisning av handlingsplan för genomförande av åtgärder för en ekonomi i balans
- RS/1105:7/2025 Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård
- HSN/1366:7/2026 Yttrande över Förslag till föreskrifter rörande delegation för ersättning inom det statliga tandvårdsstödet